



Revista de Filosofía y Teoría Política, n.º 51, 2021, e034, ISSN 2314-2553
Universidad Nacional de La Plata.
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Departamento de Filosofía

Justicia, salud y las políticas de la diferencia. Reflexiones a partir de las demandas de los movimientos sociales de Argentina

Justice, health, health care and the politics of difference. Reflections from the demands of the social movements in Argentina

Jessica Marcela Kaufman

kaufjm@gmail.com

Universidade Federal de Minas Gerais.

CAPES, Brasil

Cita sugerida: Kaufman, J. M. (2021). Justicia, salud y las políticas de la diferencia. Reflexiones a partir de las demandas de los movimientos sociales de Argentina. Revista de Filosofía y Teoría Política, 51, e034. <https://doi.org/10.24215/23142553e034>

Resumen: La justicia sanitaria ha sido entendida, tradicionalmente, apenas como la aplicación del modelo distributivo de la justicia social al campo de la salud. El objetivo del presente artículo consiste en analizar, a partir del enfoque de Iris Young sobre las “políticas de la diferencia”, otras nociones de justicia sanitaria, contenidas en las demandas de diferentes movimientos sociales de Argentina. En función del análisis mencionado, ha sido posible identificar cuatro nociones que, si bien presuponen aspectos vinculados con la distribución de recursos, están, sin embargo, lejos de reducirse al modelo distributivo de la justicia.

Palabras clave: Justicia, Salud, Movimientos Sociales, Argentina, Young.

Abstract: Health and health care justice have commonly been understood just as the application of the distributive model of social justice to the fields of health and health care. The purpose of this article is to analyze, based on Iris Young's approach to the “politics of difference”, other notions of justice in health and health care involved in the demands of several social movements in Argentina. Based on the aforementioned analysis, it has been possible to identify four different notions. Although they presuppose aspects related to the distribution of resources, they are far from being reduced to the distributive model of social justice.

Keywords: Justice, Health and Health Care, Social Movements, Argentina, Young.

Introducción

Frecuentemente, se considera que la justicia sanitaria “cae bajo la competencia de la justicia distributiva” (Vidiella, 2008, p. 393). Esto significa que los diferentes enfoques que presenta la justicia sanitaria constituyen, usualmente, aplicaciones de teorías más generales sobre justicia distributiva: es decir, de aquellas teorías



que ofrecen diferentes respuestas a las preguntas sobre qué debería distribuirse —por ejemplo, los bienes primarios (Rawls, 1995), los recursos (Dworkin, 1981a; 1981b), las capacidades (Sen, 1979; Nussbaum, 2001), la utilidad general (Harsanyi, 1980) o las libertades individuales (Nozick, 1974)— y de acuerdo con qué criterios —por ejemplo, la maximización de los bienes primarios en el caso del liberalismo igualitario (Rawls, 1995), o la maximización del bienestar general en el caso del utilitarismo (Harsanyi, 1980)—. A pesar de que el sub-campo de la justicia sanitaria ha adoptado el modelo distributivo como dominante, las discusiones sobre justicia social en un sentido más amplio han dado cuenta, también, de formas de injusticia que no se reducen a fallas en la distribución: por ejemplo, la opresión y la dominación (Young, 2000), la ausencia de reconocimiento y la desigualdad de estatus social (Fraser & Honneth 2006; Honneth, 1997), la falta de representación política (Fraser, 2005) y la violencia e injusticia epistémica (Fricker, 2009; Spivak, 1994). Como señala Young (2000), muchas de las nociones sobre justicia social que van más allá de los aspectos distributivos están basadas en las demandas de los llamados *nuevos movimientos sociales*: es decir, de aquellos movimientos que, en definitiva, reivindican la democratización de las instituciones y de las prácticas.

El presente artículo retoma la propuesta de Young para analizar, en este caso, las nociones de justicia sanitaria que han involucrado las demandas de los movimientos sociales de Argentina, en función de lo cual este trabajo ofrece contribuciones teóricas al sub-campo de la justicia sanitaria desde perspectivas que no han sido las dominantes: las reivindicaciones de los movimientos sociales y, específicamente, de aquellas que han sido formuladas en el país mencionado. Con respecto a esto último, Young (2000) sostiene que las demandas pueden diferir en función del tiempo y del lugar, de manera que las nociones de justicia que estas involucran pueden variar, también, en diferentes momentos o regiones. Particularmente, en este artículo se analizan las reivindicaciones sobre cuestiones de salud formuladas por diversos movimientos surgidos o revitalizados desde comienzos del siglo XXI —entre los que se incluyen las asambleas de vecinos/as, el movimiento piquetero, las organizaciones de migrantes latinoamericanos/as, el movimiento antimanicomial, entre otros—. Este recorte temporal está basado en la prioridad que, desde la crisis económica, institucional y representativa de 2001, han adquirido, en Argentina, las demandas por una mayor participación ciudadana en los procesos deliberativos y de toma de decisiones.

El artículo está estructurado en tres partes principales. En la primera se exponen los ejes centrales del modelo distributivo de la justicia social en un sentido amplio, así como las críticas efectuadas por Young a partir de las demandas de los nuevos movimientos sociales. En la segunda se presentan los principales posicionamientos en torno a la justicia distributiva en el ámbito de la salud. En la tercera se analizan, a partir de fuentes bibliográficas y documentales, las nociones de justicia sanitaria que contienen las demandas formuladas por diferentes movimientos sociales de Argentina. Por último, se exponen las principales conclusiones de este artículo.

1. Consideraciones sobre justicia social en un sentido amplio: el modelo distributivo y las críticas de Young a partir de las demandas de los nuevos movimientos sociales

En la introducción de *La justicia y la política de la diferencia*, Young (2000) se pregunta a qué concepciones de justicia social apelan implícitamente los nuevos movimientos sociales¹ y cómo confrontan o modifican las concepciones tradicionales de justicia. La idea central que presenta Young consiste en que, si bien las concepciones hegemónicas de justicia social se basan en el paradigma distributivo, las demandas de los nuevos movimientos sociales dan cuenta de otras nociones de justicia que van más allá de ese paradigma. El objetivo de esta primera sección consiste en exponer las características distintivas del modelo distributivo, así como las nociones de justicia que la autora ha identificado a partir de su análisis sobre las reivindicaciones de los movimientos mencionados.

1.1. El modelo distributivo de la justicia social

El paradigma de la justicia distributiva es —según Young (2000)— la formulación hegemónica del debate público de la Sociedad de Bienestar Capitalista (SBC), mediante la cual apoya sus tres principios normativos. El primero establece que la actividad económica debe estar social o colectivamente regulada para maximizar el bienestar colectivo. El segundo determina que la sociedad debe satisfacer algunas de las necesidades básicas de los ciudadanos. Por último, el tercero establece que debe existir igualdad formal entre los individuos. En definitiva, el propósito de la SBC consiste en brindar las condiciones básicas que permitan la igualdad de oportunidades para la acumulación de capital privado. Ese propósito se corresponde con la teoría liberal igualitaria de la justicia, cuyo representante más reconocido es John Rawls (1995).

En *Teoría de la justicia*, la pregunta que guía la propuesta de Rawls (1995) consiste en qué principios de libertad e igualdad deberían regular la estructura básica de una sociedad democrática para que pueda ser considerada justa. A fin de responder a la cuestión planteada, el autor propone el siguiente ejercicio mental basado en los clásicos abordajes contractualistas: en el marco de una *posición original* hipotética —en analogía con el tradicional supuesto del estado de naturaleza—, unos individuos, que desconocen todo sobre sí mismos y sobre los demás, se reúnen para pactar los principios de justicia más adecuados que permitan regular las instituciones de su sociedad. De acuerdo con el autor, la incertidumbre de cada individuo sobre su posición social —es decir, el desconocimiento sobre si él mismo pertenece a una clase privilegiada o a un sector desfavorecido—, conduce a que el conjunto de los individuos decida, de manera preventiva, realizar un pacto social en el que se establezcan ciertas normas básicas que les garanticen a todos los ciudadanos el acceso a los *bienes sociales primarios* —esto es, las condiciones mínimas imprescindibles para el pleno funcionamiento de cada miembro de la sociedad—. ²

El resultado del acuerdo —según la perspectiva rawlsiana— es la aceptación de dos principios de justicia: uno que se refiere a la libertad y otro que se refiere a la equidad. En este sentido, el primero postula que cada individuo debe

tener un derecho igual al sistema más amplio de libertades básicas compatible con un sistema similar de libertad para todos; mientras que el segundo establece que las desigualdades sociales y económicas deben estructurarse de tal manera que: (a) resulten en el mayor beneficio de los menos aventajados, y (b) los cargos y funciones sean asequibles a todos los individuos bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades. Ambos principios determinan cómo deben adjudicarse los bienes sociales primarios: el primero de ellos —a1 que Rawls le otorga mayor grado de jerarquía— establece la distribución igualitaria de las libertades; la parte (b) del segundo —que le continúa en orden de prioridad— postula la igualdad de oportunidades; y, por último, su parte (a) —que posee menor grado de jerarquía— le otorga legitimidad a las desigualdades socio-económicas siempre y cuando supongan algún beneficio para los menos aventajados.

En función de lo mencionado, la concepción de justicia que promueve el paradigma rawlsiano justifica la necesidad de satisfacer las condiciones mínimas que todo/a ciudadano/a precisa para llevar a cabo su proyecto de vida. Y esa justificación se sustenta en un modelo *decisionístico* de la deliberación (Avritzer, 2000): es decir, se basa en el supuesto de que las diferencias entre los individuos —la diversidad cultural, las posiciones sociales y los intereses, entre otros aspectos— no pueden resolverse mediante la argumentación y que, en consecuencia, habría que suprimirlas antes de iniciar el proceso deliberativo. En efecto, Rawls (1995) sostiene que puesto que las partes desconocen sus diferencias y puesto que son igualmente racionales y se hallan en la misma situación, todas ellas serán susceptibles de ser convencidas por los mismos argumentos; de manera que podríamos contemplar el acuerdo en la posición original desde el punto de vista de cualquier persona seleccionada al azar. En este sentido —sostiene el autor—, si cualquiera, después de reflexionar debidamente, prefiere una concepción de justicia por encima de otra, entonces todas las personas lo harán pudiéndose obtener un acuerdo unánime. De este modo, según Rawls, es posible alcanzar el consenso únicamente cuando las diferencias entre los individuos no forman parte de la discusión.

1.2. Las nociones de justicia social en las demandas de los nuevos movimientos sociales según Young

Mientras que para Rawls la exclusión de las diferencias garantiza la equidad en la deliberación —en la medida en que evitaría cualquier condicionamiento basado en los intereses particulares, la posición social o los talentos que las personas han adquirido fortuitamente—, Young (2000) sostiene que ese ideal de “imparcialidad” despolitiza el ámbito público. En efecto, de acuerdo con la autora, el hecho de desconsiderar la existencia de relaciones de poder, diversidad cultural o diferentes intereses en el marco del proceso deliberativo implica impedir que las reivindicaciones y razones concretas de cada persona y sector social sean oídas. En contraste, en una esfera pública politizada, según Young, se resuelve el desacuerdo y se toman decisiones por medio de un proceso de deliberación argumentativa en el que las diferencias nunca son silenciadas y en el que son visibles todos los procesos que mantienen la dominación y la opresión.

En este punto, vale resaltar que Young no considera que la distribución equitativa de recursos no constituya un requisito fundamental para la justicia social, sino todo lo contrario. Sin embargo, lo que critica del paradigma distributivo consiste en su imposición de un supuesto punto de vista imparcial —los principios de justicia a los que, según Rawls, llegaría toda persona racional— que despolitiza la esfera pública al silenciar las diferencias: esto es, al dejarlas fuera del proceso democrático de deliberación y toma de decisiones. En este sentido, según Young, la aplicación del modelo distributivo de la SBC ha conducido a acordar, por ejemplo, el aumento del salario básico, la disminución de horas de trabajo y otros aspectos vinculados con la distribución de recursos; pero, al silenciar las diferencias —en función del requisito de imparcialidad para alcanzar el consenso—, ha contribuido, también, a invisibilizar las relaciones de poder y a desmotivar la deliberación pública sobre los procedimientos de toma de decisiones, la diversidad cultural, la organización de la producción y otros procesos institucionales.

En contraposición a esa concepción despolitizada de la justicia, Young menciona que, a partir de la década de 1960, varios movimientos sociales comenzaron a denunciar situaciones de injusticia que no se reducían a aspectos distributivos. Por ejemplo, ha habido organizaciones rurales que denunciaron la instalación de peligrosas plantas de tratamiento de residuos, organizaciones del mundo del trabajo que se manifestaron contra diferentes aspectos de las precarias condiciones laborales, así como también organizaciones de mujeres y de personas negras que denunciaron, respectivamente, los diversos modos en los que se ejerce la misoginia y el racismo. De acuerdo con Young, por medio de esas y otras reivindicaciones similares, los nuevos movimientos sociales han buscado, más que una redistribución de recursos, la democratización de las instituciones y de las prácticas mediante la participación de los sectores que tradicionalmente han sido silenciados —y a los que esos movimientos representan— en los procesos deliberativos y de toma de decisiones. En la base de esas reivindicaciones existe, según la autora, una concepción de justicia social centrada en la erradicación de las barreras que impiden o dificultan la participación mencionada. La primera de esas barreras es la *opresión*, que consiste en los procesos institucionales sistemáticos que impiden que algunas personas aprendan y utilicen las habilidades apropiadas en entornos socialmente reconocidos, o los procesos sociales institucionalizados que inhiben la capacidad de las personas para interactuar y comunicarse con otros, o expresar sus sentimientos y perspectivas sobre la vida social en contextos donde otros puedan oír. La segunda barrera es la *dominación*, que consiste en las condiciones institucionales que inhiben o impiden que las personas participen en la determinación de sus acciones o las condiciones de sus acciones. En este sentido, según la autora, las personas viven dentro de estructuras de dominación si otras personas o grupos pueden determinar sin reciprocidad las condiciones de su acción, ya sea directamente o por las consecuencias estructurales de sus acciones.

De acuerdo con lo mencionado, la autora sostiene que los nuevos movimientos sociales han denunciado injusticias que no se limitan a aspectos distributivos, aunque pueden ocurrir en conjunto. Se trata, en este sentido, de injusticias que amenazan el autodesarrollo (opresión) y la autodeterminación (dominación), lo cual acontece como consecuencia directa de haber sustraído las diferencias que existen entre las personas del marco de los procesos deliberativos y de toma de

decisiones —tal como lo promueve el modelo distributivo de la justicia—. En contraste, lo opuesto a la opresión y a la dominación es donde, para Young, reside la democracia social y política profunda.

A pesar de que las reivindicaciones de los movimientos sociales han enriquecido las discusiones sobre justicia social en un sentido amplio, en el sub-campo específico de la justicia sanitaria continúa discutiéndose, predominantemente, sobre aspectos que atañen a la distribución. En la próxima sección se expondrán las posiciones dominantes al respecto.

2. El modelo distributivo como paradigma hegemónico de la justicia sanitaria

El reconocimiento de la salud como derecho humano surgió en la segunda posguerra mundial³ y, desde ese entonces, ha sido postulado en una serie de documentos internacionales y adoptado por diversas constituciones. Pese al reconocimiento legal mencionado, el derecho a la salud ha sido —y continúa siendo— objeto de disputa; en el interior de la cual los distintos posicionamientos encuentran sustento en diferentes teorías de la justicia. Sin embargo, existe un punto en común en los diferentes abordajes: usualmente, las teorías sobre justicia sanitaria reducen la discusión sobre el derecho a la salud a las discusiones sobre diferentes aspectos que atañen a la distribución en el ámbito sanitario. En este sentido —y como ha sido mencionado en la introducción de este artículo— la justicia sanitaria es, con frecuencia, considerada como la aplicación de las teorías generales sobre justicia distributiva al ámbito de la salud (Vidiella, 2008). Desde ese paradigma, el derecho a la salud se entiende, simplemente, como el derecho al acceso a intervenciones y tratamientos biomédicos, sin cuestionar, por ejemplo, los mecanismos de poder que operan en los discursos y las prácticas sanitarias (Foucault, 1996). El objetivo de esta sección consiste en presentar brevemente las principales posiciones en el debate sobre la justicia distributiva en el campo de la salud.

La propuesta de Rawls fue retomada y extendida al campo sanitario, principalmente, por Norman Daniels (1988). Sus objetivos centrales han sido fundamentar el acceso universal e igualitario a la atención de salud y brindar un modelo de justicia sanitaria basado en la equidad. Respecto al primero, Daniels establece un criterio para jerarquizar necesidades: las que se vinculan con proyectos contingentes carecen del mismo valor que las que permanecen a lo largo de la vida —como el alimento, la vestimenta y el descanso, entre otras—. Estas últimas necesidades, de acuerdo con Daniels, poseen mayor relevancia en tanto, a diferencia de las primeras, son atribuibles de modo universal y su satisfacción contribuye al pleno funcionamiento del individuo —preservando sus capacidades de cooperación social—. Según ese criterio, un accidente cerebrovascular, por ejemplo, sería considerado una necesidad sanitaria en tanto afecta la funcionalidad del individuo, mientras que no lo sería, por el contrario, una cirugía estética. La satisfacción de las necesidades sanitarias constituye, según Daniels, una condición de posibilidad para garantizar la igualdad de oportunidades —conforme al segundo principio rawlsiano—: en efecto, los individuos enfermos o discapacitados poseen oportunidades limitadas, pues la imposibilidad de funcionar plenamente reduce sus oportunidades para realizar

sus proyectos de vida. De este modo, el propósito de la justicia sanitaria de Daniels consistirá en disminuir la desigualdad de oportunidades producida por motivos de enfermedad, garantizando el acceso a la salud igualitario en situaciones de necesidad.

En función de lo expuesto, se observa que el modelo danielsiano, así como el de Rawls, presupone la existencia de un criterio imparcial para identificar y priorizar las necesidades de salud que deben ser satisfechas. Como se analizará en la siguiente sección, admitir ese ideal de imparcialidad conduce, inevitablemente, a ignorar ciertas formas de injusticia sanitaria que no se reducen a cuestiones distributivas. Por lo pronto, vale mencionar que, puesto que el debate en el subcampo de la justicia sanitaria ha girado en torno a los aspectos distributivos, las teorías con las que discute el modelo danielsiano no son las que consideran nociones de justicia que van más allá de lo distributivo, sino las que proponen otros objetos u otros criterios de distribución, o bien las que, directamente, rechazan la redistribución de bienes sanitarios. De estas últimas, la más reconocida es la de Tristan Engelhardt (1986), que incorpora las consideraciones de Robert Nozick (1974), cuyo objetivo era proporcionar una justificación del estado mínimo y, por tanto, del cumplimiento de los únicos derechos que, según el autor, podrían considerarse legítimos: los derechos de no interferencia. En este sentido, según Nozick, la justicia se identificaría con la necesidad de garantizar la libertad de cada individuo para disponer de sus bienes —al menos, siempre y cuando ese individuo compense a las personas que hayan resultado perjudicadas por la apropiación de aquellos bienes⁴—, de manera que el Estado mínimo sería el único capaz de custodiar esa libertad.

Según Engelhardt, la defensa del derecho a la salud es insostenible. Un primer motivo consiste en que, para el autor, no es posible ofrecer la mejor atención sanitaria a todos los individuos y, al mismo tiempo, controlar el gasto. En segundo lugar, sostiene que no es posible ofrecer la misma atención a todas las personas si se pretende respetar la libertad de elección de los profesionales de la salud y de los pacientes. Por último, sostiene que considerar la atención de la salud como una demanda justa conduce a entender la enfermedad como una injusticia; lo que, para Engelhardt, consistiría en un absurdo. Por el contrario, considera que la lotería natural y la lotería social producen desigualdades, pero no generan obligaciones por parte de terceros⁵. Engelhardt reconoce que existen situaciones en las que ciertos individuos resultan desfavorecidos a causa de las acciones de otros, pero argumenta que, en tales casos, la demanda debe dirigirse desde los individuos afectados hacia los individuos específicos que los han perjudicado con sus acciones —y no hacia el conjunto de la sociedad—. En este sentido, según Engelhardt, asumir que las necesidades generan derechos permitiría legitimar medidas autoritarias por parte del Estado que conducirían a la violación del derecho a la propiedad y la libertad —mediante, por ejemplo, la recaudación de impuestos destinados a sustentar el sistema de salud pública—. De este modo, Engelhardt rechaza el derecho a la atención sanitaria en la medida en que, desde su perspectiva, atenta contra los únicos derechos que, al igual que Nozick, considera legítimos: los de no-interferencia.

Si bien el enfoque danielsiano permite, a diferencia de la última visión expuesta, el reconocimiento del derecho a la salud entendido en términos distributivos, el punto común de ambos enfoques es que reducen el debate

por la justicia en salud a aspectos únicamente vinculados con la distribución y, por tanto, no habilitan la discusión sobre otras formas de injusticia. En la siguiente sección se analizará, en primer lugar, la forma en que estas concepciones orientaron los debates y las políticas públicas en Argentina hasta la emergencia, durante los primeros años del siglo XXI, de reivindicaciones sociales que comenzaron a cuestionar el reduccionismo del modelo distributivo. Por último, se analizarán, de manera detallada, las nociones de justicia sanitaria que involucraron esas reivindicaciones.

3. Perspectivas en torno a la justicia sanitaria en Argentina: la predominancia de las discusiones sobre aspectos distributivos y las demandas de los movimientos sociales

Las diferentes concepciones en torno a la justicia distributiva en el ámbito de la salud han orientado, en Argentina, discusiones y políticas a lo largo del tiempo. Sin embargo, particularmente desde los inicios del siglo XXI —en el marco de la crisis económica, institucional y representativa generalizada—, las reivindicaciones de diversos movimientos sociales por una mayor participación de la ciudadanía en los procesos deliberativos y de toma de decisiones vinculados con la salud han puesto de manifiesto que, claramente, las discusiones en torno a la justicia sanitaria exceden los términos que plantea el modelo distributivo. En el primer apartado de esta sección se analizarán las concepciones sobre justicia distributiva que orientaron las discusiones y políticas mencionadas hasta inicios del siglo XXI⁶ en Argentina para introducir los siguientes cuatro apartados —que constituyen la parte principal de este artículo—: cada una de las cuatro nociones de justicia sanitaria identificadas a partir de las reivindicaciones de los movimientos sociales en el país.

3.1. Los enfoques sobre justicia distributiva en salud en la Argentina

El sistema sanitario argentino está conformado por tres sectores: el sector privado, el sector de la seguridad social, y el sector público. El primero está constituido por la totalidad de las empresas de medicina prepaga; el segundo incluye los servicios y obras sociales ofrecidos para quienes desempeñan funciones en organismos estatales, provinciales y municipales, así como para quienes cobran una jubilación; y el tercero está constituido por los servicios sanitarios gratuitos ofrecidos por el Estado para quienes no cuentan con cobertura médica y, en general, para cualquier persona que demande atención sanitaria. Los posicionamientos sobre justicia distributiva en el ámbito de la salud han girado en torno al derecho de acceder al último sector mencionado: esto es, al sector público.

Si bien el reconocimiento explícito del derecho a la salud en Argentina se concretó recién en 1994 —mediante la reforma constitucional—, la situación previa no ha implicado un impedimento para el desarrollo del sector de salud pública, bajo el paradigma de la cobertura sanitaria como política universal (Abramovich & Pautassi, 2008). A fines de la década de 1970, Argentina firmó la *Declaración de Alma Ata*, donde se establece la Atención Primaria de la

Salud (APS) como estrategia para dar cumplimiento, en el año 2000, a la meta de que, “mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales” (1978, X), todos los ciudadanos de los Estados firmantes alcancen un nivel de salud que les permita “llevar a cabo una vida productiva social y económicamente” (1978, V). De acuerdo con lo mencionado, es posible advertir que la concepción de justicia que subyace al propósito de la Declaración coincide con la propuesta rawlsiana y, particularmente, con la interpretación que Daniels ha realizado sobre ella: en efecto, se propone un criterio de equidad distributiva para efectivizar el acceso universal a la atención sanitaria, en la medida en que ésta constituye una condición de posibilidad para llevar a cabo una vida productiva. En este sentido —y en concordancia con la concepción danielsiana— el documento citado presupone a la salud como un bien social primario, y al acceso a la atención sanitaria como una condición indispensable para paliar las necesidades esenciales que atentan contra la igualdad de oportunidades, en la medida en que perjudican el funcionamiento pleno de los individuos —y, con esto, sus capacidades de cooperación social—.

Al respecto de las necesidades esenciales en salud, cabe destacar que, de acuerdo con la *Declaración*, la APS no incluye el conjunto de los servicios sanitarios, sino que solo “se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad” (1978, VII), de manera que, en concordancia con la teoría de Daniels, el documento establece el requerimiento de emplear criterios de jerarquización de las necesidades en salud. En este sentido, la APS ha planteado, en Argentina, la opción estratégica de jerarquizar las prestaciones sanitarias, especialmente mediante del Programa REMEDIAR —a] que se hará referencia más adelante—.

En el marco legal, otro acontecimiento relevante en el reconocimiento del derecho a la salud ha sido la promulgación de la Ley 23.313 (1986), la cual aprueba el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resulta importante mencionar que dicho documento internacional no sólo reconoce el derecho a la salud —en su artículo 12—, sino que además establece que todos los Estados que participen del Pacto quedan jurídicamente obligados a, como mínimo, garantizar la satisfacción de los niveles esenciales de los derechos enunciados en el documento. Ahora bien, cabe mencionar que el asunto de la responsabilidad del Estado ha suscitado cuestionamientos en los años inmediatamente posteriores. En efecto, el reconocimiento constitucional del derecho a la salud a partir de la reforma de 1994 (Art. 75, Inc. 22) —que aprueba el Pacto mencionado— se ha producido en un contexto en el que, contrariamente, surgían cuestionamientos al modelo de la provisión universal de la salud, así como a las fuentes de financiamiento. En ese marco, a través del denominado *Proyecto de Reforma del Sector Salud* (PRESSAL), se comenzaron a promocionar formas de autofinanciamiento y autogestión de los hospitales públicos; paradigma que, aunque no llegó a establecerse de manera sustancial, “dejó en claro los límites concretos en términos de provisión de la salud y de responsabilidades estatales en materia de provisión médica” (Abramovich & Pautassi, 2008: 264). En este sentido, el clima neoliberal de los años noventa trajo aparejada la disputa en torno al derecho a la salud entre las posiciones liberales-igualitarias y los enfoques libertarios: mientras que, por un lado, la *Constitución* le reconocía a la atención sanitaria el estatus de derecho humano, comenzaban,

por otro lado, a ganar aceptación las concepciones nozickianas-engelhardtianas sobre el rol mínimo del Estado en lo que respecta a las cuestiones sanitarias.

Las condiciones generadas por las reformas neoliberales de la década de 1990 culminaron en la crisis del 2001, que impactó decisivamente en la salud de la población. En este sentido, en los inicios del 2002 se decretó la emergencia sanitaria nacional —mediante el Decreto 486/02— y se estableció el programa REMEDIAR, cuya propuesta consistía en garantizar el acceso a los medicamentos esenciales ambulatorios y a las prestaciones médicas básicas a través de Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y, eventualmente, de hospitales públicos (Chiara, 2017). Asimismo, se intensificó la construcción de los CAPS, particularmente en comunidades indígenas y regiones rurales (Hirsch & Lorenzetti, 2016), en función de lo cual se maximizó el alcance del acceso a las prestaciones y medicamentos sanitarios esenciales. De este modo, la implementación del programa REMEDIAR, en ese entonces, así como la generación de nuevos CAPS, presupusieron, nuevamente, concepciones de justicia distributiva: en efecto, a partir de una jerarquización de las necesidades sanitarias, se establecieron estrategias de acceso a los recursos que permitieran satisfacerlas.

Paralelamente, durante la crisis de 2001, comenzaron a formularse, “desde abajo” (Cafassi, 2002), diferentes demandas en torno a la salud que involucraban nociones de justicia sanitaria irreductibles al modelo distributivo y que, principalmente, promovían la democratización de las instituciones, las prácticas y los saberes sanitarios. En los siguientes apartados de esta sección se abordarán esas nociones.

3.2. Primera noción: Justicia sanitaria como participación popular en los procesos de discusión, decisión, control y gestión relativos a la salud

La protesta social de comienzos de este siglo enfatizó el carácter procedimental de la democracia. En efecto, los cuestionamientos en torno a la legitimidad de la representación política —expresados bajo la consigna “que se vayan todos” — (Pousadela, 2006) y, con esto, en torno a la viabilidad de los canales institucionales para la participación efectiva de la ciudadanía en los procesos deliberativos y de toma de decisiones, condujo a que se reivindicaran y adoptaran modalidades territoriales de participación directa. En ese contexto, las demandas que conciernen a la salud han sido, también, formuladas según ese carácter procedimental: es decir, planteaban la necesidad de que la ciudadanía participara en los procesos de discusión, decisión, control y gestión de lo sanitario.

Diferentes movimientos que surgieron o se intensificaron al calor de la crisis de 2001, como el movimiento de trabajadores desocupados, el movimiento de empresas y fábricas recuperadas —surgidos, en ambos casos, en la segunda mitad de la década de 1990—, o las asambleas barriales y populares —emergidas a inicios del 2002—, plantearon la necesidad de desarrollar la vida política “desde abajo” (Cafassi, 2002) y democratizar los espacios públicos⁷. En muchos casos, las organizaciones de esos movimientos se han caracterizado por rechazar, en su interior, la implementación de modelos jerárquicos, representativos y delegativos. En su lugar, promovieron modalidades de gestión colectiva y el ejercicio de la democracia directa y horizontal en los

procesos de deliberación y toma de decisiones (Di Marco, 2003; Fernández et al, 2008; Zibechi, 2003). Interesa resaltar que esas modalidades de gestión colectiva supusieron el cuestionamiento en torno a la legitimidad de las decisiones tomadas por “especialistas”. Hasta ese entonces, por ejemplo, en el caso de las empresas y fábricas, se había naturalizado la lógica de delegar las tareas de gestión e inversión a gerentes, consultores u otros “expertos” (Fernández et al, 2008). La desnaturalización de la relación jerárquica entre “los que más saben” y “los que menos saben” supuso un cambio de paradigma epistémico en el interior de las diferentes organizaciones sociales que emergían en el marco de la protesta social: la idea de que no existe nadie más competente que los y las mismos/as ciudadanos/as para determinar sus propias necesidades y para participar en la gestión de sus soluciones.

En lo que concierne a la salud, surgieron, también, iniciativas basadas en el modelo de autogestión colectiva, lo que supuso la participación de las organizaciones mencionadas en la deliberación y decisión sobre los criterios de distribución de recursos sanitarios y sobre la definición de las necesidades sanitarias (Grimberg, 2005; Zaldúa, Sopransi & Veloso, 2005). En efecto, ante el profundo impacto de la crisis económica en las condiciones de vida de los sectores populares y las notorias dificultades para el acceso a la atención médica —como consecuencia de las políticas de corte neoliberal de los años noventa—, varias agrupaciones se orientaron a construir centros de salud propios, conformados no apenas por profesionales sanitarios —en algunos casos, desocupados/as—, sino también por activistas, estudiantes, profesionales de otras áreas y vecinos/as. En algunos casos, esos centros de salud se construyeron para demandar, posteriormente, su incorporación al sector público, mientras que en otros se realizaron acuerdos con gremios o asociaciones médicas. Sin embargo, interesa destacar que, en la mayoría de los casos, el control y la gestión de esos centros de salud —en algunas ocasiones, clínicas recuperadas— ha estado a cargo de comisiones vecinales de las mismas organizaciones, que funcionaban por medio de reuniones periódicas y de asambleas.

Asimismo, en lo que respecta a los recursos sanitarios, las comisiones de salud de las mismas organizaciones han sido las responsables de gestionar la adquisición de medicamentos —por medio de acuerdos con hospitales o mutuales— y de distribuirlos. A su vez, los criterios para esa distribución se han basado en nuevos significados sobre las necesidades en salud, definidos, también, por las propias organizaciones. Es decir, se ha promovido la desnaturalización de la relación jerárquica entre “especialistas” sanitarios (médicos/as, enfermeros/as, etc.) y población no especializada a partir de la concepción de que el sistema de salud debería gestarse en el contexto en el que surgen las necesidades sanitarias —y no en la cabeza del profesional— (Grimberg, 2005).

En sintonía con lo mencionado, a comienzos del siglo XXI, también surgieron agrupaciones contra el uso de agrotóxicos a partir de la advertencia, por parte de vecinos/as, de la llamativa aparición de una serie de enfermedades —diferentes tipos de cáncer, enfermedades dermatológicas y autoinmunes, entre otras— en las regiones expuestas a la fumigación. Dichas agrupaciones —que, en general, adquirieron la forma de asambleas vecinales— cuestionaron el discurso dominante, sostenido por “expertos/as” de diferentes organismos vinculados con ciencia, tecnología, sanidad agraria y salud, sobre la

inocuidad de los pesticidas. En este sentido, las organizaciones —conformadas por vecinos/as de zonas afectadas, científicos/as, médicos/as, abogados/as, comunidades indígenas y campesinas, entre otros actores— se movilizaron en diversas oportunidades para construir y visibilizar sus hallazgos sobre los efectos nocivos del uso de esos productos y, de este modo, sustentar sus denuncias. Incluso, las organizaciones solicitaron intervenciones para modificar los criterios de clasificación toxicológica de los pesticidas —a fin de considerar no apenas los daños letales a corto plazo, sino también a mediano y largo plazo, bien como otros daños no letales—, lo cual supuso, nuevamente, la desnaturalización de la relación jerárquica entre “especialistas” y población no especializada (Arancibia, 2020; Arancibia & Motta, 2019).

Las iniciativas de gestión popular de los recursos sanitarios, así como los cuestionamientos en torno a las jerarquías entre “expertos/as” y “no expertos/as” que se imponen como barreras para la participación de los sectores populares en la deliberación y resolución de sus propias necesidades de salud, plantean una concepción procedimental de la justicia social en el ámbito sanitario. En efecto, evidencian que no basta que el Estado garantice el acceso a la atención médica esencial —de acuerdo con el modelo de Daniels—, sino que resulta imprescindible la participación popular en lo que respecta al relevamiento de las problemáticas sanitarias y enunciación de sus propias necesidades; la deliberación y toma de decisiones sobre los posibles modos de resolver esas problemáticas y satisfacer esas necesidades; y la gestión y control de la producción, adquisición y distribución de los recursos sanitarios.

3.3. Segunda noción: Justicia sanitaria como ciudadanía explícitamente incluyente para el acceso a la salud

Los estudios sobre movilizaciones y movimientos sociales en la Argentina han tendido a emplear el concepto de “ciudadanía” en dos sentidos: por un lado, en referencia a las demandas por la ampliación de derechos y, por otro, a las demandas por la ampliación de la participación política (Vommaro & Salomone, 2017). El segundo sentido ha sido tratado en el apartado anterior —sobre justicia sanitaria como participación popular en los procesos de discusión, decisión, control y gestión de la salud—. Este apartado se ocupará, principalmente, del primer sentido del concepto mencionado para analizar las demandas por la legitimación de ciertos sectores sociales como sujetos de derecho al acceso a la atención sanitaria.

Un caso emblemático en lo que respecta a las demandas por derechos ciudadanos —en un sentido amplio— ha constituido la lucha de las organizaciones por los derechos de quienes han sido considerados/as, por antonomasia, como no-ciudadanos/as: los y las migrantes. En Argentina, a partir de la década de 1960, las políticas migratorias del país se tornaron más restrictivas y selectivas: en particular, tendieron a obstaculizar la regularización y el goce de los derechos fundamentales de los y las migrantes provenientes de países limítrofes (Aruj, Oteiza & Novick, 1996; Pavecchia & Courtis, 2008). Un momento clave de ese contexto ha acontecido durante la última dictadura militar, cuando lo que hasta ese entonces había sido un corpus disperso de normativas orientadas a regular los flujos migratorios fue unificado en una Ley: la Ley N°

22.439/81 —llamada *Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración*, aunque más conocida como “Ley Videla” —. Dicha legislación, que ha estado vigente durante más de veinte años luego del retorno a la democracia, tornaba más explícita aún la condición de no-ciudadanos/as de los y las migrantes latinoamericanos/as. En efecto, establecía la obligación legal de denunciar a migrantes en condición de irregularidad, en función de lo cual restringía el acceso a la salud, la educación y el trabajo remunerado: es decir, cualquier tentativa de acceso suponía el riesgo de que fueran denunciados/as.

Durante la década de 1990 se registró un recrudescimiento de las políticas migratorias, principalmente a partir de una serie de decretos, resoluciones y disposiciones orientadas a obstaculizar, todavía más, la regularización de los y las migrantes (Mármora, 2004). Al mismo tiempo, proliferaron discursos xenófobos, promovidos, principalmente, por autoridades políticas, medios de comunicación y organizaciones sindicales: en el marco de la crisis, esos discursos se orientaban a adjudicarles a los y las migrantes de países limítrofes el aumento de la desocupación y de la delincuencia. Sin embargo, frente a este contexto de des-ciudadanización, se crearon, en esos mismos años, centenares de organizaciones de migrantes de países limítrofes orientadas a revertir la valoración negativa sobre sus identidades y a sustentar las reivindicaciones por el reconocimiento de sus derechos ciudadanos, entre los que se incluía el derecho a la salud (Grimson, 2006).

Dado que, en aquel entonces, las condiciones para el acceso a la atención médica —tanto en términos legales como fácticos— se encontraban restringidas para los y las extranjeros/as sin permiso de residencia, el derecho a la salud ha constituido una de las demandas fundamentales en la agenda de las organizaciones de migrantes, así como la idea propulsora para la realización de iniciativas autónomas —como la construcción de salitas de salud en barrios poblados mayoritariamente por extranjeros/as de países limítrofes— (Mombello, 2006). A comienzos de la década siguiente, en el marco de la profundización de la crisis económica, el discurso público sobre los y las migrantes latinoamericanos/as cambió de manera notable: se tornaba cada vez más inverosímil la idea de que los y las migrantes latinoamericanos/as —que regresaban a sus países o padecían la crisis como sus vecinos/as en los barrios populares— fueran los culpables de la desocupación y la delincuencia (Grimson, 2006). Esto supuso una oportunidad discursiva para que las demandas por sus derechos pudieran ingresar en el marco más general de las reivindicaciones por derechos de ciudadanía, que emergía con fuerza en las movilizaciones populares de comienzos del siglo XXI. El ingreso de esas reivindicaciones por los derechos de extranjeros/as en las agendas más amplias de derechos de ciudadanía promovió la actuación de diversos sectores de la sociedad civil —como organismos de derechos humanos, diversas organizaciones sociales, instituciones eclesiales, entre otros actores (Domenech, 2008) — para colocar esas demandas en la agenda legislativa y gubernamental (Brumat & Torres, 2015). El objetivo consistía en que se derogara la Ley Videla y se sancionara una nueva legislación que, entre otras cuestiones, estableciera la igualdad de todas las personas para el acceso a los derechos sociales reconocidos en el marco de la *Constitución Nacional*, entre los que se incluye el derecho a la salud. La iniciativa supuso una conquista en lo que concierne a las condiciones legales (Ley 25.871/03) para el acceso a

la atención médica, entre otros derechos, por parte de migrantes en situación de irregularidad, así como para la facilitación de los trámites de regularidad migratoria. Sin embargo, en la práctica, los y las migrantes de países limítrofes han continuado experimentando diferentes tipos de barreras a la hora de acceder a los servicios de salud: desde el pedido de presentación de documento de identidad emitido en Argentina —principalmente en regiones con mayor población de extranjeros/as—, hasta formas sutiles de expulsión, tutelaje, y/o dificultades vinculadas con las diferencias culturales, entre otras (Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2015; Baeza, Aizenberg & Barría Oyarzo, 2019; Biondini, 2020; Jelin, Grimson & Zamberlin, 2006; Mombello, 2006).

Aunque el discurso que se sostiene desde el marco legal supone el acceso universal a la salud, en la práctica, algunas personas son concebidas como sujetas de derecho a la atención médica mientras que otras no. El modelo distributivo de la salud invisibiliza la existencia de relaciones de poder que definen el grado de legitimidad de ciertos grupos sociales como ciudadanos/as y, por lo tanto, el grado de legitimidad como sujetos/as de derecho a la atención médica. La pauta de acceso universal a la salud asume como existente un ideal de imparcialidad que en la práctica concreta no se sostiene. En este sentido, cuando, por ejemplo, se les pide el documento de identidad argentino como requisito para recibir atención médica, los y las migrantes no son considerados/as como parte del “universal” que posee el derecho de acceder a los servicios de salud. Esta paradoja del “universal excluyente” en lo que concierne a la ciudadanía ha sido expuesta claramente por las primeras sufragistas francesas cuando se preguntaron: “¿es una francesa un francés?” (Rancière, 2000). La pregunta, aparentemente tautológica, exhibe la paradoja de ser reconocidas como ciudadanas —desde el discurso igualitario— y, al mismo tiempo, no gozar de los derechos ciudadanos —como el que respecta a la participación política por medio del sufragio—. Análogamente, es posible afirmar que, en términos legales, los y las migrantes estarían incluidos/as en la universalidad del derecho a la salud, pero en términos prácticos se los continúa considerando como usuarios/as ilegítimos/as.

En síntesis, la noción de un universalismo explícitamente incluyente en el ámbito de la salud exhibe la paradoja que el modelo distributivo de la justicia sanitaria sostiene mediante su ideal de imparcialidad. Plantear el acceso universal a la salud sin atender a los discursos y prácticas que definen cuáles sujetos poseen legítimamente el derecho de acceder y cuáles no, habilita la concretización de la paradoja del universal excluyente y, con esto, de una injusticia

3.4. Tercera noción: Justicia sanitaria como erradicación de los discursos y las prácticas violentas en el ámbito de la salud

Entre las diferentes reivindicaciones por la participación ciudadana en lo que concierne a la salud se incluyen, también, las demandas de diversos movimientos sociales que luchan por la erradicación de aquellos discursos médicos que, injustamente, reproducen y legitiman la estigmatización de ciertos sectores poblacionales, así como por la erradicación de ciertas prácticas violentas en las instituciones hospitalarias. Lo que han revelado los movimientos que se manifiestan contra la patologización y la medicalización de ciertos cuerpos y subjetividades⁸, contra la manicomialización y contra la violencia obstétrica,

entre otras demandas, consiste en que no todo lo que en una sociedad se considere como salud constituye siempre un bien deseable; sino que, por el contrario, también se han cometido injusticias en nombre de la “ciencia” y de la “salud”. El modelo distributivo de la justicia, que desconsidera las relaciones de poder, los intereses mercantilistas y los aspectos ideológicos que atraviesan el campo sanitario, habilita la distribución de estigmas, torturas u otros tipos de acciones violentas en nombre de la “salud”. En este apartado se analizarán las reivindicaciones de los movimientos sociales contra esos tipos de injusticia sanitaria, particularmente contra la patologización de la diversidad.

Las demandas por la despatologización de ciertos cuerpos y subjetividades no han sido específicas de Argentina, pero la trayectoria de su formulación e ingreso en la agenda pública ha diferido de la de otros países. Mientras que en los países del norte florecían, durante los años setenta, los estudios sociológicos sobre medicalización y patologización⁹, al tiempo que emergía una serie de levantamientos sociales con propuestas que cuestionaban los sentidos hegemónicos del concepto de salud¹⁰, Argentina y, en general, la región latinoamericana, atravesaban las más feroces dictaduras militares. La democracia retornó, en este país, con una serie de reivindicaciones por parte de diferentes movimientos sociales, cuyas agendas combinaban demandas históricas con aquellas que emergían frente a las consecuencias del terrorismo de Estado. Si bien en Argentina —al igual que en otros países— la coalición LGBTI+ ha sido uno de los actores más relevantes en la lucha por la despatologización, principalmente, de la orientación sexual y de la identidad de género, sus primeras organizaciones sociales emergidas en democracia —como la Comunidad Homosexual Argentina (CHA), surgida en 1984— otorgaron prioridad en su agenda a otras demandas. En efecto, entendieron que, en ese momento, era más urgente luchar contra la represión y los edictos policiales heredados de los gobiernos militares, de modo que encauzaron sus esfuerzos hacia la consecución de esos objetivos de manera prioritaria (Comunidad Homosexual Argentina, 2013; véase también Bellucci, 2010).¹¹

Recién a fines de la primera década del siglo XXI, las demandas vinculadas con la despatologización comenzaron a cobrar relevancia en la agenda pública, en gran medida a partir de las iniciativas del movimiento antimanicomial —conformado por organismos de derechos humanos, sindicatos, estudiantes universitarios/as, trabajadores/as de hospitales psiquiátricos, usuarios/as, familiares, entre otros actores—, cuya actuación generó una respuesta favorable por parte del Estado: la sanción y promulgación de *Ley Nacional de Salud Mental* —Ley 26. 657— en 2010. De distintas maneras, el movimiento antimanicomial ha cuestionado los sentidos que tradicionalmente se les han atribuido a los padecimientos mentales, a los modos de tratarlos, a los y las usuarios/as de los servicios de salud mental y a los sectores sociales que injustamente han sido clasificados en nosografías psiquiátricas mediante procesos de patologización de la diversidad (Stolkiner, 2012). Los propios conceptos de *padecimiento mental* y *de usuarios/as* han constituido una reacción del movimiento antimanicomial: es decir, han supuesto el rechazo hacia las tradicionales nominaciones estigmatizantes y, a su vez, la promoción de nominaciones alternativas. En efecto, esa iniciativa ha buscado substituir las clasificaciones asociadas al concepto de “locura”, que frecuentemente remiten

a las nociones de peligrosidad —lo que habilita el estigma, el encierro y el castigo— y de incapacidad para tomar decisiones —lo que habilita el tutelaje y la privación de libertad—. Al mismo tiempo, esas nociones han buscado cuestionar los esencialismos de las clasificaciones que desconsideran la incidencia de los determinantes sociales en la salud mental —como la desocupación, la discriminación, una situación de abuso o la pérdida de un familiar cercano—. De este modo, algunas organizaciones del movimiento antimanicomial —como la Asamblea permanente de usuari@s de los servicios de salud mental (APUSSAM)— han reivindicado la concepción de que un/a usuario/a de servicios de salud mental es, ante todo, una persona autónoma que ha decidido hacer uso de esos servicios y que participa activamente en todas las instancias de deliberación y decisión sobre su propia salud mental y sobre sus posibles tratamientos —en reemplazo de la concepción de *paciente*, que supone pasividad y espera— (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2020). Esta reivindicación del movimiento antimanicomial por el derecho a la autodeterminación de los y las usuarios/as de los servicios de salud mental ha mantenido un vínculo estrecho con la demanda del mismo movimiento por el derecho a la autodeterminación de las personas y grupos sociales que han devenido objeto de la psiquiatría mediante la patologización de sus visiones sobre la vida, sus apariencias físicas, costumbres o formas de pensar y actuar (Aquino & Tedesco, 2013). En efecto, ciertos sectores poblacionales —como, por ejemplo, las personas LGBTI+, los sujetos coloniales, los individuos que profesan religiones no dominantes o los y las adultos/as de edad avanzada— han sido tradicionalmente estigmatizados por medio de clasificaciones nosográficas —y, en algunas ocasiones, sometidos a internaciones y maltratos— en función de la patologización de ciertos aspectos que ni siquiera implican por sí mismos un padecimiento mental —como, en cada caso, la orientación sexual, identidad de género, cosmovisión, creencia religiosa o edad—. En este sentido, el respeto por la autodeterminación de la diversidad —de orientaciones, identidades, cosmovisiones, creencias y edades— implica, de acuerdo con la reivindicación mencionada, su desvinculación con respecto a las clasificaciones psiquiátricas.¹²

En función de lo mencionado, las reivindicaciones por la despatologización de la diversidad suponen una concepción de justicia en salud que el modelo distributivo desconsidera: es decir, la noción de que justicia sanitaria también significa erradicar los discursos y las prácticas violentas en el ámbito de la salud. En efecto, como se ha mencionado al comienzo de este apartado, no todo lo que se considere como “salud” en una sociedad constituye un bien deseable, sino que también se han cometido injusticias en nombre de la “ciencia” y de la “salud”. El modelo distributivo de la justicia desconsidera los intereses ideológicos, económicos y políticos que atraviesan el ámbito sanitario, de manera que puede habilitar la distribución de injusticias —por ejemplo, del acceso a tratamientos de conversión para personas homosexuales o de encierros involuntarios en manicomios— en nombre de una justa distribución de bienes sanitarios. Los movimientos por la despatologización han reaccionado contra los enfoques positivistas de la salud, que consideran los discursos provenientes del campo sanitario como neutros, imparciales y objetivos. Cuando no se atiende al papel que juegan los intereses y aspectos ideológicos en lo que se define como salud, se otorga espacio para el cometimiento de ciertas injusticias que el modelo

distributivo no solo es incapaz de resolver, sino que, además, puede maximizarlas si promueve su distribución.

3.5. Cuarta noción: Justicia sanitaria como legitimación de pluralidad de sentidos en el campo de la salud

Las reivindicaciones por la despatologización de la diversidad —analizadas en el apartado anterior— han puesto de manifiesto que la salud constituye un ámbito de disputa de sentidos. Las demandas mencionadas han buscado erradicar del campo sanitario los sentidos de anormalidad, riesgo, peligrosidad e incapacidad para la toma de decisiones que, en ocasiones, han sido injustamente atribuidos —en nombre de la “ciencia” y de la “salud” — según, por ejemplo, la identidad de género, la creencia religiosa, la edad o la apariencia física. Sin embargo, las iniciativas de los movimientos sociales que confrontan los sentidos hegemónicos del campo de la salud no incluyen apenas las demandas por la erradicación de sentidos estigmatizantes —como los reclamos por la despatologización de la diversidad—, sino también las reivindicaciones por la validación de sentidos emancipadores. Este apartado tratará sobre la noción de justicia sanitaria que suponen las demandas del segundo tipo: es decir, la legitimación —institucional y/o cultural— de sentidos que remiten a ciertos saberes y prácticas en salud que tradicionalmente han sido desconsiderados, silenciados o inferiorizados.

Las reivindicaciones que procuran la legitimación de sentidos emancipadores en el campo de la salud pueden ser, de acuerdo con los propósitos de cada movimiento, de diferente naturaleza. En algunas ocasiones, se trata de demandas dirigidas hacia el Estado con el objetivo de obtener una legitimación formal —es decir, un marco legal y la correspondiente implementación en las instituciones sanitarias— de los saberes y/o las prácticas reivindicadas. Este ha sido el caso de, por ejemplo, las conocidas demandas por el aborto legal y gratuito en los hospitales y por el acceso a la salud integral para personas trans y travestis: ambas iniciativas se han orientado hacia el reconocimiento formal, por parte del Estado, de derechos que suponen la incorporación de prácticas concretas en las instituciones hospitalarias. En otros casos, las iniciativas no se dirigen hacia el Estado, sino que buscan la validación cultural de ciertos saberes y/o prácticas. Se trata, por ejemplo, de las agrupaciones que procuran revertir la desvalorización cultural de las prácticas y los saberes que han sido inferiorizados en función de la violencia e injusticia epistémica (Fricker, 2009; Spivak, 1994) —entre los que se incluyen aquellos vinculados con la salud—, con el objetivo de resignificarlos culturalmente como alternativas válidas y sin requerir, necesariamente, su legitimación por parte del Estado. Por último, existen otras iniciativas orientadas, principalmente, a fortalecer los lazos de solidaridad dentro de un determinado movimiento y, en este sentido, las reivindicaciones por la incorporación de sentidos sobre la salud se dirigen hacia el interior de ese movimiento. Este ha sido el caso de, por ejemplo, las organizaciones piqueteras que han reivindicado la salud como parte de su lucha: es decir, desde la capacitación de los y las “agentes de salud” para tratar las heridas provocadas por acciones de represión policial en las manifestaciones hasta las iniciativas por la construcción de centros de salud propios (Grimberg, 2005). Por motivos de espacio, nos referiremos apenas

al primer caso mencionado al tratar, particularmente, la reivindicación por la interrupción voluntaria del embarazo en Argentina.

La demanda por el derecho al aborto no ha sido propia de este país, pero, al igual que las reivindicaciones por la despatologización de la diversidad —analizadas en el apartado anterior—, ha tenido su propia trayectoria. Mientras que, a inicios de la década de 1970, en los Estados Unidos —y en algunos países de Europa— las reivindicaciones por el derecho al aborto impregnaban el debate público, obtenían respuestas favorables en algunas arenas políticas y generaban fuertes reacciones desde los sectores conservadores (Staggenborg, 1991), en Argentina, por el contrario, esas demandas comenzaban apenas a emerger de la mano de algunas activistas feministas. Sin embargo, el advenimiento de la dictadura militar arremetió contra cualquier proyecto que diera continuidad a esa incipiente lucha por la legalización del aborto, y las primeras organizaciones abocadas de manera específica a la demanda por la interrupción legal del embarazo —como la Comisión por el Derecho al Aborto y las Católicas por el Derecho a Decidir— se conformaron recién a fines de la década de 1980 (Bellucci, 2019). Si bien al interior del movimiento ha existido una disputa en torno a enmarcar la demanda por el aborto legal como un derecho en sí mismo o como una cuestión de salud pública (Coledesky, 2007), la iniciativa por sí sola exigía la validación e implementación de prácticas concretas en el sistema sanitario: es decir, le exigía al Estado garantizar la seguridad y gratuidad del aborto voluntario en las instituciones hospitalarias.

En los últimos años, esa demanda comenzó a ser enmarcada predominantemente como parte de una reivindicación mayor por justicia social: en efecto, a partir del surgimiento del movimiento *Ni Una Menos* en 2015, el marco de justicia social que sustentaba la demanda por la erradicación del feminicidio se amplió para incluir la erradicación de las muertes causadas por abortos clandestinos —entendidas, también, como formas de feminicidio— (Daby & Moseley, 2021). La demanda por el aborto legal, seguro y gratuito en los hospitales enmarcada como demanda por justicia social sostiene una noción de justicia sanitaria que implica dos aspectos: en primer lugar, el requerimiento de que los sectores sociales que tradicionalmente han sido silenciados —como las personas con capacidad de gestar— participen en los procesos deliberativos y de decisión en torno a los sentidos vinculados con su propia salud. En segundo lugar, el requerimiento de que el Estado legitime esos sentidos e implemente las prácticas concretas correspondientes en las instituciones hospitalarias.

Ambos aspectos permiten vislumbrar, una vez más, las limitaciones del modelo distributivo de la justicia sanitaria. En efecto, puesto que solo permite distribuir lo que reconoce como “salud”, el modelo distributivo por sí mismo no habilitaría el acceso al aborto seguro y gratuito en la medida en que no sea considerado como un asunto sanitario. El movimiento por la legalización del aborto ha puesto de manifiesto, de este modo, que no es posible pensar en justicia sanitaria cuando se impide que algunos sectores —considerados como la “diferencia” — participen en los procesos deliberativos y de decisión sobre los sentidos que conciernen a su propia salud. Al mismo tiempo, ha puesto de manifiesto que no es posible pensar en justicia sanitaria sin intervenciones del Estado orientadas

a legitimizar los sentidos reivindicados y garantizar la implementación de las prácticas correspondientes.

Consideraciones finales

El objetivo de este artículo consistió en retomar la propuesta de Young en *La justicia y la política de la diferencia* para analizar, en este caso, las nociones de justicia en salud que han involucrado las demandas de diversos movimientos sociales en Argentina desde los primeros años del siglo XXI. En función de ese objetivo, se han identificado, al menos, cuatro nociones de justicia sanitaria: participación popular en los procesos de discusión, decisión, control y gestión relativos a la salud; ciudadanía explícitamente incluyente para el acceso a la salud; erradicación de los discursos y las prácticas violentas en el ámbito sanitario; y legitimación de pluralidad de sentidos en ese mismo ámbito. Esas nociones —que pueden presentarse, en algunos casos, de manera conjunta en una misma reivindicación— dan cuenta de que las injusticias en el ámbito de la salud no se reducen, como sugiere el modelo distributivo, a fallas en la distribución de bienes sanitarios. En efecto, dan cuenta de que, por ejemplo, las limitaciones para la participación popular en las decisiones sobre las propias necesidades sanitarias también constituyen una injusticia, así como las formas de universalismo excluyente para el acceso a la salud, la patologización de la diversidad o la falta de validación de ciertos sentidos vinculados con la salud. De manera general, todas esas nociones de justicia sanitaria procuran la democratización de las instituciones, las prácticas y los saberes en el ámbito de la salud, aunque cada una de ellas se centra en una forma concreta de injusticia que busca revertir. Las nociones que han sido analizadas aquí no constituyen, de ninguna manera, una lista acabada. En este sentido, se incentiva la realización de investigaciones teóricas posteriores que centren su objeto de estudio en otras reivindicaciones vinculadas con salud, a fin de enriquecer las discusiones sobre justicia sanitaria.

Referencias

- Abramovich, V., & Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud colectiva*, 4(3), 261-282.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8(1), 65-94.
- Aquino, F. & Tedesco, D. (2013). *Experiencias de usuarios de SM. Reflexiones y aportes sobre los peritajes*. Recuperado de: <http://www.elsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=2308>
- Arancibia, F. & Motta, R. (2019). Undone Science and Counter-Expertise: Fighting for Justice in an Argentine Community Contaminated by Pesticides. *Science as Culture*, 28(3), 277-302.
- Aruj, R., Oteiza, E., & Novick, S. (1996). Política migratoria, inmigración real y Derechos Humanos en la Argentina. *Documentos de Trabajo del Instituto de Investigaciones Gino Germani*, 5, 1-33.

- Arancibia, F. (2020). Resistencias a la bio-economía en Argentina: las luchas contra los agrotóxicos (2001-2013). *Ciencia Digna*, 1(1), 42-56.
- Avritzer, L. (2000). Teoría democrática e deliberación pública. *Lua Nova*, 50, 25-46.
- Baeza, B., Aizenberg, L., & Barría Oyarzo, C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si somos americanos*, 19(1), 43-66.
- Bellucci, M. (2010). *Orgullo. Carlos Jáuregui, una biografía política*. Buenos Aires: Emecé.
- Bellucci, M. (2019). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Biondini, V. (2020). Entre barreras y estrategias: Experiencias de acceso a servicios de salud pública de mujeres migrantes peruanas. *Pacha. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 1(1), 56-67.
- Brumat, L., & Torres, R. A. (2015). La Ley de Migraciones 25 871: un caso de democracia participativa en Argentina. *Estudios Políticos*, 46, 55-77.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2020). *Guía de trabajo para los operadores del sistema de justicia. La práctica pericial respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial*. Buenos Aires: CELS.
- Chiara, M. (2017). Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011). *Gestión y política pública*, 26, 191-222.
- Coledesky, D. (2007). Reseña para compartir. *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*. Recuperado de: <http://www.abortolegal.com.ar/historia-de-la-comision-por-el-derecho-al-aborto/>
- Comunidad Homosexual Argentina. (2013). *29 años de la CHA*. Recuperado de: <http://web.archive.org/web/20180108184541/http://www.cha.org.ar/nosotros/29-anos-de-la-cha/>
- Daniels, N. (1988). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daby, M., & Moseley, M. W. (2021). Feminist Mobilization and the Abortion Debate in Latin America: Lessons from Argentina. *Politics & Gender*, 1-35.
- Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud*. 1978.
- Di Marco, G. (2003) Movimientos sociales emergentes en la sociedad argentina y protagonismo de las mujeres. *La Alijaba*, 2(8), 15-36.
- Domenech, E. (2008). La ciudadanía de la política migratoria en la región sudamericana: vicisitudes de la agenda global. En S. Novick (Comp.), *Las migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias* (pp. 53-74). Buenos Aires: Catálogos-CLACSO.
- Dworkin, R. (1981a). What is Equality? Part 1: Equality of Welfare. *Philosophy & Public Affairs*, 10(3), 185- 246.
- Dworkin, R. (1981b). What is Equality? Part 2: Equality of Resources. *Philosophy & Public Affairs*, 10(4), 283-345.
- Fernández, A. M., López, M., Borakievich, S., & Ojám, E. (2008). Política y Subjetividad: La tensión Autogestión-Delegación en empresas y fábricas recuperadas. *Anuario de investigaciones*, 15, 195-203.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Fraser, N. (2005). Redefiniendo el concepto de justicia en un mundo globalizado. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 39, 69-105.

- Fraser, N., & Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?: un debate político-filosófico*. Madrid: Morata.
- Fricker, M. (2009). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Grimberg, M. (2005). "En defensa de la salud y la vida". Demandas e iniciativas de salud de agrupamientos sociales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense -2001 a 2003-. *Avá. Revista de Antropología*, 7, 1-21.
- Harsanyi, J. C. (1980). Can the maximin principle serve as a basis for morality? A critique of John Rawls's theory. En J. C. Harsanyi, *Essays on ethics, social behavior, and scientific explanation* (pp. 37-63). Dordrecht: Springer.
- Hirsch, S. & Lorenzetti, M. (2016). Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En S. Hirsch & M Lorenzetti, *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 19-50). Buenos Aires: UNSAM.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Engelhardt, T. (1986). *The Foundations of Bioethics*. New York, Oxford: U.P.
- Grimson, A. (2006). Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina. En A. Grimson & E. Jelin (Eds.), *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos* (pp. 69-98). Buenos Aires: Prometeo.
- Jelin, E., Grimson A., & Zamberlin, M. (2006). ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-46). Buenos Aires: IDES.
- Mármora, L. (2004). Las leyes de migración como contexto normativo. En R. Giustiniani (Comp.), *Migración: un derecho humano* (pp. 59-65). Buenos Aires: Prometeo.
- Mombello, L. (2006). Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 103-116). Buenos Aires: IDES.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pacecca, M. I., & Courtis, C. (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Abierto a la firma desde 1966.
- Pousadela, I. (2006). *Que se vayan todos. Enigmas de la representación política*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Rancière, J. (2000). Política, identificación y subjetivación. *El reverso de la diferencia: identidad y política* (145-152). Caracas: Nueva sociedad.
- Rawls, J. A. (1995). *Teoría de la justicia*. México: FCE.
- Sen, A. (1979). Equality of what?. *The Tanner Lectures on Human Values, I*, 197-220.
- Spivak, G. (1994). Can the subaltern speak?. En P. Williams & L. Chrisman (Eds.), *Colonial Discourse and Postcolonial Theory* (pp. 66-111). New York: Columbia University Press.
- Staggenborg, S. (1991). *The pro-choice movement: Organization and activism in the abortion conflict*. Oxford: Oxford University Press.

- Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi*, 2(4).
- Vidiella, G. (2008). La justicia en la salud. En F. Luna & A. Salles, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (pp. 393-416). Buenos Aires: FCE.
- Vommaro, G. & Salomone, M. J. (2017). En el cielo y en la tierra. La producción de las ciencias sociales sobre ciudadanía, participación política e instituciones democráticas en la Argentina. En P. Collado, J. L. Bonifacio & G. Vommaro (Coords), *Estudios sobre ciudadanía, movilización y conflicto social, en la Argentina Contemporánea* (pp. 207-254). Buenos Aires: CLACSO.
- Young, I. (2000). *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Zaldúa, G., Sopransi, M. B. & Veloso, V. (2005). La Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud, los Movimientos Sociales y la Participación. *Anuario de Investigaciones*, 12, 115-122.
- Zibechi, R. (2003). *Genealogía de la revuelta. Argentina: la sociedad en movimiento*. Buenos Aires: Letra Libre.

Notas

- 1 Existen dos tradiciones principales en los estudios sobre movimientos sociales y acción colectiva. Una de ellas, proveniente del estructural-funcionalismo estadounidense, se centró en las nociones de estrategia y racionalidad como factores explicativos de la acción colectiva, lo que dio lugar a dos abordajes: la Teoría de la Movilización de Recursos [véase McCarthy, J. D. & Zald, M. N. (1977). *Resource mobilization and social movements: A partial theory. American journal of sociology*, 82(6), 1212-1241] y la Teoría del Proceso Político [véase Mcadam, D., Tarrow, S. & Tilly, C. (2001). *Dynamics of Contention*. Cambridge: Cambridge University Press]. La otra tradición surgió como crítica a los enfoques marxistas clásicos para estudiar el surgimiento de los nuevos movimientos sociales: es decir, de aquellos movimientos que, a diferencia de los “viejos” —cuyas demandas estaban apenas vinculadas con la distribución—, promovían pautas identitarias y culturales [véase Melucci, A. (1980). *The new social movements: A theoretical approach. Social Science Information*, 19(2), 199-226 y Touraine, A. (1981). *The voice and the eye: An analysis of Social Movements*. Cambridge: Cambridge University Press] y, en definitiva, democratizadoras de las instituciones y las prácticas (Young, 2000). Los nuevos movimientos sociales —surgidos desde fines de los años cincuenta— son, por ejemplo, el movimiento por los derechos civiles, el feminismo de la segunda ola y el movimiento de liberación gay.
- 2 Según Rawls, los bienes primarios son la libertad de pensamiento; la libertad de movimiento y elección de ocupación; los cargos y posiciones de responsabilidad y autoridad; los ingresos y la riqueza; y las condiciones sociales que permiten el respeto por uno mismo.
- 3 En 1946, la International Health Conference decidió establecer la Organización Mundial de la Salud (OMS), al tiempo que, en su carta de constitución, definió salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1946, 1). Asimismo, la carta de constitución de la OMS postuló que la salud constituye un derecho humano. Sucesivamente, la *Declaración Universal de Derechos Humanos* —proclamada dos años después— y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* —abierto a la firma desde 1966— establecieron, también, el derecho a la salud.
- 4 Cabe aclarar que en la teoría del *justo título* —de fuerte influencia lockeana— la propiedad privada constituye un derecho incuestionable; pero, al igual que Locke, Nozick menciona ciertos principios destinados a la justificación de la apropiación.
- 5 De modo que, por ejemplo, nacer con alguna dificultad motriz constituye un hecho desafortunado, aunque no injusto.

- 6 Vale aclarar que aquí no se está sugiriendo que las concepciones sobre justicia distributiva en salud fueron substituidas por las nociones contenidas en las reivindicaciones mencionadas. El motivo por el que se expone la trayectoria de las discusiones y políticas orientadas por las diferentes concepciones de justicia distributiva hasta inicios del siglo XXI —y no hasta el presente— consiste en que se trata apenas de una introducción a lo que constituye la parte central de este trabajo: las nociones sobre justicia sanitaria reivindicadas por los movimientos sociales en el país.
- 7 A diferencia de la propuesta de Young (2000), que —influida por la ética comunicativa habermasiana— plantea una esfera pública única de interacción, los movimientos que se analizan aquí han reivindicado y adoptado modalidades territoriales de participación que suponen una concepción diferente de la esfera pública: esto es, la multiplicidad de escenarios y de relaciones inter-públicas. Por motivos de espacio, no se abordará en este trabajo el contraste entre ambas perspectivas. Sin embargo, una crítica a la concepción de una única esfera pública puede verse en Fraser, N. (1990). Rethinking the public sphere: A contribution to the critique of actually existing democracy. *Social Text*, 25(26), 56-80.
- 8 El concepto de medicalización hace referencia a la expansión de la jurisdicción médica hacia nuevos dominios: es decir, al proceso mediante el cual se tornan de incumbencia médica ciertos aspectos que anteriormente no lo eran, y comienzan a ser tratados como tales (Foucault, 1996). La patologización supone, además, el establecimiento de demarcaciones entre lo “normal” y lo “patológico”. Es decir, implica la instauración de criterios mediante los cuales ciertos cuerpos y subjetividades adquieren el carácter de “anormales” o devienen “en riesgo” [Rose, N. (1996). The death of the social? Re-figuring the territory of government. *Economy and Society*. 25(3), 327-356].
- 9 El propio concepto de medicalización fue propuesto por Irving Zola en 1972 [véase Amaral de Aguiar, A. (2004). *A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará].
- 10 Por ejemplo, el movimiento antipsiquiátrico, las organizaciones ambientalistas o el activismo por la ética en la investigación biomédica.
- 11 Esto no significa que las demandas por la despatologización eran inexistentes en las agendas de la CHA y de otras organizaciones sociales durante la década de 1980, sino apenas que no constituían pautas prioritarias. Incluso, en algunos casos, esas demandas se complementaban con las que procuraban erradicar la tendencia social a asociar la homosexualidad con el HIV, en la medida en que esa asociación intensificaba la identificación entre homosexualidad, patología y peligrosidad. Sin embargo, el contexto de constante persecución policial, *vazzias*, detención por averiguación de antecedentes y represión contra personas de la comunidad LGBT condujo a que la lucha se orientara, de manera prioritaria, a la erradicación de la violencia policial y a la derogación de las normativas que la avalaban.
- 12 El ingreso de la demanda por la despatologización de la diversidad en la agenda pública de Argentina —desde fines de la primera década del siglo XXI— generó una oportunidad discursiva para que otros movimientos sociales pudieran formular reivindicaciones contra la patologización de sectores sociales específicos. Así, por ejemplo, la demanda del movimiento travesti, transexual, transgénero y trans de Argentina por el acceso a la salud integral desde un enfoque no patologizante de la identidad de género ha sido paradigmática en ese sentido, y ha obtenido a una respuesta favorable por parte del Estado: el artículo 11 de la *Ley de Identidad de Género* —que postula el derecho a la salud integral de ese sector poblacional—. Otra iniciativa más reciente ha sido llevada a cabo por el movimiento denominado “activismo gordo”, que reivindica la despatologización de la gordura al tiempo que promueve el derecho a la salud (desde un enfoque no patologizante) [Contrera, L. (2020). Contra la patologización intensiva en términos de derechos humanos: Activismo gordo en Argentina. *Arxius*, (42), 175-188].