

Título: Biopolítica y promoción de la salud desde la periferia urbana

Sol Logroño

Instituto Aníbal Ford (FPyCS)

Comisión de Investigaciones Científicas

IDAES-UNSAM

sol12lgr@gmail.com

Introducción

El trabajo consiste en un análisis de la posición de “las promotoras de salud” en un barrio periférico de la ciudad de La Plata en el marco de la reflexión sobre las tecnologías políticas desarrolladas por Michel Foucault: jurídicas, disciplinarias y securitarias. Particularmente, la salud es uno de los espacios privilegiados en los que se puede percibir el modo en el que operan los dispositivos de seguridad y lo que dicho filósofo denominó la “biopolítica”. En la actualidad, la gubernamentalidad neoliberal configura las políticas sanitarias nacionales materializadas en el desfinanciamiento de la salud pública y la privatización progresiva de los servicios bajo la “Cobertura Universal de Salud”, a la vez que se producen movimientos por el derecho a la salud desde diversos movimientos sociales. Esta monografía se propone analizar los procesos sanitarios desde la periferia urbana a partir de lo señalado por Foucault en *Microfísica del poder* sobre el funcionamiento complejo y ambiguo de los diferentes nodos y agentes en la configuración del entramado de poder. ¿Cuáles son los matices y tensiones que introducen las promotoras de salud que los ponen en práctica?

Tecnologías de saber/poder

A lo largo de su obra, Michel Foucault se abocó a reconstruir los mecanismos y regímenes de saber/poder orientados al gobierno y producción de los hombres y las poblaciones. Estas tecnologías de poder se integran a los dispositivos en vigencia en cada momento histórico, caracterizados por el autor como tecnologías jurídicas o de soberanía, tecnologías disciplinarias y tecnologías de seguridad. A partir del estudio de las distintas técnicas

reconstruyó las modalidades de articulación de las mismas y definió posiciones dominantes para algunas de ellas en determinados períodos históricos. Sin embargo, también asegura que existe una convivencia de elementos jurídicos, disciplinarios y asegurativos en la configuración de los dispositivos que se manifiestan en las tensiones que introducen los agentes en la experiencia práctica. Foucault afirma que “no tenemos de ninguna manera una serie en la cual los elementos se suceden unos a otros y los que aparecen provocan la desaparición de los precedentes”, frente a lo cual, “no hay era de lo legal, era de lo disciplinario, era de la seguridad”, sino “una serie de edificios complejos en los cuales el cambio afectará, desde luego, las técnicas mismas que van a perfeccionarse o en todo caso a complicarse, pero lo que va a cambiar es sobre todo lo dominante, o más exactamente, el sistema de correlación entre los mecanismos jurídico legales, los mecanismos disciplinarios y los mecanismos de seguridad” (Foucault, 2011).

En cada una de estas caracterizaciones generales de los mecanismos de poder, subyace una re-definición del autor acerca de lo que la pregunta por el poder implica. Al contrario de las nociones sustantivas del fenómeno, Foucault entiende que el poder no es una sustancia, un fluido, algo que parte de un lugar específico, sino un conjunto de mecanismos y procedimientos cuyos papel y tema, “aun cuando no lo logren, es asegurar el poder” (2011). Desde esta posición, dedicó parte de su obra a caracterizar los mecanismos de poder que cristalizan en las instituciones, conductas y regímenes sociales en determinados contextos históricos. Partiendo del primer gran desplazamiento, del castigo público y aleccionador, hacia la constitución de técnicas de individualización y vigilancia sin necesidad de usar la fuerza física que reúne en los dispositivos disciplinarios, llega a preguntarse por un proceso particular, iniciado en el siglo XVIII, que tiene por objeto no al cuerpo-individuo sino al cuerpo-especie: la población. Esta “racionalidad gubernamental” fue llamada por Foucault “biopolítica” y definida como el “conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder” (Foucault, 2011). Es en la modernidad cuando la vida empieza a cobrar sustantiva importancia y preocupa a la administración política. El biopoder o poder sobre la vida toma a su cargo la producción, reproducción y administración de lo vital.

Entonces, con el desarrollo del capitalismo, se desarrolla un ejercicio del poder a través de técnicas de individualización, un poder que toma a su cargo la gestión de la vida, pero no sólo ha sido necesario el trabajo sobre los cuerpos de los individuos, sino que toda de la población constituye el objeto principal de diferentes técnicas que transforman a la vida del conjunto como problema político. El biopoder está compuesto por dos tipos de tecnologías: las tecnologías dirigidas hacia la docilización de los cuerpos individuales denominada anatomo-política y las tecnologías o mecanismos que tienen al cuerpo de la población o de la especie como objetivo que es denominada biopolítica. Este dispositivo se orienta a configurar los cuerpos para alcanzar el máximo potencial productivo necesario para las transformaciones económicas y tecnológicas del sistema capitalista industrial. En este proceso se constituyen las definiciones primarias de lo que es y lo que no es saludable, definiendo la enfermedad como aquello plausible de ser medicalizado.

En la clase del 11 de febrero de 1978, Foucault (2011) se preguntó por el marco de racionalidad política en el cual es posible gestarse y ponerse en práctica una forma de poder como la llevada cabo a través de los dispositivos de seguridad. Este marco es el de la incidencia de la economía política en el gobierno de la población. Según el autor, el arte de gobernar es el arte de ejercer un poder en la forma y según el modelo de la economía. De ella se desprenden herramientas fundamentales para la biopolítica como la estadística y el cálculo. En su seno se gestan las medidas y se diseñan las campañas que actúan a distancia para regular las conductas de la población.

En el próximo apartado, veremos cómo se desarrolla en América Latina la Atención Primaria de la Salud, una estrategia internacional que conjuga el cuidado de la población, el empoderamiento de las comunidades y la gestión a distancia de la conducta humana para preguntarnos sobre los mecanismos de poder presentes en su implementación en la Argentina desde mediados de siglo XX.

Atención Primaria de la Salud

A fines del siglo XX, la concepción mundial de la salud y con ella la regulación de su ejercicio y de las prácticas sociales sufrió profundos cambios en las políticas de salud. Este movimiento transversal a toda América Latina, estuvo ligado a los caminos establecidos

internacionalmente por las organizaciones de salud reunidas en Conferencias bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud. El resultado de dichas conferencias fueron documentos que establecen lineamientos para los países. Algunos de ellos son:

- *La Declaración de Alma-Ata* (Rusia 1978), donde se estableció a la salud como derecho humano y fundamental, definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, además de relacionarla con el desarrollo económico y social y a la paz en el mundo. El documento reconoce el derecho a la participación individual y colectiva “en la planificación e implementación de su atención sanitaria”.

- *La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (Canadá, 1986) construyó los principales direccionamientos para el abordaje de la Promoción de la Salud (PS), que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. La Carta vincula la salud a la calidad de vida y a la equidad sanitaria, estableciendo que “esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud”. Al hablar de reforzamiento de la acción comunitaria, defiende que es indispensable “un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria”.

- *La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI* (Indonesia, 1997) reflexiona sobre los factores determinantes de la salud y las estrategias necesarias para la promoción de la salud en el siglo XXI, bajo el lema “Nuevos actores para una nueva era”. Entre los factores determinantes incluye el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicaciones para educar a la población en el cuidado de la salud.

La incorporación de la Argentina y otros países de América Latina en los lineamientos internacionales que regulan las políticas sanitarias, estuvieron orientadas a lograr mayor coordinación y racionalidad en el sector. Estas directivas, se establecieron en paralelo a un proceso de desfinanciamiento, descentralización y debilitamiento de lo estatal y con ello de la salud pública. A la vez que en las declaraciones se esperaba una mayor centralidad por

parte de los ministerios, generalmente fueron insuficientes los recursos financieros y relativa la autoridad y la autonomía necesaria para brindar prestaciones curativas y preventivas (Fleury, 1997). A partir de la década de 1970, a la par de las declaraciones internacionales sobre la promoción de la salud, se produjo una privatización progresiva del sector, con cambios profundos en la estructura social, política y económica. El avance de la tecnología y la incorporación de los sistemas de diagnóstico por imagen fueron unas de las estrategias usadas por el sector privado para ampliar su servicio. En estos años, se dio un fortalecimiento del sector privado y en menor medida de las obras sociales, frente a un debilitamiento del sector público que se sumergía en el desfinanciamiento, descentralización y abandono generalizados de sus instituciones (Bisang y Cetrángolo, 1994).

El desfinanciamiento del sector público generó una reducción de las camas disponibles y una focalización de atención de la asistencia hacia los sectores de menores recursos, centrada principalmente en la atención primaria. En estos años, la racionalidad gubernamental neoliberal se moviliza a partir de la lógica de la “libre competencia”, la “libre elección ciudadana” y el “individualismo”. Foucault advirtió en una clase del curso de 1978 que el gobierno es una técnica cuyo ejercicio requiere la puesta en práctica de la *libertad*; no de una libertad equiparable a la atribución de derechos jurídicos, sino una basada en el principio liberal “laissez faire”: “esa libertad, a la vez ideología y técnica de gobierno, debe comprenderse en el interior de las mutaciones y transformaciones de las tecnologías de poder. Y de manera más precisa y particular, la libertad no es otra cosa que el correlato de la introducción a los dispositivos de seguridad” (2011). En este marco, la economía se constituye como el motor y la explicación prioritaria de las técnicas de gobierno y la salud se introduce cada vez más dentro de las variables y estadísticas de la población en dichos términos. A la par de un aumento exponencial de la desigualdad, comienza a distinguirse entre la salud de los pobres y la salud de los ricos, el bienestar social se relega al ámbito de lo privado formado por la familia, la comunidad y los servicios sociales y el Estado tiene la responsabilidad de intervenir para aliviar los efectos de la pobreza, paliar los posibles conflictos sociales y producir los servicios que el sector privado no ofrece. En los barrios populares del Gran Buenos Aires, se produce una territorialización

de las políticas sociales y con ellas las sanitarias, que dan una apariencia ilusoria de autonomía del poder y libertad de acción de las comunidades.

En esta racionalización del gobierno de la población, la Atención Primaria de la Salud se incorpora en un nuevo paradigma de la salud definido por la OMS (1946) como el bienestar físico, psicológico y social. La promoción de la salud y la atención primarias emergen como estrategias para producir la “autonomía” y el “empoderamiento” de la población y la participación comunitaria para el desarrollo del derecho a la salud entendida de manera “integral”. A la vez que intentan mantenerse las técnicas de sujeción de las poblaciones a través de la normativización de la conducta cotidiana de las personas, se promueve la reforma de los servicios médicos de la salud pública considerados hasta entonces ineficaces y económicamente insostenibles. En este sentido, la estrategia de promoción y autonomía buscan racionalizar los servicios de salud y disminuir la centralización del hospital. Ya no se trata de las instituciones de encierro las técnicas disciplinarias sino una regulación de las conductas que acompaña a los sujetos en sus propios territorios. Gilles Deleuze (2005) en “Posdata sobre las sociedades de control” describe la transición de los dispositivos de poder que siguió a la Segunda Guerra Mundial en un contexto de crisis de las instituciones de encierro que, si bien hace estallar las paredes de los modernos establecimientos opresores, no deviene en una emancipación de los cuerpos. Afirma que, estas “formas rápidas de control al aire libre” no se miden en términos de mayor o menor libertad”. Las estrategias de promoción de la salud, a la vez que han otorgado ciertas libertades a las comunidades, constituyen sofisticados mecanismos de control diferentes al encierro. Así, los tentáculos del biopoder se amplían para extenderse a todos los espacios de la vida (Sibilia, 2005).

En síntesis, si bien esta estrategia se transformó desde que fue propuesta en 1978 en la política con mayor consenso a nivel global entre los actores de salud para garantizar el derecho universal, a la hora de implementarla este consenso se diluye y se bifurcan las posiciones (Ace y Buriyovich, 2009). La mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios de igualdad y universalidad de los estados de bienestar e implementaron políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los sectores más vulnerables, mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención, pero sin integración

con los niveles de mayor complejidad asistencial. Estos procedimientos produjeron profundas desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud. A su vez, es conveniente alertar sobre el análisis que hiciera Foucault respecto de la medicalización de la vida de los individuos y las poblaciones, en la medida en que la cristalización de estrategias microfísicas, cotidianas e imperceptibles acompañan el anterior prestigio de la biomedicina respecto de otras prácticas de curación y cuidado. Lo disciplinario se articula de manera compleja con una nueva configuración global definida por Deleuze como “sociedades de control”, en las que la normalización se liga a una proclamada libertad de elección en torno a los hábitos saludables.

Las promotoras del barrio

Este análisis parte de un trabajo de investigación con promotoras de salud en barrios de la periferia de la ciudad de La Plata (Provincia de Buenos Aires) que integran movimientos sociales que se autodefinen como piqueteros, feministas y de trabajadores/as de la economía social. Las promotoras de salud del barrio se encuentran en un espacio de entrecruzamientos convocadas a “vincular el Sistema de Salud con el Territorio”. Recientemente, la Ley Provincial 14882¹ (2015) creó formalmente la figura de “Promotor Comunitario en Salud” (PCS) en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En el artículo 2º, la ley establece la definición del *promotor de salud* como la persona de la comunidad, designada con este cargo por la autoridad competente, que se forma para promover la participación y la organización popular, fomentar acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, *adecuar* los programas del sistema y generar nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población. Algunos de los objetivos de la ley a destacar son: mejorar el Sistema de Salud a través del desarrollo de mecanismos de *participación comunitaria* que respondan a las *necesidades* de Salud de la población; fomentar a partir de los PCS *la inclusión de las características culturales de las poblaciones*, en la planificación y ejecución de proyectos, programas sanitarios, en los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud.

¹En la actualidad, la gobernadora María Eugenia Vidal vetó los artículos de dicha ley que incorporaba a los Promotores de Salud como trabajadores y trabajadoras del equipo de salud de la Provincia de Buenos Aires.

En los diferentes objetivos se resalta el potencial capital barrial y cultural de la promotora de salud que es llamada a oficiarse como puente entre el sistema de salud y los barrios. De “la promotora de salud” se espera que establezca un vínculo directo con las familias a su cargo, similar a la relación que describe Foucault entre el pastor y su rebaño cuando caracteriza el poder pastoral. De la misma manera que el pastor está al servicio del rebaño, la promotora sanitaria debe estar al servicio de sus vecinos. Foucault define que “el poder pastoral es un poder de cuidados” cuya misión es “velar” en el sentido de “vigilar” y estar atento a los problemas que recaen sobre el rebaño. Por un lado, la promotora debe dirigir a todo el conjunto pero sólo puede hacerlo si presta atención a cada una de las personas, sin que ninguna escape de su alcance. Al igual que el pastor, la promotora de salud debe salvar o rescatar a todo su sector y al mismo tiempo a cada una de las familias, encontrándose en la paradoja del pastor: para salvar a una sola, muchas veces tiene que descuidar a la totalidad. La promotora tiene la responsabilidad de llevar por “el camino del bien” a los habitantes del barrio a su cargo.

El “amor por el cuidado”, la “entrega” y la “empatía” son elementos necesarios para la subjetividad de las promotoras de salud, quienes realizan sus tareas con remuneración insuficiente e irregular para el trabajo que realizan. A su vez, estas promotoras están situadas en la intersección de lo barrial y lo institucional y negocian las expectativas del sistema biomédico de salud con sus propias experiencias. Esta tensión se manifiesta en el vínculo entre las promotoras y sus compañeras de la cooperativa de trabajo, por ejemplo, en los talleres de salud sexual. En uno de estos espacios, una de las destinatarias aseguró usar el *calendario de fertilidad* como método anticonceptivo. La respuesta de la promotora de salud fue que “antes usaba ese método, pero descubrí que no es correcto”. En este sentido, las promotoras de salud desempeñan un papel de traductoras del lenguaje biomédico al ámbito barrial y buscan la interiorización de hábitos correctos e incorrectos bajo la expectativa del sistema de salud. La ilegitimidad que ha recaído en los/as curadores/as de los barrios que integran, es parte de una antiquísima estrategia que Michel Foucault describió en *El nacimiento de la clínica* (2011) y la historia de la institucionalización de la medicina en relación a la represión de otras prácticas y saberes. En síntesis: la posición que

ocupan las promotoras requiere una serie de aptitudes personales: sensibilidad, compañerismo y compromiso; y a la vez, un conjunto de saberes médicos que debe llevar a la población para cuidar su salud y despojarla de aquellas tradiciones “residuales” con las que cargan.

La promotora, como el celador en el ámbito de la educación, desempeña, en parte, un nodo de la anatomo-política, la individualización del poder que llama a los sujetos por su nombre. Eso que Foucault llamó tecnología individualizante del poder: “es una tecnología que enfoca a los individuos hasta en sus cuerpos, en sus comportamientos”, una política “que hace blanco en los individuos hasta anatomizarlos” (Foucault, 2005). La promotora de salud del barrio brega por que las mujeres utilicen los métodos anticonceptivos más eficaces, que planifiquen sus familias acordes a los parámetros establecidos, midan su presión, se alimenten de manera saludable, con frutas y verduras de estación, sin demasiada sal ni azúcar, que regulen el uso de pimienta en las comidas – un aspecto que presenta resistencias en las mujeres bolivianas -, que vayan al gimnasio. En los talleres de promoción de la salud, destinados a la sexualidad, la reproducción, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otros aspectos, se producen tensiones en la evidencia del contraste entre las expectativas de vida y las condiciones de vulnerabilidad propias de un barrio periférico de una ciudad capital contemporánea.

En este sentido, ¿qué sucede con la estrategia de promoción de la salud que, por un lado, llama a interiorizar los mecanismos de cuidado y, por otro, delega la responsabilidad a la comunidad? ¿Qué tensiones se producen en esa delegación? La biopolítica, la tecnología de poder que Foucault describió como contraria, en parte, y paralela a la anatomopolítica, por tener como objeto no al individuo sino a la población, no regula una concepción del bien y el mal sino que establece parámetros y reduce riesgos. La gobernabilidad neoliberal a la vez que contiene este tipo de técnicas individualizantes, arroja a miles de personas a la muerte por defecto, por descuidado, a partir de la neoliberalización de la seguridad social. Las mujeres que se formaron para ejercer el rol de promotoras de salud en el barrio, reciben un plan social denominado “*Hacer Futuro*”, a partir del cual los Movimientos piqueteros que lo implementan administran los recursos económicos y asignan roles al interior de la organización. De modo que las promotoras, realizan su contraprestación en el cuidado de su

población a cargo, la mayoría de ella cooperativista de los movimientos sociales del barrio. Su papel se reconoce dentro de la tradición de la cuidadora de salud barrial, en el marco de estrategias de medicalización, interiorización de los hábitos biomédicos y regulación de las conductas de las personas, al mismo tiempo que se encuentran arrojadas a su suerte en términos laborales. Esta territorialización de la seguridad social ligada a la descentralización del rol del Estado que caracterizó al neoliberalismo se sostuvo a partir de las recomendaciones de agencias de fondo internacional que alentaron la participación de organizaciones civiles para la implementación de recursos públicos. De esta manera los “movimientos piqueteros” en un contexto de desigualdad creciente y desarticulación de la organización sindical, se constituyeron en un ejecutor del cuidado de la población y comenzaron a ser parte de la morfología de numerosos barrios del Gran Buenos Aires como la ciudad de La Plata. Las promotoras que integran dichos movimientos, son agentes de salud que cumplen el rol de educar en las prácticas sanitarias en tanto responsabilidad individual de los sujetos. Sin embargo, los movimientos sociales no sólo continúan de manera auto-gestiva la responsabilidad del Estado de normalización, sino que despliegan una estrategia de resistencia y lucha por recursos vital para el desarrollo de las personas.

Lucha por el derecho a la salud

En sus clases, Foucault define a la filosofía como la política de la verdad y el análisis de los mecanismos de poder como la búsqueda de los efectos de saber que se producen en nuestra sociedad por obra de las luchas, los enfrentamientos, los combates que se libran en ella, así como las tácticas de poder que son elementos de esa lucha (2011). Las promotoras de salud que conforman el corpus de estudio son militantes activas de Movimientos Sociales de Base de la Ciudad de La Plata inscriptas en organizaciones de alcance nacional (CTEP y Pueblo Unido). En el marco de su participación social, integran el Movimiento por el Derecho a la Salud (MDS), una multisectorial que articula actores bajo los preceptos de la salud colectiva, que nació en el 2016 para defender el acceso a la salud de la población en el territorio argentino. Una de las medidas del gobierno de la Alianza Cambiemos que devinieron en la articulación de una multiplicidad de actores (médicos, sindicatos, movimientos sociales, universidad) fue la denominada Cobertura Universal de Salud

(CUS). Esta política sanitaria ha sido definida por el MDS como “una aceleración del propósito de reformar nuestro Sistema de Salud, promoviendo el avance de su mercantilización, el recorte de derechos básicos, del aumento del gasto de bolsillo de los usuarios y una profundización de las distintas formas de precarización laboral y salarial para lxs trabajadorxs del sector”. Por el contrario, el Secretario de Salud y Previsión de las 62 organizaciones peronistas en la Agencia Télam definió la CUS como un dispositivo que traerá “más eficiencia y tecnología para la salud pública”. Según la Organización Mundial para la Salud, esta Cobertura brindará prestaciones esenciales para toda la población que en la actualidad carece de obra social o prepaga para evitar el pago de bolsillo para las necesidades sanitarias. Dirigida a 15 millones de personas sin prepaga ni obra social, la CUS será financiada con 1000 millones de dólares del “Fondo Solidario de Redistribución” perteneciente a las obras sociales sindicales y será administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud. Lo problemático para quienes se oponen a esta reforma del sistema de salud es que estas prestaciones esenciales son limitadas y decididas de manera arbitraria, expulsando otras necesidades de la cobertura. Asimismo, el concepto de cobertura se postula en contradicción con el carácter gratuito y público de la salud en la Argentina, que está definido como un derecho en la carta magna. La lucha contra la llamada CUS sintetiza la defensa de la salud pública, ejercida asimismo en múltiples marchas y acampes frente a las delegaciones municipales y provinciales para pedir mayor presupuesto y calidad al sistema sanitario.

Según Deleuze (2005) el hombre en las sociedades de control ya no es el hombre encerrado sino el hombre endeudado. En el crecimiento de la desigualdad y la mercantilización de los servicios básicos, la salud se presenta como un negocio que acrecienta las deudas de bolsillo de las familias que lidian con enfermedades de diverso orden. Este despojo del cuidado de la población, entra en el paradigma del riesgo, que contempla una tasa de enfermedad y mortalidad tolerable. En palabras de Deleuze, “en el régimen de los hospitales: la nueva medicina “sin médico ni enfermo” que diferencia a los enfermos potenciales y las personas de riesgo, que no muestra, como suele decir, un progreso hacia la individualización, sino que sustituye el cuerpo individual o numérico por la cifra de una materia “dividual” que debe ser controlada (2005).

Como señalamos anteriormente, el pasaje del poder soberano al biopoder, significó un desplazamiento de la consigna “hacer morir, dejar vivir” hacia la de “hacer vivir, dejar morir”, con mayor relevancia hacia el polo de la vida (1992). Esta transformación, vivida durante los siglos XVII y XVIII, da nacimiento a un poder que se ejerce positivamente sobre la vida de la población. Sin embargo, la muerte no ha quedado fuera de los mecanismos de control de este nuevo dispositivo, que reemplaza el viejo derecho de hacer morir y o dejar vivir por el poder de hacer vivir o de arrojar a la muerte. Las diferencias en las tasas de mortalidad y la calidad de vida constituyen una evidencia de la jerarquía de las vidas que valen la pena vivirse y las que es necesario desechar.

El biopoder ha constituido un dispositivo imprescindible para el desarrollo del sistema de acumulación industrial a lo largo del siglo XX en sociedades de pleno empleo y Estado de Bienestar. La salud pública, como estatización de lo biológico, se caracterizaba por su intento de abarcar a la totalidad de la población en términos inclusivos. En el marco de transformaciones en el sistema de acumulación a partir de la neoliberalización y transnacionalización financiera del mercado, se produce un importante crecimiento de la desigualdad y desempleo, que arroja a una importante porción de las sociedades a la inutilidad. La lucha de los movimientos sociales, en las que las promotoras de salud hacen parte, disputa los sentidos sobre lo desechable y lo humano, mientras que las políticas públicas recomendadas por los organismos internacionales reconfiguran las categorías que definen las vidas que importan. De algún modo, las promotoras construyen su ejercicio político desde la nostalgia de un sistema de salud pública característico de la modernidad, mientras en la actualidad lo sólido se desvanece en el aire. En su experiencia cotidiana de organización para el acceso a la salud es posible advertir que las tecnologías de gobierno predominantes en un momento dado no agotan en su totalidad la capacidad de los actores de hacer uso de reglas y dispositivos en su beneficio y de “conquistar” al Estado diversas reivindicaciones.

Bibliografía

ACE, Iván y BURIJOVICH, Jacinta (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva, vol. 5, n. 1.

AGAMBEN, Giorgio (198) Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida, Pre-textos, Valencia.

BISANG, Roberto y CETRÁNGOLO (1994). Descentralización de los servicios de salud en la Argentina, CEPAL, Santiago de Chile.

FASSIN, Didier (2018) Por una repolitización del mundo: Las vidas descartables como desafío del siglo XXI, Siglo Veintiuno Editores, Ciudad de Buenos Aires.

FERRER, Christian (2005). El lenguaje libertario. Antología del pensamiento anarquista contemporáneo, La Plata, Utopía Libertaria.

FOUCAULT, Michel (1992). Historia de la sexualidad 1, Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.

(2011) Seguridad, territorio, población, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

(2007) Nacimiento de la biopolítica, Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

(2008) Microfísica del poder, La piqueta, La Plata

SIBILIA, Paula (2005) El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales, Fondo de Cultura Económico, Buenos Aires.