

# Editorial

## Imposturas, militancia y producción científica

GASTÓN JULIÁN GIL \*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas /  
Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

Cuando en 1995 tomó estado público el “affaire Sokal”, algunas de las bases de disciplinas de las ciencias sociales y ciertos modos de la escritura académica parecieron socavarse sin remedio. Alan Sokal, un físico de la Universidad de Nueva York (NYU) había publicado un artículo paródico en una notoria revista de Estudios Culturales, *Social Text*, y había recibido comentarios por demás elogiosos. El fervoroso entusiasmo generalizado por “Transgrediendo los límites. Hacia una hermenéutica de la gravedad cuántica” (Sokal, 1996) se sostenía, en gran parte, en el valor que representaba que la física pudiera ser abordada con las herramientas analíticas de los estudios culturales y que se plantearan afirmaciones tales como la ineluctable historicidad de  $\pi$ , o poner en duda la validez de sostener una hipótesis en virtud de su contenido empírico. La parodia, engaño, o como quiera llamársele al “experimento” propiciado por Sokal, derivó en un libro publicado por el mismo autor, titulado *Intellectual Impostures* (Sokal & Bricmont, 1998). Más allá de la discutible rigurosidad de los capítulos de ese libro que acompañan el artículo publicado originalmente en *Social Text*, Sokal alertaba sobre uno de los problemas que aquejan a los modos de practicar la ciencia, el comportamiento público de los académicos, la política y, hasta podríamos agregar, la sociedad en su conjunto: las imposturas.

En efecto, la figura del impostor, que se traduce en categorizaciones diversas según cada campo social y cultural, invade cualquier espacio de sociabilidad. En directa relación, en los editoriales de esta revista se han abordado los dilemas y desafíos que enfrentan los campos científicos y académicos ante el uso sistemático de “la doble vara” o, para expresarlo con más precisión, el doble estándar, las asimetrías o incluso *doblepensar*, en homenaje al genial George Orwell y su distopía 1984.

\* Investigador Principal del CONICET. Profesor titular regular de Antropología y Director del Centro de Estudios Sociales y de la Salud (CESyS), Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Email: [gasil@mdp.edu.ar](mailto:gasil@mdp.edu.ar)  <https://orcid.org/0000-0002-8112-2119>

Tal vez no haya figura que mejor encarne las imposturas y el doble estándar que la del militante. Como plantea José Emilio Burucúa en su reciente *Civilización. Historia de un concepto* (2024) “el hecho lingüístico de que el ejercicio cívico de la política tienda a confundirse con la militancia no sería un dato menor de la deriva descivilizadora de los acontecimientos. Después de todo, milites significa «soldados», no ciudadanos” (Burucúa, 2004: 36). En idéntica clave eliasiana, los editoriales de *Aiken* (Gil, 2024) también han alertado sobre la desmesura que abraza a los mundos contemporáneos, y en particular a la Argentina en todos los ámbitos de la sociabilidad cotidiana. La moderación, traducida peyorativamente como tibieza o directamente cobardía, ha sido colocada en las últimas décadas como un opuesto polar a la santificada figura del militante, epítome del *compromiso*, la lucha por la justicia, la igualdad y la equidad.

De todos modos, más allá de los climas de época, las imposturas difícilmente gocen de eficacia eterna. Recientes sucesos ocurridos en la Argentina han expuesto diversas tramas en las que han quedado al descubierto de forma virulenta de qué manera la defensa de las causas nobles queda atrapada en las lógicas y compromisos militantes de facción. Cuando esas imposturas alcanzan tal exposición, terminan por profanar esas causas y, por ende, cultivan la diseminación de posturas reaccionarias que antes circulaban bajo la superficie. El contexto se hace todavía más adverso para el sostentimiento de ideales de equidad e inclusión cuando además las tendencias dominantes (por ejemplo, los liderazgos políticos) y la opinión pública parecen encaminarse en direcciones opuestas o, al menos, no tan favorables. En ese sentido, el feminismo ha experimentado en la Argentina una serie de sucesos que han hecho tambalear los cimientos de sus justas por entregar sus banderas a intereses sectoriales o corporativos.

Hace unos meses, un notorio periodista del área de internacionales, docente universitario y también militante *nacional y popular* fue objeto de una catarata de denuncias por violencia de género y acoso, muchas de las cuales se remontaban avarias décadas. El episodio tomó estado público a partir de la intervención de un periodista de un medio “hegemónico” en la red social X, y a partir de allí se difundió una profusa cantidad de situaciones de diversas características que nunca habían ni siquiera merecido intervenciones vinculadas con el control social informal. Si bien en este editorial no se analizarán las razones por las que comportamientos tan rechazados ni siquiera habían recibido una condena social, sí se pretende abordarlas desde la problemática de las imposturas. Estos casos, precisamente nos enfrentan a la debilidad con la que desde la militancia se defienden ciertas causas, ya que una grosera selectividad argumental y moral con la que se trata a quienes reciben acusaciones suele imponerse de manera situada, cuando no interesada. La aplicación normativa y lineal de categorías como patriarcado, hegemonía u opresión, puede derivar en clichés vacíos de contenido y lecturas simplistas que estimulan la protección de los propios al transformar las acciones individuales aberrantes en pecados colectivos del bando “opresor”. Así es que la insistencia en hallar micromachismos o culpabilizar a un género por su historia y su potencial capacidad de daño pueden convivir con la protección corporativa de abusadores expresos, públicos *aliados* con militancia probada del lado de los “buenos” y defensores de todas las causas nobles. En el caso aludido, los rápidos posteos en las redes sociales aludiendo a la “culpa espantosa” de los “los pactos de hombres” se aglutinaron para diluir con cierta efectividad las responsabilidades individuales indelegables de abusadores y sus protectores militantes cuyos nombres son por demás conocidos. Respuestas similares se adoptaron en casos de mayor impacto que involucraron a personalidades políticas del “arco progresista”, por ejemplo en Argentina o en España, en un caso el mismo ex primer mandatario. Allí, la sororidad selectiva llegó a tal punto que hasta trascendieron mensajes de una descollante referente del feminismo académico a un grupo de colegas en los que negaba enfáticamente que el ex presidente hubiera golpeado a su pareja, a quien además culpabilizaba por la relación “tóxica” a causa de una adicción. Se podría continuar con muchos otros ejemplos recientes y cercanos a los campos académicos y científicos, como los ejercicios públicos de memoria selectiva que académicos ex funcionarios ensayaron sobre la pandemia. Esas groseras formas de despegarse de los efectos socioeconómicos de los confinamientos y, en particular de la figura del ex presidente

---

de la Nación, constituyen otras tantas muestras elocuentes de las imposturas pero también de los peligros de colocar a la ciencia y a sus instituciones bajo la tutela de las agendas y los intereses de la política partidaria.

El ejemplo final está referido a los debates coyunturales que rodean al campo académico argentino y su relación con el gobierno nacional. En ese sentido, las declaraciones presidenciales señalando que “la universidad pública nacional sólo le sirve a los hijos de la clase alta” nos conduce otra vez a los territorios de la impostura y, también, la explotación y exaltación del resentimiento. En ese contexto, las tensiones entre el gobierno nacional y el sistema científico y las universidades continúan con escaladas repentinas y períodos de cierta calma y silencios tirantes. Las agresiones espasmódicas por parte de algunos funcionarios parecen haberse instalado como prácticas corrientes que desencadenan las lógicas respuestas frente a tamaña sobreexposición de ignorancia en la que incurren actores políticos como el vocero presidencial. Amparados en la vaga noción de “de dudoso impacto social”, los títulos de algunos *papers* están siendo utilizados como ejemplos viciosos de la inutilidad que implicaría el financiamiento estatal a la ciencia y tecnología, discusión por demás anacrónica e inverosímil para los tiempos que corren. La apelación sistemática a los ya mitológicos, en el sentido de Lévi-Strauss (1968; 2002), *papers* sobre el del Rey León o el año de Batman, devienen tentaciones irresistibles para que funcionarios que ni siquiera acreditan un conocimiento superficial del funcionamiento de la ciencia en las sociedades contemporáneas, emprendan el indefectible camino del ridículo. La más reciente mención pública de algunas publicaciones de investigadores y becarios del CONICET como ejemplos de irrelevancia y de ese mencionado “dudoso impacto social” a partir del título de los textos podría formar parte de un episodio humorístico (digno de Monty Python) si no se tratara de asuntos de tanta seriedad y de personajes de relevancia en la política nacional. El caso de la investigación arqueológica confundida, por el empleo del término deconstrucción, con un ensayo posestructuralista, desafía cualquier verosímil para la gestión pública.

## La nueva publicación

El nuevo número de *Aiken* vuelve a ratificar los principios que dieron origen a esta revista, en lo fundamental la amplitud y pluralismo temático, disciplinar y metodológico. En esta ocasión, los artículos reflejan diversas apuestas metodológicas y abordajes teóricos que se concentran en temas que van desde las políticas públicas en salud en un estado subnacional de la Argentina, la relación entre las creencias religiosas y la aceptación de las diferentes formas de muerte médica asistida en México, un icónico programa de televisión argentina entre las décadas de 1960 y 1980 y un estudio epidemiológico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

En el primero de los artículos, Andrés Peranovich se ocupa de la EPOC en relación al aumento en la mortalidad acaecido en el siglo XXI, en tanto relevante causa de morbilidad discapacitante en todo el mundo. Así es que en “Distribución regional de la carga de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Argentina, 2018” analiza la distribución geográfica de la carga de morbilidad que produce esta enfermedad en la Argentina, sobre todo para la población de 40 a 75 años, desagregando los datos también por sexo y grupos quinquenales de edad. De esta forma, el autor muestra que una mayor carga de morbimortalidad de la EPOC se produce en las regiones de Cuyo y centro del país, mientras que la menos afectada es la región Noroeste. El estudio también evidencia una mayor morbimortalidad masculina, aunque las variaciones regionales revelan brechas notorias que justifican la necesidad de datos estadísticos más exhaustivos que permitan una mayor desagregación geográfica sobre la prevalencia de la enfermedad, insumo indispensable para emplear de mejor manera los recursos preventivos y de intervención, tanto a nivel local como nacional. El autor concluye que “aunque se han hecho esfuerzos para disminuir la prevalencia y mortalidad por EPOC, todavía falta mucho para poder lograr una reducción más importante, sobre todo teniendo en cuenta el actual proceso de envejecimiento de la población y

el aumento de la contaminación ambiental” (p. 19). A ello le agrega las dificultades diagnósticas propias de la enfermedad y la importancia de la provisión de medicamentos para tratamientos prolongados y del manejo del equipamiento apropiado.

En “Deporte, TV y espectáculo. Narrativas sobre el ascetismo, las moralidades y la «violencia deportiva» en el catch argentino durante la década de 1960”, Juan Branz se ocupa de un programa de televisión icónico en la Argentina durante décadas y que marcó la infancia de muchas generaciones en el país, *Titanes en el Ring*. El recorte del corpus se circunscribe al primer período del programa, pero es por demás representativo del modo en que se espectacularizó el *catch* en la Argentina con los niños como destinatarios principales. Una serie de combates simulados en los que se combinaban disciplinas como la lucha grecorromana o las artes marciales conformaban la estructura de un programa que marcó altos índices de audiencia y que transformó en celebridades a varios de sus personajes. El autor coloca al programa como un dispositivo de la modernidad que operó como un modelo pedagógico que ofreció una “renovada noción de ciudadanía” que además “reforzó ideas dominantes sobre salud, ascetismo y moral” (p. 23). En el texto, se establece una relación entre deporte y espectáculo “que volvía accesible diferentes imágenes y narraciones en torno a una idea de justicia y definiciones morales, encarnadas en luchadores que oscilaban entre la vergüenza y el honor (de acuerdo a la dinámica cambiante del combate). De un circuito urbano de ocio (Luna Park) a la televisión, el catch constituyó un espectáculo en el que prevaleció la acrobacia y el humor, y que garantizó la persistencia de una imagen masculina extraordinaria, asociada a la fuerza física y la destreza corporal” (p. 44). De allí que el propósito general del autor sea ofrecer una contribución a la comprensión de las subjetividades contemporáneas relacionadas con las actividades deportivas y los medios de comunicación.

Alicia Ordóñez Vázquez y Gustavo Ortiz Millán presentan “La religión en México y su relación con las decisiones al final de la vida: encuesta de opinión a población general”. Este estudio cuantitativo aborda las correlaciones entre las afiliaciones religiosas y las formas en que las personas se manifiestan frente a la toma de decisiones sobre el final de la vida, de manera fundamental la eutanasia y el suicidio asistido. Los datos muestran que más allá de la importancia que se le asigna a las creencias religiosas en diversos contextos regionales y nacionales, en este caso quedan relativizadas frente a una tendencia creciente a la aceptación de diferentes formas de muerte médica asistida con el objeto de evitar el dolor y sufrimiento al final de la vida. Los autores se manifiestan además a favor de desarrollar políticas públicas y sancionar legislación tendiente a ofrecer alternativas frente a escenarios de estas características. Por ello es que plantean la necesidad de que “especialistas en bioética, derecho, medicina, sociología, realicen estudios para formular propuestas que vayan encaminadas hacia políticas públicas enfocadas a más y mejores cuidados paliativos, que permitan proporcionar alivio al sufrimiento, y si la decisión de las personas es ya no seguir sufriendo entonces que elijan la muerte médica asistida” (p. 63).

Por último, Nadia Hoyos, Horacio Pereyra y Laurencia Silveti realizan una descripción y caracterización del sistema de salud de la provincia de Santiago del Estero en la que sistematizan la composición y distribución de establecimientos sanitarios para de esa manera dar cuenta de la capacidad de respuesta institucional y las políticas sanitarias provinciales. Para ello se valen de una importante diversidad de datos (información oficial de la provincia, informes institucionales, censos nacionales, entrevistas a referentes del área de salud) que, sometidos a un análisis conceptual, les permite identificar instituciones clasificadas por nivel de atención y zona geográfica, programas de salud disponibles y datos estadísticos de situación de salud. Entonces, aseguran “reconocer una configuración de políticas sanitarias que se orienta desde organismos internacionales y busca dar respuesta sanitaria adecuada a partir de la distribución de centros de salud. Sin embargo, estos hechos, por sí solos, no logran garantizar el acceso a personal y servicios de salud principalmente según zona geográfica, edad y género” (p. 68). Entre las dimensiones de relieve del artículo se muestran la opacidad de los datos públicos (ya sea por

ineficiencias estadísticas y/o resistencias de las burocracias estatales) y las ficciones legales sobre las que se montan las políticas públicas, por lo que no se encuentran ni celebraciones complacientes de un partido político ni tampoco los cuestionamientos fáciles y simplistas a cualquier gestión pública, ya que estamos en presencia de un intento honesto de describir y comprender la complejidad de los problemas sociosanitarios que continúan no sólo sin resolverse sino sin ofrecer mejoras significativas en dimensiones como cobertura, mortalidad infantil, embarazo adolescente y calidad ambiental.

## Bibliografía

- Burucúa, Emilio (2024). *Civilización. Historia de un concepto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gil, G. J. (2024). Ciencia, Estado y universidad en tiempos de desmesura. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 4(1), 5–9. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/69>
- Lévi-Strauss, C. (1968). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lévi-Strauss, C. (2002). *Mitológicas. Lo crudo y lo cocido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sokal, A. D. (1996). Transgressing the boundaries: Toward a transformative hermeneutics of quantum gravity. *Social text*, 46/47, 217-252.
- Sokal, A. D. & Bricmont, J. (1998). *Intellectual Impostures*, London: Profile Books.

# Artículos

## Distribución regional de la carga de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Argentina, 2018

*Regional distribution of the burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Argentina, 2018*

ANDRÉS CONRADO PERANOVICH \*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina)

**RESUMEN.** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ha aumentado su mortalidad en Argentina durante el siglo XXI, y es una importante causa de morbilidad discapacitante en todo el mundo.

**Objetivo:** Analizar la distribución geográfica de la carga de enfermedad que genera esta afección en Argentina, para la población de 40 a 75 años, para el año 2018, desagregando los datos también por sexo y grupos quinqueniales de edad.

**Materiales y métodos:** Se calculan Años de Vida Ajustados por Discapacidad por sexo, grupos de edades y regiones de residencia, en base a la prevalencia de la enfermedad relevada por encuestas locales.

**Resultados:** Esta investigación muestra que la carga de morbi-mortalidad de la EPOC afecta más a la región Cuyo y Centro, siendo la región Noroeste la menos afectada. Además hay una clara predominancia masculina en la morbimortalidad, con un pico de edad en los 70 a 74 años. Las diferencias por sexo muestran brechas importantes entre regiones y en las edades más jóvenes consideradas.

**Conclusión:** Las diferencias regionales observadas sugieren la necesidad de contar con mayor desagregación geográfica de los datos sobre la prevalencia de esta enfermedad, a los fines de redistribuir los recursos necesarios para su prevención y tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Enfermedades no transmisibles; Carga Global de Enfermedades; Años de Vida Ajustados por Discapacidad; Población

**ABSTRACT.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has increased its mortality in Argentina during the 21st century and is an important cause of disabling morbidity worldwide.

**Objective:** To analyse the geographical distribution of the burden of this disease in Argentina, for the population aged 40-75 years, for the year 2018, and also to disaggregate the data by sex and five-year age groups.

**Materials and methods:** Disability Adjusted Life Years are calculated by sex, age groups and regions of residence, based on the prevalence of the disease collected through local surveys.

**Results:** This study shows that the burden of morbidity and mortality from COPD is higher in the Cuyo and Central regions, with the Northwest region being the least affected. Furthermore, there is a clear male predominance in morbidity and mortality, with a peak age between 70 and 74 years. Gender differences show important differences between regions and at the youngest ages considered.

**Conclusions:** The regional differences observed suggest the need for a higher level of disaggregation of data on the prevalence of this disease in order to redistribute the necessary resources for its prevention and treatment.

**KEY WORDS:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Noncommunicable diseases; Global Burden of Disease; Disability-Adjusted Life Year; Population

---

\* Médico Cirujano, Especialista en Anatomía Patológica, Magíster y Doctor en Demografía. Investigador Adjunto del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con lugar de trabajo en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS, Universidad Nacional de Córdoba). E-Mail: [andrespera@gmail.com](mailto:andrespera@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-7639-5091>

## Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección pulmonar que genera limitación permanente del flujo de aire y produce discapacidad física, que afecta las actividades diarias, y muerte prematura por comorbilidades. Esto implica una carga económica, social y personal tanto para los pacientes como para sus familias.

A pesar de ser una enfermedad prevenible y tratable (aunque no curable), la EPOC es la tercera causa de muerte a nivel mundial -produjo 3,3 millones de muertes anuales en el 2019- (Chen *et al.*, 2023) y es la sexta causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) también a nivel mundial (Zou *et al.*, 2022). La carga de esta enfermedad ha aumentado un 14% entre 2009 y 2019 (Safiri *et al.*, 2022; Zou *et al.*, 2022) y un 90% de las defunciones por esta causa pertenecen a países de bajos ingresos (Chen *et al.*, 2023).

Los últimos estudios realizados en Argentina sobre esta afección relevan datos del 2016, donde se registró una tasa de mortalidad por EPOC de 22,6 por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo entre los 40 y los 74 años), lo que significó un aumento del 3,5% desde el 2009, siendo este aumento mayor para mujeres que para hombres (Arias *et al.*, 2018). Por su parte, el programa Carga Mundial de Enfermedad (GBD por sus siglas en inglés) estimó que en Argentina, para el año 2019, la EPOC generó cerca de 334.000 AVAD, correspondiente al 2,66% del total de los mismos (Global Burden of Disease [GBD], 2019).

Debido a la importancia de esta enfermedad, a mediados de la década del 2010 se avanzó en Argentina sobre la disponibilidad de datos de morbilidad por EPOC, a través de una encuesta específica destinada a establecer su prevalencia general, EPOC.AR (Echazarreta *et al.*, 2018) y otra encuesta de salud con desagregaciones disponibles sobre el tema, Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2018-2019 (ENNys 2019).

Varios autores han demostrado ya que la prevalencia y carga de esta enfermedad varían por sexo, edad y área de residencia, lo que impacta sobre las medidas de prevención y control de la misma (Zou *et al.*, 2022). De ello se deduce la necesidad de contar con estimaciones con mayor nivel de desagregación geográfica sobre la distribución de esta enfermedad al interior de los países.

Si bien los datos del estudio de GBD se mantienen actualizados, en cuanto a enfermedades y regiones donde se calculan, en general estas estimaciones no se realizan a nivel subnacional, es decir, al interior de los países (salvo algunos territorios que cuentan con disponibilidad de datos). Este tipo de estimaciones resultan de gran relevancia para que los gobiernos puedan diseñar, aplicar y monitorear de manera más efectiva las políticas de salud, dirigiéndolas a los lugares donde se necesitan con mayor urgencia.

En este sentido, este artículo se propone calcular y analizar los AVAD producidos por EPOC en Argentina, según sexo, grupos de edad y distribución geográfica, realizando las estimaciones para el año 2018, que es el último año del que se disponen datos de esta enfermedad a nivel local.

## Objetivos

Analizar la distribución geográfica de la carga de enfermedad que genera la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en Argentina, a través del indicador AVAD, en la población de 40 a 75 años, para el año 2018, desagregando los datos también por sexo y grupos quinqueniales de edad.

## Materiales y métodos

Esta investigación posee un carácter cuantitativo, transversal y descriptivo. Se analizaron datos provenientes de fuentes de información secundarias oficiales, a saber:

- Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud edición 2018-2019 (ENNys 2019): encuesta nacional sobre temas relacionados a la nutrición, llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina entre 2018 y 2019. Se aplicó en niños, niñas y adolescentes de ambos sexos, de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos mayores de 18 años, todos ellos residentes de hogares particulares en localidades urbanas de 5.000 habitantes o más. Se utilizó una muestra probabilística estratificada por región y polietápica de selección aleatoria, con arreglo proporcional a la población. La muestra final se constituyó con 21.358 personas, y posee representatividad regional y nacional.
- Estudio EPOC.AR: encuesta específica de prevalencia de EPOC multicéntrica de base poblacional, realizada entre agosto de 2014 y mayo de 2016 por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, dependiente del Ministerio de Salud. Se aplicó a personas mayores de 40 años de edad, residentes en hogares particulares de alguno de estos 6 aglomerados urbanos de Argentina: La Plata, Rosario, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Zona Norte del Gran Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Se utilizó una muestra probabilística por conglomerados, polietápica y de selección aleatoria. La muestra final se constituyó con 3.469 personas, y posee representatividad nacional, aunque carece de desagregación a nivel geográfico y por edades.
- Sistema Estadístico de Salud (SES) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de Argentina: registro permanente y oficial de datos de defunciones y nacimientos del país.

La población bajo estudio correspondió a personas de 40 a 75 años de edad, residentes en cada una de las 24 provincias que constituyen la República Argentina, tomando como referencia el año 2018. La elección de este rango etario responde a la disponibilidad de datos de las fuentes utilizadas.

Las unidades de análisis fueron las regiones estadísticas de la República Argentina, de acuerdo al agrupamiento adoptado por la ENNys 2019: Región Gran Buenos Aires (GBA) constituida por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 24 partidos del Conurbano bonaerense; Región Centro constituida por las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y el resto de la provincia de Buenos Aires; Región Noroeste (NOA) conformada por las provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán; Región Noreste (NEA) constituida por las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones; Región Cuyo conformada por las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis; y Región Patagónica constituida por las provincias de Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se utilizó como indicador de carga de mortalidad los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), desagregados por sexo (masculino o femenino), grupos de edades (40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85+) y por regiones (GBA, Centro, Cuyo, Noroeste, Noreste y Patagónica). Los AVAD son una herramienta que expresa los años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura, y a su vez los años vividos con una discapacidad de severidad y duración específicas (Murray & Lopez, 1994). Expresa, por lo tanto, los años de

vida saludables perdidos por una enfermedad. Son el resultado de sumar los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) y los Años Vividos con Discapacidad (AVD). El cálculo de este indicador se realizó siguiendo la metodología creada por el programa GBD, utilizada mundialmente. Asimismo, los pesos de la discapacidad utilizados en la estimación de este indicador fueron obtenidos del estudio GBD 2019 (Global Burden of Disease [GBD], 2019).

Para el cálculo de los APVP se utilizó las defunciones por sexo, edad y provincia de residencia originadas en el Sistema Estadístico de Salud (SES) para los años 2017 a 2019 inclusive, por sexo, grupos de edades y por departamento de residencia. La causa de muerte considerada es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que según la Clasificación Internacional de las Enfermedades – CIE 10, corresponde a los códigos J41 a J44 y J47 (Safiri *et al.*, 2022). Por otro lado, se utilizó la esperanza de vida estándar proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estimaciones globales de salud, siguiendo la metodología propuesta por el GBD. En el cómputo de la mortalidad se utilizaron promedios móviles, estableciendo el período 2017-2018-2019, a los fines de evitar la sobreestimación o subestimación de las causas de muerte, en caso de que algún año presente un número mucho mayor o menor de defunciones por estas causas.

Para estimar los AVD, se empleó la prevalencia de EPOC en la población por autoreporte, por edad, sexo y región de residencia, obtenida de la ENNyS 2019. Aunque esta encuesta no tiene como finalidad específica la recolección de información sobre enfermedades respiratorias, sí posee representatividad regional y desagregación por sexo y edad, por lo que se decidió utilizarla, realizando un ajuste de sus cantidades a los porcentajes de prevalencia de EPOC obtenidos en el estudio EPOC.AR.

En el caso de las categorías de población sin datos en la ENNyS 2019, se estimaron los mismos a partir de considerar porcentajes de población con enfermedad, pero sin diagnóstico. Estos porcentajes también fueron obtenidos del estudio EPOC.AR, que relevó un 77,4% (en promedio) de subdiagnóstico de la enfermedad.

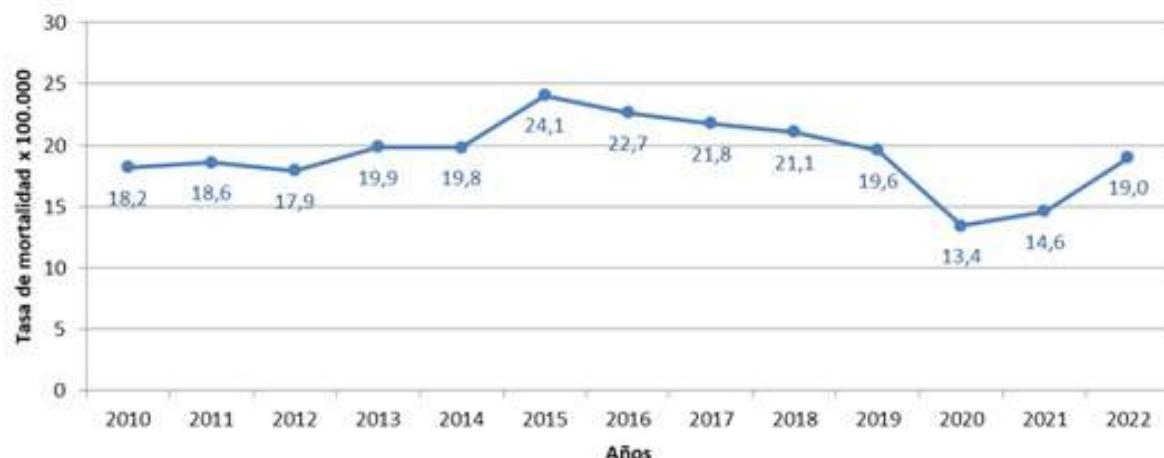
Para el análisis de las desigualdades sociales de la salud, expresados en forma de brechas, y relacionadas a las variables edad, sexo y región geográfica, se utilizó la razón de tasas. Este indicador es una medida de efecto que se basa en categorías fijas de las variables y tiene en cuenta los valores extremos. Además, su cálculo e interpretación es simple (Schneider *et al.*, 2002).

El software estadístico utilizado para las estimaciones de prevalencia, AVP, AVD, AVAD y razón de tasas fue el STATA versión 18 y se utilizó el software de hojas de cálculo Excel 2010 para la confección de gráficos.

## Resultados

A los fines de contextualizar los indicadores de AVAD por EPOC en Argentina, se analizó primero la evolución de la enfermedad en la población de 40 a 75 años de edad en el país durante la década: se observa una tendencia al incremento de la tasa de mortalidad desde principios del período hasta el año 2015; pero a partir del 2016 se invierte esta tendencia, produciéndose una disminución leve, pero constante (gráfico 1). Los años 2020 y 2021 muestran una disminución muy marcada de la tasa, pero no se consideran dentro de la tendencia de la enfermedad, pues coinciden con las medidas de aislamiento que se tomaron en relación a la pandemia COVID-19, y están influenciadas por la confusiones derivadas del uso de ese diagnóstico, en particular como causa de muerte. De hecho, se advierte que en el año 2022 los valores de la tasa de mortalidad por EPOC vuelven a niveles similares a los del 2019.

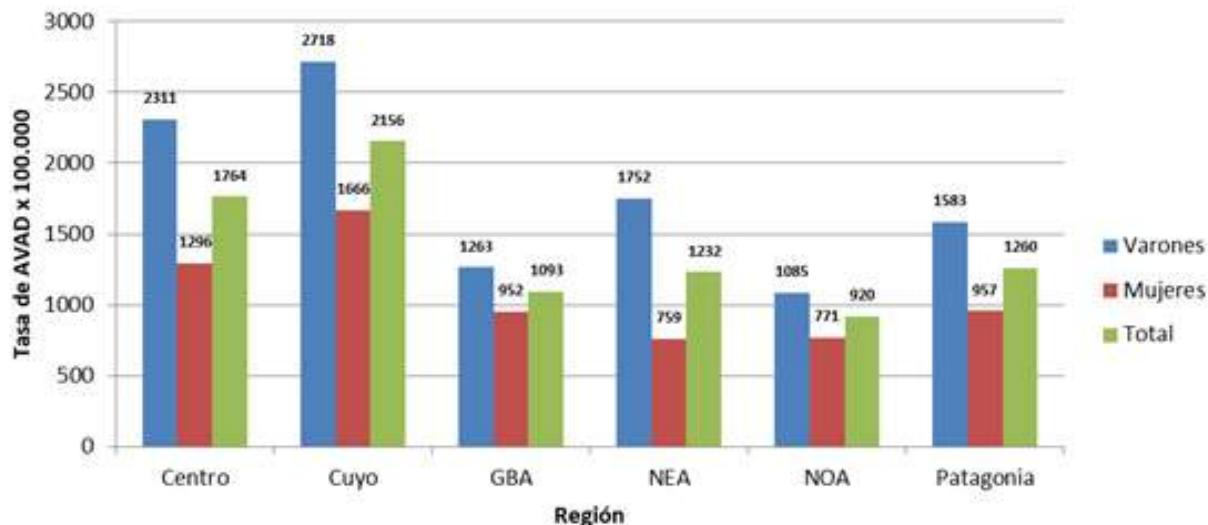
**Gráfico N 1. Tasa de mortalidad específica por EPOC (por 100.000 habitantes). Argentina, años 2010 a 2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Más allá de los datos de mortalidad, los resultados del cálculo del indicador de morbimortalidad por EPOC muestran una distribución heterogénea de los AVAD por EPOC en el territorio argentino: la región Cuyo es la más afectada por este indicador, seguida de las regiones Centro y Patagónica (gráfico 2), mientras que las menos afectadas son las regiones del Noroeste, GBA y Noreste, respectivamente.

**Gráfico N 2. Tasa de AVAD por EPOC (por 100.000 habitantes), según sexo y regiones geográficas. Argentina, año 2018.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social

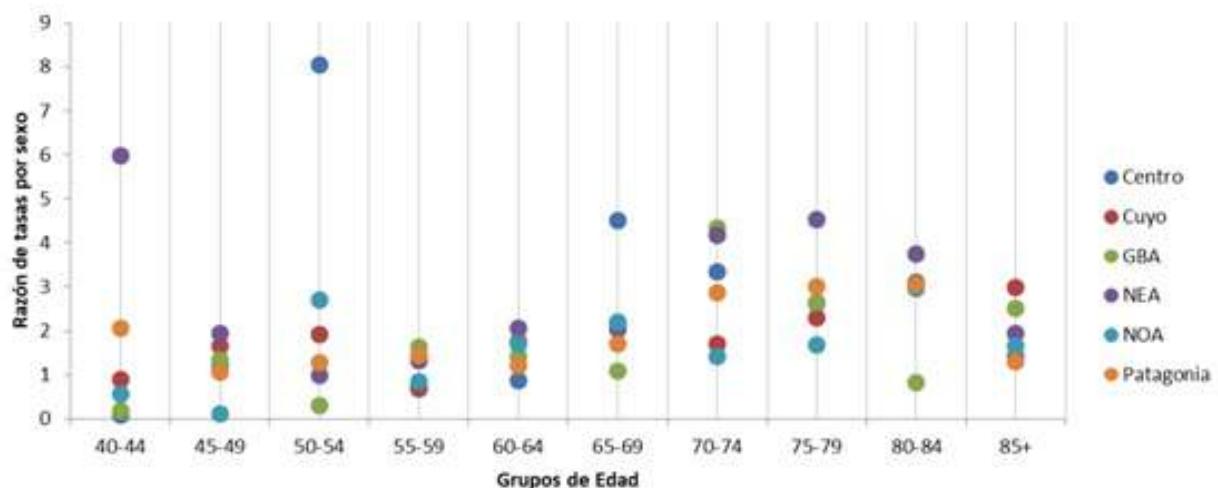
La comparación de este indicador con las tasas de mortalidad por EPOC por región geográfica, revela que los valores máximos de defunción coinciden en su distribución con la morbimortalidad.

lidad, pero no así los mínimos, pues es GBA la región que menos mortalidad tiene, a pesar de no ser la que menos morbimortalidad presenta. A su vez, considerando el sexo, la mortalidad de mujeres es mayor en regiones como la Noroeste en relación a la Patagonia o la región Noreste.

Por otro lado, el análisis de la distribución por sexo (gráfico 2) muestra que los AVAD por cada 100.000 habitantes en varones prevalecen sobre las mujeres en todas las regiones. Las tasas son mayores para hombres en Cuyo, región Centro y Noreste, mientras que los menores valores se registran en las regiones Noroeste y GBA. En el caso de las mujeres, la distribución es similar, aunque las menores tasas se producen en las regiones Noreste y Noroeste. En el mismo gráfico puede observarse la diferencia amplia entre hombres y mujeres, en detrimento de los primeros. Asimismo se distingue que la diferencia entre ambos sexos es menor en las regiones Noroeste y GBA.

A su vez, la relación hombres/mujeres exhibe brechas más grandes en la región Noreste y Centro, con diferencias muy amplias con respecto a las otras regiones (gráfico 3).

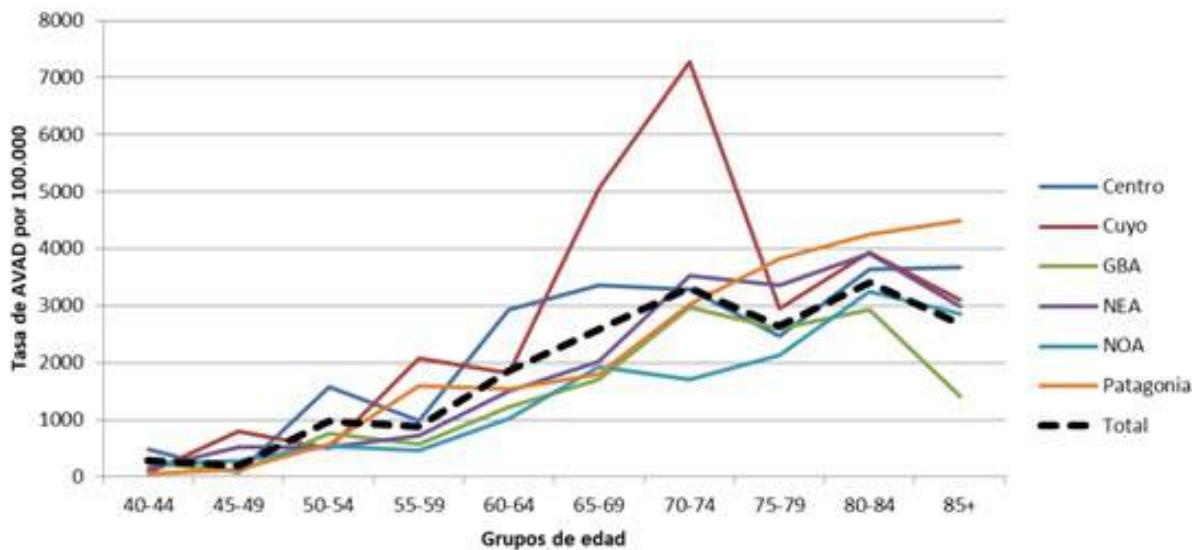
**Gráfico 3. Brecha interregional de la tasa de AVAD por EPOC, según sexo y grupos de edad. Argentina, año 2018.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social

En cuanto a la distribución por edades, se observa una tendencia general al aumento progresivo de la carga de la enfermedad a partir de los 50 años, con un pico en los 70-74 años, luego del cual las tasas se mantienen en esos valores (gráfico 4). Esta tendencia tiene sus particularidades según la región: Cuyo presenta una carga de la enfermedad más elevada que las otras regiones, con un marcado incremento entre los 65 y 74 años. La región Noroeste muestra valores del indicador por debajo de las otras regiones, en todas las edades. La región Patagónica, por su parte, evidencia la particularidad de mantener la tendencia de aumento en todas las edades, inclusive después de los 75 años. Por el contrario, GBA muestra una tendencia a la disminución del indicador después de los 75 años de edad.

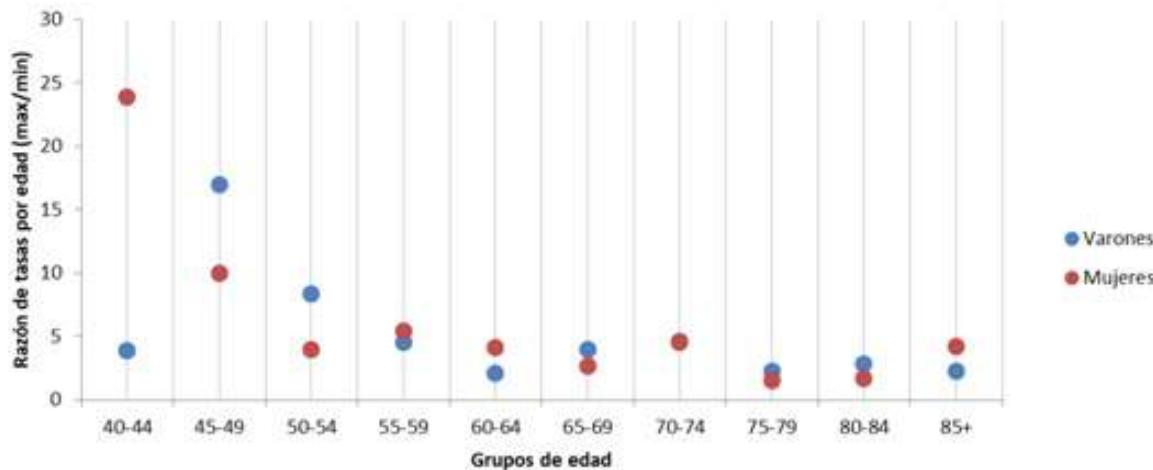
**Gráfico 4. Tasa de AVAD por EPOC (x 100.000 habitantes), según grupo de edad y región. Argentina, año 2018.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Si se considera la brecha interregional por sexo y grupos de edades (gráfico 5), se manifiesta una evidente diferencia en los grupos de edades más jóvenes entre varones y mujeres, diferencia que se va licuando a medida que envejece la población.

**Gráfico 5. Brecha interregional por edad quinquenal de la tasa de AVAD por EPOC, según sexo. Argentina, año 2018.**

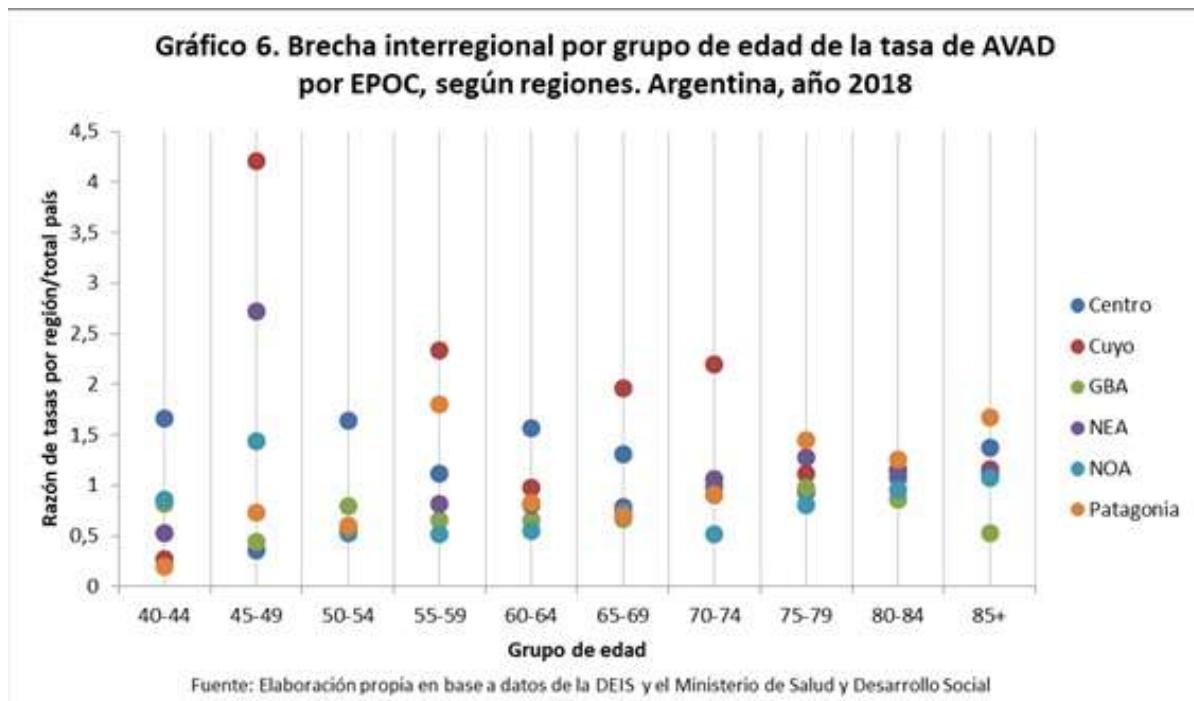


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Llama la atención la brecha en el grupo de 40-44 años de mujeres con respecto a hombres, sobre todo porque en las edades consecutivas el predominio es de los varones. La menor diferencia se da en el grupo 70-74 años, que coincide con los mayores valores del indicador en todas las regiones.

Si se considera únicamente los valores por grupos de edades entre las distintas regiones

(gráfico 6), se puede apreciar que las mayores brechas se producen en la región del Cuyo, Centro y Noroeste hasta los 74 años, con amplia diferencia en las cifras de Cuyo, pero a partir de esta edad las mayores brechas se presentan en la región Patagónica.



## Discusión

La tendencia de la tasa de mortalidad por EPOC en el país durante la década del 2010-2020 coincide con estudios que venían realizando respecto a este tema la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán” (ANLIS), entidad dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, aunque éstos reflejan datos sólo hasta el 2017 (Arias *et al.*, 2018; Nivas *et al.*, 2019). La disminución observada en la tasa de mortalidad en la segunda mitad de la década se asociaaría a la implementación del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, dentro de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Este programa se encuentra vigente desde mediados del 2014 y se efectivizó a través de la capacitación del equipo de salud sobre diagnóstico y tratamiento de EPOC, la provisión de equipo técnico para los establecimientos de salud, como espirómetros, y el establecimiento de normativas para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de afecciones.

La metodología utilizada en este estudio proporciona un cálculo de AVAD para el total de la población que asciende a 231.957, cifra que se encuentra por debajo del rango estimado para Argentina por el programa de Carga Mundial de las Enfermedades (GBD) (300 a 600 mil AVAD por 100.000 habitantes). Esta diferencia radica en los datos utilizados: el programa GBD cuenta con valores de defunciones mucho más altos que los reportados oficialmente, y a su vez utiliza una prevalencia menor a la exhibida por el estudio EPOC.AR, pero mayor a la registrada en la encuesta ENNyS. Esto podría explicarse pues los datos de la GBD derivan de estimaciones o resultados de modelos dinámicos y estadísticos, en vez de datos reales (Safiri *et al.*, 2022), por lo que la carga de enfermedad estimada por este programa podría sub o sobreestimar la carga real de la enfermedad.

Los resultados de esta investigación muestran que la carga de morbi-mortalidad de la

EPOC afectan más a la región Cuyo y Centro que al resto del territorio, en concordancia parcial con los datos de mortalidad por la enfermedad (Arias *et al.*, 2018). Sin embargo, las diferencias halladas en la distribución de la morbilidad-mortalidad en las otras regiones hacen preguntarse sobre la organización de las políticas sanitarias relativas a esta afección en el territorio. De la misma forma, se plantean interrogantes sobre la distribución de los factores de riesgo por área, sexo y grupo de edad. En este sentido, las diferencias de morbimortalidad por EPOC asociadas a factores sociodemográficos y geográficos ya han sido evidenciados por varios autores, tanto a nivel nacional (Arias *et al.*, 2018; Echazarreta *et al.*, 2018; Lopez *et al.*, 2022; Nivas *et al.*, 2019; Sivori *et al.*, 2001) como a nivel internacional (Li *et al.*, 2022, 2023; Liao *et al.*, 2022; Rodriguez Peccei *et al.*, 2012; Safiri *et al.*, 2022; Soriano *et al.*, 2017; Zou *et al.*, 2022). En todos ellos se concuerda la diferencia entre sexos, en perjuicio del sexo masculino, pero con una disminución en la brecha entre ellos a lo largo del tiempo. La diferencia en perjuicio del sexo masculino se asocia, fundamentalmente al consumo de tabaco, considerado como principal factor productor de EPOC y que es más frecuente en varones (Li *et al.*, 2022). El aumento del consumo de tabaco que se ha dado en mujeres jóvenes en las últimas décadas también ayuda a explicar la tendencia de éstas en la morbimortalidad por EPOC (Ministerio de Salud de la Nación & Organización Panamericana de la Salud, 2020). Debe mencionarse que también existen otros factores asociados al aumento de la EPOC, como la contaminación ambiental, la exposición pasiva al humo ajeno, la exposición ocupacional a polvos, humos o sustancias químicas y la contaminación del aire en interiores (combustibles, carbón para la cocina o la calefacción). Asimismo, se evidencia que a mayor edad, mayor la morbimortalidad de esta enfermedad.

El estudio de los AVAD por EPOC a nivel geográfico ha sido tomado en cuenta por otros autores (Minicuci *et al.*, 2011; Zhai *et al.*, 2022), entendiendo la necesidad de identificar patrones y tendencias de la EPOC que permitan establecer medidas preventivas y evaluar intervenciones y políticas a nivel local y nacional (Liao *et al.*, 2022). Sin embargo, los estudios antes citados plantean una mayor concentración de la mortalidad en regiones más pobres. Este no sería el caso de la morbi-mortalidad calculada, pues si bien las regiones Noroeste y Noreste son reconocidas como las más pobres del país (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2024) son también las regiones que menos cifras de AVAD por EPOC concentran. Esta cuestión obliga a replantearse las diferencias que causan los patrones de comportamiento de la morbi-mortalidad, pues no estaría reproduciendo los patrones de los grandes grupos de causas observados entre países, de acuerdo a su estatus económico y social (Safiri *et al.*, 2022; Zou *et al.*, 2022). Esto refuerza la necesidad de contar con indicadores con mayor nivel de desagregación a nivel geográfico, para lo cual resulta necesario contar con datos de prevalencia de la enfermedad, con un nivel de desagregación mayor al existente.

Finalmente, se describen las limitaciones de esta investigación, relacionadas con la calidad de las fuentes de datos de mortalidad y morbilidad en Argentina. Para el caso de la mortalidad, según Ribotta (2016), el país posee un 8,1% de defunciones con causas mal definidas, presentando además niveles de exactitud diferentes según provincias. Otra limitación se relaciona con la fuente de datos de morbilidad, pues se trata de encuestas con alcance limitado (aunque representativa), que además sólo contemplan localidades o aglomerados urbanos de 5000 habitantes o más. Por otro lado, no puede dejar de mencionarse la limitada disponibilidad de datos, sobre todo en cuanto a su temporalidad, que no permite realizar estimaciones de mayor actualidad sobre esta enfermedad. Este último punto es relevante por cuanto la pandemia de COVID-19 podría haber producido algún grado de cambio en la distribución y prevalencia de esta enfermedad en Argentina, aunque los datos de mortalidad presentados demuestren lo contrario.

En conclusión, aunque se han hecho esfuerzos para disminuir la prevalencia y mortalidad por EPOC, todavía falta mucho para poder lograr una reducción más importante, sobre todo teniendo en cuenta el actual proceso de envejecimiento de la población y el aumento de la contaminación ambiental. Resulta todavía más preocupante el hecho de que se trate de una enfermedad de difícil diagnóstico, para el cual es necesario la provisión y manejo de equipamiento ade-

cuado y un acceso a los servicios de salud con pocas barreras. A su vez, también es necesaria la provisión de medicación para tratamientos prolongados, destinados a mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes. Estas necesidades son muy relevantes a la hora de mejorar la detección temprana y aumentar las chances de un tratamiento exitoso en regiones donde los recursos están restringidos, factor vital a la hora de atender poblaciones de mayor o menor tamaño.

Si bien las diferencias en mortalidad reflejan la capacidad de las regiones de tratar la enfermedad, los datos de morbilidad permiten evidenciar la eficacia de las intervenciones para la prevención, seguimiento y control de esta afección.

De todo lo anterior surge la necesidad de contar con información precisa y desagregada sobre la prevalencia de esta enfermedad en las distintas áreas del territorio, que permitirían, a través de la implementación de medidas o intervenciones sanitarias o educativas, abordar de manera específica subgrupos de riesgo para esta enfermedad.

Finalmente es necesario volver a recalcar la importancia que tiene el estudio de este tipo de afección, teniendo en cuenta el aumento de las enfermedades respiratorias crónicas a nivel mundial.

## Bibliografía

- Arias, S., Nilva, G., Rivero, M., & Armando, G. (2018). *Mortalidad en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de 40 a 74 años en Argentina. Periodo 1980-2016*. 46 Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, 2 de noviembre, Ciudad de Buenos Aires.
- Chen, S., Kuhn, M., Prettner, K., Yu, F., Yang, T., Bärnighausen, T., Bloom, D. E., & Wang, C. (2023). The global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020–50: A health-augmented macroeconomic modelling study. *The Lancet Global Health*, 11(8), e1183-e1193. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00217-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00217-6)
- Echazarreta, A. L., Arias, S. J., del Olmo, R., Giugno, E. R., Colodenco, F. D., Arce, S. C., Bosso, J. C., Armando, G., & Soriano, J. B. (2018). Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 6 aglomerados urbanos de Argentina: El estudio EPOC.AR. *Archivos de Bronconeumología*, 54(5), 260-269. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.018>
- Global Burden of Disease [GBD]. (2019). *Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC]. (2024). *Sistema Integrado de Estadísticas Sociales (SIES)*. Sistema Integrado de Estadísticas Sociales (SIES). [https://shiny.indec.gob.ar/sies/?\\_ga=2.248865473.71859987.1693831351-468304238.1683242803](https://shiny.indec.gob.ar/sies/?_ga=2.248865473.71859987.1693831351-468304238.1683242803)
- Li, H., Gao, T., Fang, W., Xian-Yu, C., Deng, N., Zhang, C., & Niu, Y. (2023). Global, regional and national burden of chronic obstructive pulmonary disease over a 30-year period: Estimates from the 1990 to 2019 Global Burden of Disease Study. *Respirology*, 28(1), 29-36. <https://doi.org/10.1111/resp.14349>
- Li, H., Liang, H., Wei, L., Shi, D., Su, X., Li, F., Zhang, J., & Wang, Z. (2022). Health Inequality in the Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(null), 1695-1702. <https://doi.org/10.2147/COPD.S369120>
- Liao, T., Guan, W., Zheng, Y., Wang, Y., Xiao, N., Li, C., Xu, Y., He, Z., Meng, R., Zheng, X., & Lin, L. (2022). The association between sociodemographic status and COPD and asthma mortality, DALY and YLD in southern China, 2005–2015. *Public Health*, 212, 102-110.
- Lopez, A. M., Abrate, V. del V., Echazarreta, A. L., Arias, S. J., Del Olmo, R., Colodenco, F. D., Arce, S. C., & Giugno, E. R. (2022). Superposición Asma-EPOC: los hallazgos en el estudio EPOC AR. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 22(2), 125-133.

- Minicuci, N., Benacchio, L., Noale, M., Campigotto, F., Balzi, D., Franzo, A., Masiero, L., Bovo, C., & Olivieri, A. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease: The Disability Adjusted Life Years in northern Italy. *Minerva Medica*, 102(1), 1-14.
- Ministerio de Salud de la Nación, & Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes: Informe final de Argentina, 2018* (p. 50).
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1994). *Global comparative assessments in the health sector: Disease burden, expenditures and intervention packages collected reprints from the «Bulletin of the world health organization»*. World health organization (WHO).
- Nivas, G., Arias, S., Bossio, J., & Calabrese, C. (2019, noviembre 2). *Mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOCAR en mayores de 40 en Argentina, 1990-2017*. 47 Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, Buenos Aires, Argentina.
- Ribotta, B. S. (2016). Causas de defunción mal definidas en las provincias de Argentina, 2001-2013. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14, 86-95.
- Rodriguez Pecci, M. S., De la Fuente Aguado, J., Montero Tinnirello, J., Sanjurjo Rivo, A., Sanchez Conde, P., & Fernandez Fernandez, F. (2012). Enfermedad pulmonar obstructiva: Diferencias entre hombres y mujeres. *Medicina (B.Aires)*, 72(3), 207-215.
- Safiri, S., Carson-Chahhoud, K., Noori, M., Nejadghaderi, S. A., Sullman, M. J. M., Ahmadian Heris, J., Ansarin, K., Mansournia, M. A., Collins, G. S., Kolahi, A.-A., & Kaufman, J. S. (2022). Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: Results from the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ*, e069679. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069679>
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Pública*; 12(6).dic. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
- Sivori, M. L., Saenz, C. B., & Riva Posse, C. (2001). *Mortalidad por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Argentina en el período 1980-1998*. 61(5), 513-521.
- Soriano, J. B., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abera, S. F., Agrawal, A., Ahmed, M. B., Aichour, A. N., Aichour, I., Aichour, M. T. E., Alam, K., Alam, N., Alkaabi, J. M., Al-Maskari, F., Alvis-Guzman, N., Amberbir, A., Amoako, Y. A., Ansha, M. G., Antó, J. M., Asayesh, H., ... Vos, T. (2017). Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet Respiratory Medicine*, 5(9), 691-706. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30293-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30293-X)
- Zhai, M., Jiang, Q., Liu, S., Long, J., Zhang, D., Ren, C., Gong, Y., & Li, Y. (2022). DALY trend and predictive analysis of COPD in China and its provinces: Findings from the global burden of disease study. *Frontiers in Public Health*, 10, 1046773. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1046773>
- Zou, J., Sun, T., Song, X., Liu, Y.-M., Lei, F., Chen, M.-M., Chen, Z., Zhang, P., Ji, Y.-X., Zhang, X.-J., She, Z.-G., Cai, J., Luo, Y., Wang, P., & Li, H. (2022). Distributions and trends of the global burden of COPD attributable to risk factors by SDI, age, and sex from 1990 to 2019: A systematic analysis of GBD 2019 data. *Respiratory Research*, 23(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12931-022-02011-y>

# Deporte, TV y espectáculo. Narrativas sobre el ascetismo, las moralidades y la “violencia deportiva” en el catch argentino durante la década de 1960

*Sport, TV and entertainment. Narratives about asceticism, morality and “sporting violence” in Argentine wrestling during the 1960s*

JUAN BRANZ \*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de San Martín, Argentina

**RESUMEN.** El propósito de este trabajo es presentar algunas hipótesis exploratorias sobre cómo “Titanes en el Ring”, un programa de televisión de la década de 1960 en Argentina, construyó un espectáculo que reforzó ideas dominantes sobre salud, ascetismo y moral, articulándolas con un modelo pedagógico dirigido a los niños, en el contexto de una renovada noción de ciudadanía. El catch, una disciplina popular en Argentina durante la primera mitad del siglo XX, involucraba combates simulados entre dos o más personas, con movimientos inspirados en la lucha grecorromana y en las artes marciales, pero su distintivo radicaba en la teatralización del dolor y la tortura, en donde los luchadores exageraban y magnificaban las expresiones físicas. Este análisis se basa -principalmente- en fotografías seleccionadas de “Titanes en el Ring” como parte de un corpus más amplio que incluye material audiovisual y gráfico, y busca comprender las narrativas que cruzan el deporte y el espectáculo configurando formas de representación de posiciones morales vinculadas al “bien” y el “mal”. Los luchadores encarnaron un ascetismo que se ponía de manifiesto en los combates, explicitando el entrenamiento físico y el control corporal a través de imágenes, mientras el programa subrayaba la conexión entre disciplina, salud y educación.

**PALABRAS CLAVE:** deporte; espectáculo; moralidades; ascetismo

**ABSTRACT.** The purpose of this paper is to present some exploratory hypotheses on how “Titanes en el Ring”, a television program from the 1960s in Argentina, constructed a spectacle that reinforced dominant ideas about health, asceticism and morality, articulating them with a pedagogical model aimed at children, in the context of a renewed notion of citizenship. Wrestling, a popular discipline in Argentina during the first half of the 20th century, involved simulated combats between two or more people, with movements inspired by Greco-Roman wrestling and martial arts, but its distinctive feature was the theatricalization of pain and torture, where the fighters exaggerated and magnified physical expressions. This analysis is based -mainly- on selected photographs from “Titanes en el Ring” as part of a broader corpus that includes audiovisual and graphic material, and seeks to understand the narratives that cross sport and spectacle, configuring forms of representation of moral positions linked to “good” and “evil”. The wrestlers embodied an asceticism that was evident in their fights, making physical training and body control explicit through images, while the program emphasized the connection between discipline, health and education.

**KEY WORDS:** sport; spectacle; moralities; asceticism

---

\* Doctor en Comunicación (Universidad Nacional de La Plata) y licenciado en Comunicación Social (Universidad Nacional de La Plata). Jefe de Trabajos Prácticos de Estudios Sociales del Deporte (Universidad Nacional de la Plata). Investigador asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con lugar de trabajo en la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (EIDAES/UNSAM). Coordinador del Programa de Estudios Sociales sobre el Deporte (EIDAES/UNSAM). E-mail: [juanbab@yahoo.com.ar](mailto:juanbab@yahoo.com.ar)  <https://orcid.org/0000-0001-6991-663X>

## Introducción

El catch fue una disciplina deportiva popular en Argentina durante la primera mitad del siglo XX, basada en el combate entre dos o más personas, y caracterizada por la ejecución de técnicas corporales asociadas a la lucha grecorromana y a diversas artes marciales. Su particularidad radicaba en las formas teatrales de representar el dolor ligado a la tortura (Barthes, 1999), encarnado en la actuación de los luchadores que simulaban un combate y exacerbaban, sobredimensionaban y magnificaban las conductas de las formas físico-expresivas. “Titanes en el Ring” fue un masivo programa televisivo que alcanzó altos grados de popularidad y *rating* tanto en Argentina como en Latinoamérica. Las imágenes construidas en torno a los luchadores y los combates producían sentidos referidos a las temáticas de salud, moral y educación, dentro de un universo orientado al entretenimiento para los niños. La modelación del cuerpo y su cuidado expresaban, a través de la gráfica, el cine y la televisión, un ideal que ligaba a la disciplina como fundamento central para el bienestar físico y espiritual.

A partir de estos elementos, me interesa reconstruir estas referencias históricas entre la lucha y el espectáculo ya que se pueden establecer, por lo menos, tres pistas vinculadas entre sí: 1- como antecedentes audiovisuales asociados al deporte y la violencia física (específicamente con la lucha); como contigüidad de un espectáculo de combate en donde se utiliza todo el cuerpo para controlar y someter al adversario, a través de técnicas corporales de las artes marciales, 2- como posibilidad de pensar elementos de la industria audiovisual en la formación de las identidades de clase, de género, étnicas y políticas, sobre todo, asociados a una cultura corporal, 3- para comprender la violencia controlada y ritualizada como *recurso* pedagógico desde el deporte, de acuerdo a los contextos y las relaciones sociales vinculadas a los umbrales de sensibilidad moral que establecen fronteras entre lo aceptable y no aceptable socialmente. Analizar narrativas mediáticas implica, de acuerdo a lo señalado por Omar Rincón (2006), entender que,

La narración es un proceso por el que una obra audiovisual sugiere a un espectador los pasos que lo conducen a completar una historia, a comprender lo contado, no lo que se quiso decir. Así, la narración es un compendio de instrucciones que orientan la producción, la percepción y la comprensión del relato. Estas instrucciones se refieren a esquemas de contar establecidos en la sociedad (géneros y formatos), esquemas de referencia (historias canónicas), esquemas procedimentales (dramaturgia) y esquemas estilísticos (marcas de significación que construyen comunidades y diferencias) (Casetti, 1994: 97-98)

La lucha operó, en términos narrativos, también como espectacularización del sufrimiento y la representación de posiciones morales vinculadas al “bien” y el “mal”.

## Metodología

Las imágenes que analizo en este trabajo fueron tomadas por el fotógrafo oficial de “Titanes en el Ring”, Edgardo Lerner. Llegué al material a través de su hijo, Alejandro, quien me vendió las imágenes de acuerdo a mis criterios de búsqueda. Además, participo de foros de comunidad de antiguos televidentes de “Titanes” en Facebook<sup>1</sup> y las imágenes que comercializa Alejandro son requeridas por los foristas. Cada tanto, se publican fotos en la comunidad y los comentarios van construyendo una memoria colaborativa sobre los personajes de cada imagen, el año del progra-

<sup>1</sup> Denominados “Lucha Internacional y Nacional”, “Titanes en el Ring”, “Titanes En El Ring!!” y “Lucha Fuerte–Titanes en el ring 1988-1982 Canal 2/Canal 11”. Aquí los usuarios comparten fotografías y audiovisuales de los programas, comentando sus recuerdos y experiencias vinculadas a imágenes afectivas de su niñez como espectadores del catch.

ma y contingencias sucedidas durante ese combate. El tono melancólico marca el pulso de los intercambios. Ante la escasez de material audiovisual televisivo de las décadas de 1960 y 1970, decidí analizar fotografías de archivo. La observación está enmarcada -fundamentalmente- en la perspectiva de análisis público de las imágenes. Retomaré la propuesta de Caggiano (2012) para reconstruir dimensiones de una cultura visual que “alude a una zona de la cultura, entendida ésta como modo de estructurar valores, deseos y prácticas, acciones y repertorios para la acción, como forma de concebir los clivajes sociales y de imaginar las categorías identitarias” (Caggiano, 2012: 52). Caggiano sostiene que en la cultura visual se juega la producción y reproducción de las relaciones de poder y desigualdad, en diversas formas: como caracterizaciones, visualizaciones y ocultamientos, exclusiones e inclusiones, jerarquías y sesgos. Esto establece relaciones y posiciones sociales. Pero, además, la pregunta sobre lo visual conlleva -en tanto elemento- a pensar la construcción social de sentidos: “El reto consiste en dar cuenta de la productividad de las imágenes, que actúan siempre en relación con otros ‘lenguajes’ pero sin reducirse a ellos” (Caggiano, 2012: 21). Caggiano retoma el estudio de Vale de Almeida sobre las secciones “policiales” y “sociales” en periódicos brasileros cuya experiencia con la imagen guarda relación con el enfoque del rostro (como expresión de individualización) y del cuerpo (como expresión de marcación de tipologías sociales). En esta presentación, el vínculo entre las fotografías exhibidas, su circulación, y la televisión como soporte central del *catch*, es vital para comprender el sentido de las imágenes. Es decir, el material gráfico, en este caso, puede ser vinculado directamente con el audiovisual, aunque veremos la especificidad del primero en relación contigua con el segundo; sobre todo, teniendo en cuenta que las transmisiones de “Titanes en el ring” no se basaban en primeros planos de los rostros, sino en planos generales y medios en donde se exhibían tanto la destreza coreográfica de las luchas entre varones y el entusiasmo de los niños ubicados en las gradas constituyéndose como audiencia y, en palabras de Spiegel (2013), en “ornamentos de masas” (concepto retomado de Kracauer) de la arquitectura del estudio de TV. La representación de las multitudes infantiles cobrará una importancia clave, no sólo para los niños varones y una apuesta pedagógica, sino para la organización temática de la grilla de programación de los años 60s de la televisión argentina. Por último, retomaré entrevistas realizadas a fanáticos del programa para pensar las experiencias personales vinculadas a la reconstrucción de una memoria arqueológica sobre procesos sociales y culturales más amplios. Esto no implica, para este trabajo, realizar un análisis desde los espacios de recepción.

## Antecedentes del *catch* en Argentina

Los primeros eventos del deporte denominado *catch as catch can* o *agárrese como pueda* (en español) se desarrollaron en el estadio Luna Park de Buenos Aires. Junto al boxeo, fue el espectáculo de más convocatoria y popularidad de la capital durante los años de las décadas de 1930 y 1940 (Palla, 2013b). Según Palla, el *catch* formará parte de una nueva sociedad de masas donde el “Palacio de los Deportes” (denominación del Luna Park) será epicentro de entretenimientos de una urbanidad que crecía por los movimientos inmigratorios y reordenaba las ofertas de ocio para sus ciudadanos. Particularmente, en el *catch* se establecía “una construcción de los personajes a partir de clichés ‘nacionales’” (Palla, 2013a) que eran presentados, desde la programación de los eventos hasta en artículos de la prensa deportiva, con enunciados produciendo “una serie de superlativos [que] se articulaban con otras palabras tendientes a simbolizar una identidad colectiva montada sobre una oposición: *nosotros/ellos*” (Palla, 2014) para referirse a luchadores argentinos y extranjeros. El *catch* implicó un espectáculo a nivel global, producido en Estados Unidos, México, Francia e Italia que aglutinaba a público masculino adulto (con la excepción de algunas mujeres) y que, en el caso argentino, se presentaba como “Válvula de escape para las preocupaciones con que el diario trajín embarga a los espíritus el deporte congrega alrededor de la arena públicos inmensos, que vibran de entusiasmo frente a las proezas de sus favoritos” (frag-

mento de programa de promoción. En Palla, s.f.).

Según la búsqueda en archivos históricos de Daniel Roncoli (2023), el luchador austriaco Henry Irslinger posiciona, hacia el año 1931, al Profesional Wrestling o Pro-Wrestling que, en Argentina, se reconocerá -a partir de la tradición y repetición de los medios masivos de comunicación- como Catch as catch can o Cachascán producto de una variación idiomática entre el inglés y el español. La práctica irá mutando desde Arte de Combate hacia las peleas por dinero, con una fuerte intervención empresarial e incursionando en mercados masivos (Roncoli, 2023). La espectacularización de combates (de catch y boxeo), según el análisis de Palla, implicaría un supuesto aplacamiento a cierto fervor de las masas concebidas como “un aluvión de guarangos” (Palla recupera los tonos de las programaciones de época, aunque también marca las preocupaciones del Estado por instalar ciertas normas para el refinamiento de conductas sociales), colaborando con lo que Ramos Mejía llamaba “educación patriótica” (Palla, s.f.).

Desde principios del Siglo XX, el circuito de torneos y combates de lucha libre y de grecorromana se desarrollaba en diversos espacios de la ciudad de Buenos Aires como el Teatro Casino, el club de Gimnasia y Esgrima de Buenos Aires o la Misión Inglesa (también llamada Hogar Stella Maris). Este último, ubicado en el actual barrio de San Telmo, cerca del puerto, aglutinaba a marineros ingleses en el marco de *The Mission Seamen*,<sup>2</sup> reuniendo a diversos luchadores criollos y migrantes que realizaban exhibiciones y peleas por dinero. Además, resultó un espacio de aprendizaje de técnicas de Boxeo y de Catch, a partir del tiempo compartido entre luchadores con mayor jerarquía y aprendices (Roncoli, 2023).<sup>3</sup> Una muestra de la circulación de atletas son las visitas del boxeador José María Gatica y del *cáatcher* Martín Karadagián. A los efectos de este trabajo, me interesa el derrotero de este último. Karadagián fue un luchador de gran fama y esplendor, pionero e impulsor en el espectáculo del catch desde la década de 1940 hasta la de 1980. Era especialista en lucha grecorromana, actor y productor televisivo. La asociación directa, en Argentina, del catch con el personaje Martín Karadagián opera simbólicamente como una relación sinónímica. En términos de memoria colectiva y de representación del espectáculo, la práctica es el luchador y viceversa.

En cuanto a las dinámicas de modelación de ciudadanía, María Ullivarri (2020) expone la relación entre la importancia que se le dio a la cultura física de la época, la nueva urbanidad que se organizaba en Buenos Aires y las prácticas de tiempo libre y ocio,

En ese sentido, el período de entreguerras estuvo teñido por un clima de interés por la cultura física y la validación de prácticas corporales como la gimnasia, el juego y el esparcimiento al aire libre; por eso resulta un escenario sugerente para pensar los procesos sociales y culturales de la ciudad, los usos del tiempo, los usos del cuerpo, las codificaciones y las transformaciones más cotidianas de las prácticas deportivas, que fueron desde el gimnasio del barrio hasta el Luna Park (Ullivarri, 2020: 2).

Los empresarios José Lectoure e Ismael Pace, fundadores del estadio Luna Park, promovieron el show del catch en la ciudad de Buenos Aires. La dinámica de los medios de comunicación fue medular para establecerlo como un entretenimiento popular y masivo. Al respecto, Daniel Roncoli expone el vínculo entre medios masivos, catch y espectáculo,

<sup>2</sup> The Mission Seamen es una organización cristiana de escala global fundada en 1856 que asiste a las tripulaciones vinculadas al comercio de todos los países, a través de la ayuda de capellanes y voluntarios que brindan apoyo emocional, espiritual y práctico.

<sup>3</sup> Para profundizar en la historia de luchadores y torneos desarrollados en la primera mitad del siglo XX, ver el libro de Daniel Roncoli (2023).

La novedosa actividad logró que algunos periódicos, junto a Crítica, se volvieran buenos difusores del catch, ocupando un gran espacio en su Sección Deportes, casi a la par del boxeo. Esas largas sábanas lograron crear una masa propia de seguidores, aunque había carencia de información en los contenidos lo que lleva a pensar que los comentarios obedecían más a los lineamientos de un espacio de publicidad que a cualquier cosa. [...] En las coberturas periodísticas del catch aparecen anuncios y partes de prensa disimulados... (Roncolli, 2012: 86-87)

Desde fines de 1930 hasta la década de 1950 se produce la difusión del catch como espectáculo masivo urbano de Buenos Aires. El análisis de fragmentos audiovisuales a través del Archivo General de la Nación (AGN) de los noticiarios Panamericano, Actualidades argentinas y Sucesos argentinos, en donde los eventos de catch desarrollados en el Luna Park eran difundidos por los segmentos filmicos proyectados en cines a modo informativo, muestra que el entretenimiento formó parte de una agenda del ocio y del tiempo libre. La expansión de las imágenes en formato noticiable inauguró una comunicación “moderna”, que achicaba distancias (Kriger, 2007) entre el acontecimiento y el público que no vivía en Buenos Aires. Los combates de catch eran parte del resumen editado de noticias aunque se diferenciaban, en su narración en off y en la musicalización, de las secciones política, economía, educación o cultura. Los planos, en su mayoría, eran generales y medios cubriendo pasajes del combate (agarres, llaves, sometimientos, patadas, golpes con los puños, etc.). “Belicosos muchachos”, *el* “tumultuoso armenio” (por Karadagián), “troglodítico”, “irascible”, “los prehistóricos mastodontes”, son las adjetivaciones que utiliza el locutor en off para nombrar a los luchadores, con un tono que mixtura elementos de la sátira, la picaresca<sup>4</sup> y un semblante que organiza, por momentos, de seriedad y “neutralidad” al espectáculo deportivo. Esas valoraciones para graficar un estado emocional y representar formas y tamaños del cuerpo, se corresponderían con pasajes de la lucha pero con la marcada configuración de un “nosotros” que se entretiene y disfruta: el público, en su mayoría varones adultos, sentados y vestidos de saco y corbata. Las circunstancias del combate atravesarían momentos en donde un luchador se “cure o se muera del todo” o bien, un cátcher podría “romperle los huesos” a otro. Paralelamente, el catch ocupó espacios de medios gráficos como los diarios Noticias gráficas,<sup>5</sup> Clarín, El mundo, y Crítica, y revistas deportivas como El Gráfico, Ring side, K.O. Mundial. Según Kriger, el noticiero cinematográfico y el periodismo gráfico compartían patrones narrativos formales, consolidando una mediación que promueve imaginarios sociales. Alabarces (2002), indicará que,

Si entendemos el cine como constructor de imaginarios, ese valor de simbolicidad debe desplazar el referencialismo: el cine imagina, sueña, postula. No refleja. En muchos casos, el tamaño del desvío respecto de la historia es lo que cuenta; el cine permite analizar lo que determinados sectores históricos de una sociedad en un momento dado desean, no lo que viven. O, mayor mediación: el cine puede señalar lo que ciertos sectores de una sociedad *desean*—que *otros*—*imaginen* (Alabarces. 2002: 29).

<sup>4</sup> Tonos que se diferencian de las presentaciones de otras noticias e, inclusive, de otros acontecimientos deportivos como el fútbol o el boxeo.

<sup>5</sup> Agradezco infinitamente a Pablo Gorlero por estos archivos y por su generosidad.





Combate de catch en el Luna Park. Frame extraído del Noticiero Panamericano N° 631. Año 1952. AGN



Público del catch en el Luna Park. Frame extraído de Noticiero Panamericano N° 798. Año 1955. AGN

En el año 1957 el film “Reencuentro con la gloria”<sup>6</sup> tiene como protagonista a Martín Karadagián, quien personifica a un luchador de catch en decadencia que intenta retomar su carrera. Más allá del guion de la película, la historia representa al catch como un espectáculo popular, de sociabilidad masculina y un espacio propicio para las apuestas de dinero. Además, presenta una demarcación moral que resulta como un buen ejemplo de ciudadanía: el catch puede operar como “rehabilitación moral”. Esta idea será central en el pasaje de la práctica hacia la televisión.

## La televisión en la década de 1960

Durante la década de 1960, en Argentina, la televisión se expande territorialmente en relación a su cobertura, crece la audiencia y se diversifica la grilla de programación lo cual comienza a modelar el sistema de competencia entre los canales existentes (Varela, 2001). Sin embargo, Argentina cuenta para 1961 con 7 estaciones de transmisión cubriendo las áreas de las ciudades de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, siendo que Brasil cuenta con 42 transmisoras, México con 22, Venezuela con 17 y Cuba con 18 (Varela, 2001). Fue el presidente de facto y militar, Aramburu, quien firma el decreto ley 6287 otorgándole licencias a las empresas CADETE (compuesta por empresarios de la industria cultural y militares), DICON (empresa que congregaba a sectores de la Compañía de Jesús) y Río de La Plata TV (con figuras de la Unión Cívica del Pueblo y representantes del sector agroexportador). Los licenciatarios buscan financiamiento exterior y lo obtienen en las cadenas estadounidenses<sup>7</sup> CBS, NBC y ABC, que se encontraban en plena expansión continental (Heram, 2013). En cuanto a la oferta de contenidos, la televisión de la década del ‘60 se caracterizó por construir una identidad basada en la diversificación de la programación de acuerdo a horarios y a géneros específicos. Mirta Varela (2005) sostiene que dos elementos innovaron la televisión,

En primer lugar, la existencia de “estilos” y “estéticas” diferenciadas entre los canales a causa de la competencia por la audiencia que esa situación provoca. Cada canal intenta imponer una identidad de imagen que interpele de manera fuerte a una parte de la audiencia, aunque la pretensión de masividad obtura la tendencia a la fragmentación que la programación discontinua propone. La programación “familiar” ocupó las franjas “nobles” del horario televisivo en un momento en que la existencia del segundo televisor no era la norma y donde, en consecuencia, la identidad de los canales -como después ocurriría con el cable- no podía basarse en una fragmentación que dispersara al público, sino que debía atraer y aglutinar la mayor cantidad y diversidad de audiencia posible. En segundo lugar, los canales privados consiguieron establecer un repertorio de imágenes que, aunque no son privativas del medio sino que, antes bien, podrían caracterizarse como representaciones de época, es en la televisión donde alcanzan su mejor condensación. (Varela, 2005: 133-134)

El surgimiento de los canales privados establece un estilo que hegemoniza la pantalla, logrando

<sup>6</sup> La película es estrenada en 1962.

<sup>7</sup> Para Matthew Karush (2013), desde la década de 1950 en adelante, la cultura de masas en Argentina proveyó imágenes y representaciones que influenciaron directamente en los procesos políticos post derrocamiento del segundo gobierno peronista. La división entre peronismo y antiperonismo profundizaba las relaciones entre la clase trabajadora y las emergentes clases medias, marcada desde el consumo y la apropiación de los productos de la cultura masiva. Si la oferta radial y cinematográfica de los años 1920 y 1930 construían una audiencia como una masa popular opuesta a los ricos, luego del golpe a Perón los esfuerzos se concentraron en hablarle a la clase media identificada por su rechazo a las políticas peronistas. Este giro estará atravesado, tal como indicamos anteriormente, por la influencia directa de empresas norteamericanas, en el marco de un fenómeno transnacional en donde la participación de Estados Unidos era determinante en la producción de la cultura de masas.

convertirse en símbolo de la fachada modernizadora (Varela, 2005). Según Sergio Pujol (2002), la vida argentina estará estrechamente ligada (como nunca antes) a procesos internacionales en clave de rupturas de un orden cultural instituido hasta esa década. Desde una mirada general, Pujol afirma que los años 60s representaron un período de transformaciones, desde la tecnología y desde el arte, que modificaron de manera determinante las esferas pública y privada. En relación a esos cambios y a la televisión, el vínculo entre medios y sociedad experimentó mutaciones cualitativas y cuantitativas,

En pocos años, la sociedad argentina se transformó en una sociedad televisiva. El número de televisores en el país pasó de un millón y medio de aparatos en 1959 a casi doce millones en 1968: un crecimiento que, proporcionalmente, fue mayor al que se dio en los Estados Unidos, el gran proveedor mundial de imágenes en movimiento (Pujol, 2002: 146).

Los años 60s presentarán el marco para pensar un proyecto cultural y, fundamentalmente, pedagógico de una nueva infancia en correlación con las ideas de los jóvenes. Para Pujol, se produjo una ruptura con el paradigma educativo de finales del siglo XIX, que ya estaba en crisis después de la posguerra. Los discursos de la época otorgaron a la niñez un lugar central, transformándola de una etapa transitoria en el principal escenario para un proyecto utópico.

La interpelación hacia padres y madres sobre su esquema de crianza tradicional fue inevitable. La gráfica de época (Para Ti, La Razón, Vosotras) y luego la televisión, promocionaron un discurso cuyas referencias fueron la psicóloga Eva Giberti y el médico pediatra Florencio Escardó a través de la iniciativa “Escuela para Padres”. Giberti se convirtió, desde su programa de televisión “Tribuna de apelación”, en la “doctora de la televisión” (Pujol, 2002). La educación de los niños se transformaría, en un contexto en donde, según Isabella Cosse (2009), un nuevo modelo de paternidad emergió como parte de la “reconfiguración de los roles de género que, atravesada por las nuevas aspiraciones femeninas de equidad, constituye uno de los elementos centrales de los cambios culturales de la familia que caracterizaron a ese periodo” (Cosse, 2009: 431). El concepto de autonomía de los niños y el rechazo a la violencia ejercida en su contra, establecía una paternidad que ya no se regía por la imposición y la fuerza (Cosse, 2009), sino por el diálogo y la comprensión. Sin embargo, los consejos de Escardó analizados por Cosse sugerían que “este nuevo papel tampoco implicaba muchas exigencias. Bastaba, en palabras de la autora, con ‘un poco de presencia cordial, un poco de interés, un poco de compañía y también un poco de juego brusco’” (Cosse, 2009: 442). La programación televisiva se había consolidado como una propuesta “familiar”, con la pretensión de divertir (Varela, 2005).

## Deporte y televisión

Pablo Alabarces (2014) sostiene que la relación entre deporte y televisión debe interpretarse no solo como la transformación del deporte en un espectáculo masivo, lo que requiere analizar su puesta en escena y su narrativa audiovisual, sino también como un fenómeno político, donde se disputa la construcción de hegemonía en la sociedad, tanto de manera real como imaginaria. En este contexto, el catch en Argentina, especialmente a través de “Titanes en el Ring”, jugó un rol clave. Al ser transmitido por televisión, el catch trascendió su naturaleza deportiva para convertirse en un espectáculo masivo que cautivó al público infantil. Este fenómeno permitió la creación de relatos populares y la articulación de identidades, haciendo de la televisión un escenario decisivo en la configuración de las culturas deportivas y en la disputa simbólica de la época, sobre todo de la relación moral que se daba entre los luchadores, la violencia física y las imágenes del cuerpo.

El fútbol y el boxeo eran deportes que se televisaban con una gran convocatoria de públi-

co. En 1956 la administración del Luna Park cesa los combates de catch para actualizar sus programas y convocar a nuevo público. Carelli Lynch y Bordón (2017), explican la transición,

De todas formas, el final del catch respondió a una nueva lógica empresarial dentro del estadio. Con la sorpresiva muerte de Pace, Ernestina (Devecchi) tomó las riendas del Luna y decidió cerrarle la puerta a la lucha después de aquella temporada mediocre en la que se despidió Montaña. La idea era lavar la imagen del predio, albergar espectáculos más sofisticados y atraer a un público nuevo, en especial a las mujeres. La lucha entre mastodontes en calzas -y la mala fama de un público capaz de lanzar al ring vasos de vidrio o hasta un tero muerto- estaba bastante lejos de los nuevos estándares que imaginaba Ernestina (Carelli Lynch y Bordón, 2017: 124-125).

El luchador y productor Martín Karadagián imaginaba que el catch debía ser transmitido por televisión de manera ágil y veloz, con combates cortos adaptados a la velocidad de la TV (Carelli Lynch y Bordón, 2017). En marzo de 1962, Karadagián y un grupo de luchadores inician las transmisiones de “Titanes en el Ring” por la señal privada de Canal 9, en la franja horaria nocturna. La disciplina pasaba de ser un espectáculo en un estadio a un formato en estudio de televisión, con una gramática y una narrativa audiovisual específica. El programa fue un éxito, se expandió y diversificó en múltiples productos que organizaron la relación entre pedagogía, espectáculo y deporte:

El espectáculo partió con la premisa de entretenir a los adultos e incluyó a los niños por contagio, comenzaron a acercarse de a poco. Ésta y otras noches se extendió hasta que MK lo dispusiera, sobrepasando en varias ocasiones el horario de la una de la madrugada del domingo. Generó otros tres programas de catch como competencia, enseñanza de la actividad en ciclos televisivos, la apertura de academias destinadas a orientar a los jóvenes en los rudimentos de la lucha. Un boom. Combinó combates verosímiles con dosis de humor y teatralidad exactas para que el show fuese creíble y emocionante. Varios de sus personajes fueron catapultados como galanes y ocuparon tapas en las revistas de actualidad, llegaron a historieta, el cine, el teatro, se hicieron programas de radio sobre la actividad, aparecieron revistas, nacieron cientos de troupes en todo el país, y se conoció el merchandising masivo por primera vez en la Argentina con productos de todos los rubros imaginables e inimaginables. (Roncoli, 2012: 80)

El programa se convirtió en un entretenimiento para los niños y sus padres, en donde la gestualidad corporal de un deporte de combate era teatralizada a través de personajes de ficción cuyas identidades se centraban en elementos étnicos y literarios.<sup>8</sup> La performatividad de la lucha establecía (reponía) una dimensión moral de la práctica y viceversa: el posicionamiento moral de “los malos” y “los buenos” estipulaba el despliegue corporal y las técnicas de lucha. El cuerpo es el marcador fundamental del espectáculo.

<sup>8</sup> Personajes como el armenio Martín Karadagián, Caballero rojo, La Momia, Don Quijote, Joe el Mercenario, Ulises el Griego, Tufic Memet, El Vikingo, el Gitano Ivanoff, el Coreano Sun, el Cavernario, el Vasco Guipuzcoa, entre otros. La película es estrenada en 1962.

## Definiciones morales

Eduardo Archetti (2003) indica que las moralidades no sólo se refieren a las normas sobre lo aceptable o inaceptable en términos éticos, sino que también incluyen lo que una comunidad valora como digno de aspiración o desprecio, y aquello que merece reconocimiento o rechazo. En el catch se produjeron diversos significados en torno al uso del cuerpo y a las acciones que correspondían a una competencia enmarcada dentro de una “violencia deportiva”. De allí que podemos hablar de definiciones morales (Garriga Zucal, 2010) en torno al espectáculo del catch y el uso legítimo de técnicas de tortura y sometimiento físico como parte de la práctica, que eran valoradas en relación a quién las ejecutaba y quién las recibía. La división entre personajes “malos” y “buenos” era la marcación que organizaba esa valoración. En 1967, Martín Karadagián explica ante una interpellación sobre la idea de que el catch era violento- que, “Bueno, es violenta, pero fue siempre deportiva. Sólo se trata de medir fuerzas poniendo al otro de espaldas”.<sup>9</sup> La relación entre el engaño y la veracidad de cada movimiento (y sus consecuencias) opera en la mirada del show. Roland Barthes (1999) explicaba que “Al público no le importa para nada saber si el combate es falseado o no, y tiene razón; se confía a la primera virtud del espectáculo, la de abolir todo móvil y toda consecuencia: lo que importa no es lo que cree, sino lo que ve” (Barthes, 1999: 13-14).

Fabián tiene 57 años,<sup>10</sup> es empleado en logística, y vivió su infancia en un barrio de la ciudad de Berisso. Se reconoce como un apasionado de “Titanes en el Ring” gracias a que veía el programa junto a su padre, también fanático del catch por televisión. Recuerda que “era un programa sano y divertido que transmitía valores haciendo hincapié en el juego limpio y se podía ver en familia”. Además, recupera dos grupos de luchadores asignándole los atributos de “honestos” (sus preferidos), y “tramposos”, refiriendo a estos últimos como los que realizaban fraudes para obtener una victoria con la complicidad del juez del combate. A propósito, Barthes describe al catch, justamente, como un espacio en donde se escenifica moralmente una idea de justicia (1999), que los espectadores evalúan y disfrutan a partir de definiciones morales.

Naturalmente, lo que importa es el movimiento de la justicia, más que su contenido: el catch es, sobre todo, una serie cuantitativa de compensaciones (ojo por ojo, diente por diente). Esto explica que los vuelcos de situaciones posean, a los ojos de los amantes del catch, una suerte de belleza moral: los cambios bruscos son gozados como un acertado episodio novelesco y cuanto mayor es el contraste entre el éxito de un golpe y el cambio de la suerte, la caída de la fortuna de un combatiente está más próxima y el mini-drama es juzgado más satisfactoriamente. La justicia es el cuerpo de una trasgresión posible; porque existe una ley, adquiere todo su valor el espectáculo de las pasiones que la desbordan (Barthes, 1999: 20-21).

Tres elementos eran constitutivos y representados en el espectáculo de “Titanes en el Ring” mediante el ejercicio de la simulación: el dolor, la tortura y la violencia. La mirada sobre el catch o sobre un deporte de combate, inevitablemente estaba asociada a roles de género. La división de juegos y deportes tuvieron como objetivo, según Scharagrodsky (2004), establecer el camino ha-

<sup>9</sup> Entrevista realizada por el periodista, poeta y militante político Francisco Urondo, para la edición número 9 del semanario “Juan”. Esta y otras entrevistas fueron publicadas por la revista “Fierro. La historieta argentina”. Recuperada de <https://www.eldestapeweb.com/revistafierro/series/paco-urondo-revisitado/8/martin-karadagian-el-pudoroso/viewer>. Agradezco a Esteban Rodríguez Alzueta su comentario sobre la existencia de esta entrevista.

<sup>10</sup> Entrevista realizada el 14 de diciembre de 2022.

cia una masculinidad y una femineidad adultas, a partir de la incorporación de programas del Consejo Nacional de Educación promocionados en las escuelas a partir de la década de 1940.

Esta división de las prácticas lúdicas continuó reforzando la construcción de cierta masculinidad y femineidad. En tanto los juegos para mujeres estimularon la pasividad, la suavidad y no persiguieron fuertes contactos corporales, los juegos de los varones incitaron a una mayor actividad, lucha y contacto corporal. También la denominación de los juegos contribuyó a tal fin: «dale leña» para los varones y la «ardilla en los árboles» para las mujeres (Scharagrodsky, 2004: 75).

Esto suponía una modelación física y moral a través del movimiento del cuerpo, específicamente desde el deporte. Eduardo Archetti (2005) rescata de Mosse la premisa de que la masculinidad es un hecho que dependía de imperativos morales, de patrones de apariencia, comportamiento y conducta. Lo moral y “la salud moral” (como nombran los periódicos de primera mitad del siglo XX, en Argentina, a los jóvenes que practicaban polo) son elementos centrales de la modernidad. El esfuerzo físico y el cuidado del cuerpo se cultivan, y el deporte (en términos individuales y sociales) opera como espacio para el desarrollo, tanto en el Estado como en la sociedad civil (Archetti, 2005).

### **Sobre el sentido ascético en el espectáculo**

El pasaje del catch -del gimnasio a la televisión- muestra una forma de adaptar un espectáculo que se forjó entre visitantes e inmigrantes durante la primera mitad del siglo XX y que representaba un entretenimiento y una oferta de ocio urbano. La televisión articulará los relatos deportivos y forjará un público exclusivo “en la privacidad del ‘hogar’” (Varela, 2005: 28). Además, el deporte y su narración desde la comunicación masiva construía una idea de nación que aparecía como una posibilidad horizontal y democrática, complementaria al nacionalismo cimentado desde las élites. Esa narrativa deportiva tenía héroes reales, los deportistas (Alabarces, 2002), presentados desde el relato épico y de la hazaña, asociados a características como la disciplina, la fuerza, el coraje, la técnica o el ascetismo (según el deporte) que colaboran con la representación del cuerpo. A propósito del ascetismo, Alejandro Rodríguez (2010)<sup>11</sup> retoma a Durkheim quien considera que, en última instancia, es necesario para que la vida social sea posible, ya que resulta una capa más de la cultura. Desde Foucault, Rodríguez expone la idea de que para que el ascetismo se constituya en una de las formas en las que se estructura la moralidad, las prácticas individuales deben ir erigiendo un sujeto ético en el mismo acto de la propia formación de sí. Emiliano Gambarotta (2021) caracteriza al ascetismo formador en lo que Marcuse nombra como la “cultura afirmativa”. En ese sentido, expone la separación entre el mundo de lo espiritual y de lo corporal,

la cultura afirmativa se entrelaza así con un modo de corporalidad al que cabe denominar ilustrado (Gambarotta, 2016), en tanto en ambos juega un papel clave esta específica percepción según la cual “el yo domina a la naturaleza” (Horkheimer, 1969, p. 117). En este contexto hunde sus raíces un específico “interés por el cuerpo”, en el cual los instintos y pasiones son “reprimidos o desfigurados por la civilización” (Horkheimer y Adorno, 2001, p. 277). No es que el cuerpo así producido desaparezca de la escena, antes bien, su presencia

<sup>11</sup> Rodríguez observa gimnasios de musculación porteños, en donde los “fierreros” entran, y lo consideran un “monasterio”. La alimentación, la vida sexual y social, se reorganizan alrededor de esta práctica ascética. Todo se hace en función del cuerpo.

es constante pero como algo a ser dominado o, en el mejor de los casos, un simple medio para fines más elevados, esto es, espirituales. Así puede ser leída la clásica consigna de mens sana in corpore sano, como condensación de un interés por el cuerpo que se justifica a través de la referencia a una mente sana (Gambarotta, 2021: 2).

Los luchadores de “Titanes” manifiestan el sentido ascético de su práctica y lo muestran en los combates, dando cuenta de su preparación física y de su competencia corporal. Ese ascetismo opera en el plano explícito, en donde la relación entre salud, disciplina y pedagogía es central en el argumento del programa. Karadagián explica -en relación al catch y los buenos ejemplos-, “Bueno, que siempre triunfa el bien sobre el mal. Ese es un ejemplo bueno. La investidura del luchador. Usted lo ve vestido para luchar y no nota nada obsceno, en cambio mire a un bailarín”.<sup>12</sup> Con respecto a la posible representación de un luchador como “asexuado”, revela que:

No, asexuado no. Nada de eso, en ningún momento. Se trata del respeto al público, al pudor: hasta puede despertar una curiosidad en un niño que puede preguntarle a la madre... Usted enseña el bien, por supuesto. Le enseña deportes, para ser un deportista no hay que tener vicios. Usted me acaba de convadir un cigarrillo y yo no acepté. Si yo en lugar de luchador fuera periodista, creo que tendría algún vicio. Quiere decir que viene un chico acá con el padre, el padre me convida un cigarrillo, yo no fumo, yo no le estoy dando un mal ejemplo a ese niño, porque el cigarrillo no deja de ser un vicio. Yo no haría jamás una propaganda de cigarrillos, ni de ningún producto que fuera malo para la salud. Aquí han venido a traer un producto hace poco y primero lo mandé a analizar y como no era la vitamina que decía, lo rechacé.<sup>13</sup>

Para Rafael,<sup>14</sup> “Titanes” constituyó algo fundamental en su infancia porque, además de divertirse, colaboró en su “formación”. Recuerda que cuando escuchaba al presentador de los combates “necesitaba tener un diccionario en la mano” para comprender el “vocabulario que utilizaba”. Esto exhibe la dimensión pedagógica que suponía para los niños. Fabián recuerda que desde el programa “recomendaban no hacer en sus casas lo que hacían los Titanes”, marcando la diferencia entre hacer y ver.

## Descripción y análisis de imágenes

**Fotografía N° 1.** Plano medio de un combate entre dos luchadores de “Titanes” y el árbitro de la pelea, quien parece estar atento para impartir justicia. Uno de los luchadores tiene el torso desnudo mientras que el otro está vestido con una malla atlética característica de la lucha grecorromana. En el fondo se observa al público en las gradas y una parte del letrero que indica el nombre del programa. La imagen sugiere una toma de sumisión de uno de los luchadores hacia el otro y la semblanza de las caras de los oponentes suponen una cualidad y un sentimiento: el perpetrador (quien toma a su adversario de la boca-cara) podría expresar bravura y arrojo, mientras que el perpetrado indica el dolor del sometimiento. S/F (según el dueño de las imágenes, las fotografías

<sup>12</sup> Entrevista realizada por el periodista, poeta y militante político Francisco Urondo, para la edición número 9 del semanario “Juan”. Esta y otras entrevistas fueron publicadas por la revista “Fierro. La historieta argentina”. Recuperada de <https://www.eldestapeweb.com/revistafierro/series/paco-urondo-revisitado/8/martin-karadagian-el-pudoroso/viewer>

<sup>13</sup> Ibíd.

<sup>14</sup> Fanático de “Titanes en el Ring” y especialista en catch, promotor del espectáculo en la actualidad. Tiene 59 años y es consultado sobre la historia del programa, ya que cuenta con material de archivo significativo. Entrevistado el 19 de julio de 2022.

son de las transmisiones correspondientes a los primeros años del programa -1962/1964)



**Fotografía N° 2.** Escena de un combate. Plano medio en donde se aprecia a dos luchadores, el árbitro, un hombre personificado al estilo *Chaplin*, una mujer y dos niños sentados como parte del público y un hombre que contempla un monitor. En la parte superior de la imagen se observan banderas de tres países y, más arriba, los artefactos de iluminación del estudio. Uno de los luchadores (perpetrador) mantiene derribado a su adversario (perpetrado) presionando su cuello y forzando la sumisión. El árbitro parece expectante dispuesto a regular la lucha, mientras que el hombre a lo *Chaplin* señala al perpetrador con la lengua afuera (podríamos inferir que no es un gesto de desaprobación, sino de complicidad). El rostro del agresor también exhibe la mimética de bravura y fuerza. S/F (según el dueño de las imágenes, las fotografías son de las transmisiones correspondientes a los primeros años del programa -1962/1964).



**Fotografía N° 3.** Plano medio de un combate. Cuatro luchadores disputando la pelea. Se observa a uno de ellos fuera del enfoque de la imagen (fuera de cuadro). Dos luchadores colaboran entre sí para someter a su adversario, mediante un cordel que funciona para amarrar su cuello y presionarlo contra las cuerdas del ring y producir su estrangulamiento. Al mismo tiempo, el luchador afrodescendiente está propinándole una patada con dirección al rostro del luchador sometido. Por detrás de la imagen principal, se observa el público en las gradas del estudio (en su mayoría, adultos). Los focos de iluminación forman parte de la fotografía dando indicios de la arquitectura y la producción real del programa de TV. S/F (según el dueño de las imágenes, las fotografías son de las transmisiones correspondientes a los primeros años del programa -1962/1964).



**Fotografía N° 4.** Se observa a dos luchadores en un ring, ambos vestidos con atuendos ajustados de lucha libre. El luchador en primer plano lleva un traje oscuro sin mangas, que cubre el torso y las piernas hasta las pantorrillas. Está arrodillado con la pierna derecha adelantada, mientras su pie izquierdo descansa sobre la lona. Viste botas negras, y la suela de una de ellas es visible. Sus brazos están rodeando la cabeza del otro luchador, quien está más cerca del fondo y parece estar siendo sometido en un movimiento de agarre. El otro luchador también lleva un traje similar, de color oscuro y sin mangas, que se ajusta a su cuerpo. Su brazo derecho está extendido y rodeado por los brazos del luchador que lo sostiene. Su expresión facial parece denotar esfuerzo, con la boca abierta, y su rostro está girado hacia un lado, lo que sugiere una situación de resistencia o dolor. Ambos luchadores están en contacto cercano, y los músculos de sus brazos y espaldas están tensos. Al fondo, se observa un grupo numeroso de espectadores, sentados y mirando hacia el ring. La mayoría de ellos parece prestar atención a la acción, y algunos están de pie. S/F (según el dueño de las imágenes, las fotografías son de las transmisiones correspondientes a los primeros años del programa -1962/1964).



**Fotografía N° 5.** Dos luchadores dentro del ring, en una situación de sumisión. El luchador en la parte posterior, situado más hacia la derecha, está aplicando un movimiento de sujeción al luchador en primer plano. Lleva un traje de lucha libre sin mangas de color oscuro, el cual deja al descubierto sus brazos y piernas, y botas negras. Su expresión facial parece mostrar determinación, con la boca abierta, como si estuviera haciendo un esfuerzo considerable para mantener la llave. Sus brazos rodean la cabeza y la mandíbula del oponente, manteniendo un agarre firme. Se encuentra en una postura estable que le permite ejercer control sobre su adversario. El luchador en

primer plano está de rodillas, apoyando ambas piernas en la lona. Lleva un traje oscuro que cubre sus piernas completamente y deja su torso al descubierto. Además, viste una bota blanca en el pie izquierdo, que destaca en contraste con el resto de la vestimenta. Sus brazos intentan retirar las manos de su contrincante, y su postura sugiere un intento de liberarse de la llave. Su rostro está parcialmente oculto debido a la posición de las manos del luchador detrás de él, pero se percibe tensión en el cuello y la parte superior de su cuerpo. En el fondo, se ven espectadores sentados y algunos de pie, mirando la acción en el ring. Las expresiones de las personas son variadas: algunos están concentrados en la lucha, mientras que otros parecen comentar la situación. En el borde derecho de la imagen, se distingue a un hombre de traje y corbata, probablemente un oficial del evento o un comentarista, quien también observa la escena. S/F (según el dueño de las imágenes, las fotografías son de las transmisiones correspondientes a los primeros años del programa -1962/1964)



**Fotografía N° 6.** Dos luchadores dentro del ring, en un momento de enfrentamiento activo. Ambos están vestidos con trajes de lucha sin mangas de color oscuro, que dejan al descubierto sus brazos y parte de sus piernas. Están en contacto cercano, cada uno sosteniendo la muñeca del otro con firmeza, lo que sugiere un intento de control y dominio mutuo. El luchador a la izquierda comunica una expresión facial que sugiere esfuerzo, con los labios apretados y una mirada concentrada en la interacción. Viste botas negras con cordones, y los músculos de sus brazos y piernas están tensos. El luchador a la derecha tiene su brazo derecho extendido y sostiene la muñeca del otro luchador. Su expresión es de concentración, y parece estar aplicando fuerza para controlar el movimiento del adversario. También se aprecia la musculatura de su pierna izquierda en tensión. En el centro de la imagen, detrás de los luchadores, se ve a un árbitro vestido de blanco. Su postura sugiere atención al desarrollo de la acción, observando de cerca el enfrentamiento. En el fondo, se distingue una multitud de espectadores, la mayoría sentados, observando la escena con atención. Algunos tienen expresiones de curiosidad o entusiasmo, y hay varias personas de pie detrás de las cuerdas del ring. S/F (según el dueño de las imágenes, las fotografías son de las transmisiones correspondientes a los primeros años del programa -1962/1964).



Las fotografías presentadas forman parte de la distribución de imágenes co-producidas al calor de la televisión, en tanto la construcción de un discurso moral e ideológico sobre el cuerpo, la masculinidad y la ciudadanía atravesada por la emergencia de la TV como medio que comenzaba a desplazar a la radio (como articuladora de imaginarios sociales). Si la década de 1960 es reconocida -analíticamente- como una etapa de movimientos de “modernización” política, social, económica y cultural, la televisión formará parte -importante- de esa propuesta. Si bien en esta presentación no se profundiza sobre lo que pudieron implicar las imágenes visuales y audiovisuales de “Titanes en el Ring” (como uno de los programas de mayor *rating* de la TV argentina), se puede pensar en la relación con los estereotipos construidos desde el entretenimiento asociado al deporte y al circo. Cora Gamarnik (2009), expresa que las imágenes mediáticas,

demuestran también su eficacia aún con las representaciones que nos hacemos de aquellos grupos o sectores con los que se tiene contacto cotidiano. Hay numerosos estudios sobre la imagen de la mujer o sobre la influencia de la TV en los niños que demuestran que el contacto repetido con representaciones enteramente construidas favorece determinados aprendizajes sociales. Para dar dos ejemplos de los más conocidos: la repetición multiplicada hasta el infinito que impone un determinado modelo de belleza de cuerpo femenino o el desarrollo dicotómico del pensamiento en los niños, esto es, pensar en términos de buenos y malos, feos y lindos, héroes y malvados, etc. Método con el cual están construidos la mayoría de los productos destinados a ese sector (Gamarnik, 2009: 2).

En cuanto a los estereotipos, la construcción de los luchadores estaba basada en una supuesta diversidad étnico/racial, incorporando personajes de distintas colectividades migrantes (armenia, española, italiana, etc.) mixturadas con relatos de cuentos y mitos de la cultura popular. Esa diversidad no era tal en la dimensión de género: un espectáculo explícitamente masculino y masculinizante, promotor de prácticas que derivaban en dirimir moralmente ciertos conflictos a través de la lucha y donde mayoritariamente triunfaban *los buenos*. Esto era cristalizado en la representación ficcional, con el tono de veracidad que distinguía al nuevo medio, la televisión. El “villano”, el “héroe”, el “español” o el “italiano” entre otros, sintetizan atributos corporales y estéticos que, más que copiar, se parodiaban de la literatura popular y del melodrama. El catch representa, antes que nada, una disciplina atlética basada en un enfrentamiento de dos o más luchadores. Sin embargo, la interpretación de los participantes teatralizando diversos personajes, enmarca el espectáculo en un guion deportivo y, también, ideológico, referido a la relación entre la estereotipación de los personajes<sup>15</sup> (si eran extranjeros y “malos” o argentinos y “buenos”), su performance deportiva y la justicia en el resultado del combate. Si siempre triunfaban “los buenos”, lo hacían de manera justa y “honesta”, ponderando virtudes como la bondad, la preparación física, la responsabilidad, el cuidado de su salud y la preocupación por el prójimo. No sólo hay una representación de esa justicia, sino también una metodología posible para alcanzarla. En tal sentido, el espectáculo presentaba ciertas condiciones de igualdad y de tolerancia para todos los luchadores. Las banderas de diversos países colgadas en las paredes del estudio muestran el signo de integración y convergencia multiétnica. Retomando el argumento ideológico del show, el discurso moral sobre “el bien” se edifica sobre la pregunta (que hilvana los combates) que indica qué hacer con “el mal”. En esa dirección, hay un representante del “bien” que combate individualmente contra su oponente, estereotipado<sup>16</sup> y caracterizado como “villano”. Pero también es social, y el público

<sup>15</sup> Para profundizar sobre los personajes que participaban de “Titanes en el Ring”, ver Roncoli, D. (2012). El Gran Martín. Vida y obra de Karadagián y sus Titanes. Buenos Aires: Editorial Planeta.

<sup>16</sup> Peter Burke (2005) señala que “El estereotipo puede no ser completamente falso, pero a menudo exagera determinados elementos de la realidad y omite otros. El estereotipo puede ser más o menos cruel, más o menos violento, pero, en cualquier caso, carece necesariamente de matices, pues el mismo modelo se aplica a situaciones culturales que difieren considerablemente unas de otras” (Burke, 2005: 158).

que está en las gradas acompaña la intención del programa que se basa en un realismo ficcional que sostiene su narración en el cuerpo de los luchadores, en sus gestos (cara y movimientos corporales), en el sonido de los golpes y las caídas.

Tal como afirma Gustavo Fischman (2006), es necesario retomar la importancia analítica de la fotografía para re-pensar un espectáculo televisivo poniendo foco en las representaciones sobre el cuerpo, el dolor y la violencia simulada.

Las fotografías en general y las escolares en particular, invocan con sus cualidades “aparentes” un “régimen de verosimilitud” basado en una certeza categórica acerca de la real existencia de aquello representado. El status icónico de una fotografía como representación y, al mismo tiempo, como una huella cierta de lo que representa, conduce al supuesto –un hecho ampliamente aceptado a nivel social– que establece el contexto donde situar la relación entre aquel que mira y un determinado régimen discursivo. La imagen fotográfica es leída habitualmente como si fuese real, en tanto es totalmente cierta y conformada objetivamente por la realidad; de ahí su poder de convalidación (Fischman, 2006: 241).

Este tipo de imágenes, tomadas al mismo tiempo que el programa salía al aire (pero publicadas posteriormente), forman parte de la narrativa del espectáculo ya que circularán por revistas especializadas y, también, deportivas, en formato de crónica. Dos elementos son fundamentales para reforzar el ideario moral y de justicia que ofrecía el catch: la nitidez de las caras y de los músculos. Gestos bien marcados y tomados por la lente, muestran la expresión del rostro como signo particular del combate, personalizado, de acuerdo a las características del luchador y del componente ficcional del personaje. Pero, además, simbolizan un momento determinado de la contienda que comunica una escena, de dominación o de paridad, entre los contrincantes. La generalidad de los músculos tonificados, con signos de actividad intensa, muestran la composición, como señala Vale de Almeida (2000), de una tipología social, cuyas marcas visuales se asocian a un cuerpo vigoroso que se encuentra entre la ficción y la realidad, entre la justicia y la injusticia, entre lo legítimo y lo ilegítimo. El dramatismo, asociado al dolor y la violencia, es parte de la denominada cultura visual (Caggiano, 2012) que “alude a una zona de la cultura, entendida ésta como modo de estructurar valores, deseos y prácticas, acciones y repertorios para la acción, como forma de concebir los clivajes sociales y de imaginar las categorías identitarias (Ortner, 1999)” (Caggiano, 2012: 52). El lenguaje televisivo renueva al catch de gimnasio y al transmitido en el cine mediante el formato noticiario. El relato simultáneo del combate, y algunos planos cerrados -por ejemplo- a alguna prenda de vestir que estableciera una semejanza con el perfil “maligno” de un luchador,<sup>17</sup> formaban parte del dramatismo construido.

### **A modo de conclusión**

Lo desarrollado hasta aquí intenta abrir preguntas para comprender la relación entre deporte y espectáculo durante el siglo XX en Argentina, analizando el catch como fenómeno televisivo vinculado al ocio y al entretenimiento que despliega una serie de narrativas asociadas a definiciones morales y referencias al ascetismo. Las representaciones audiovisuales de la época asumieron estilos y estéticas correspondientes a lo que, por un lado, se interpretó como una organización “familiar” de la grilla televisiva (Varela, 2005) y, por el otro, como elemento modernizador de las dinámicas sociales y culturales. Esto también circuló en un contexto en donde las representaciones de la violencia política se elaboran desde el género documental, como indi-

<sup>17</sup> Carelli Lynch y Bordón (2017) señalan que la presentación de uno de los personajes “malos” podía ser inferida a través de un plano de sus borceguíes, en vez de las botas reglamentarias utilizadas por los luchadores.

ca María Florencia Luchetti (2015) al analizar la relación entre violencia política y lenguaje audiovisual y cómo se expresó una reinterpretación de la ciudadanía, el modo de utilizar el lenguaje y el espacio público, y la valoración positiva de actitudes y expresiones previamente consideradas ofensivas. Esta observación no establece una relación directa con las imágenes sobre “Titanes en el Ring” y el uso de la violencia física, técnicas de tortura (ficciones) y gestualidades de dolor. El catch televisado formó parte de un universo cercano a los niños, dentro del género entretenimiento, que volvía accesible diferentes imágenes y narraciones en torno a una idea de justicia y definiciones morales, encarnadas en luchadores que oscilaban entre la vergüenza y el honor (de acuerdo a la dinámica -cambiante- del combate). De un circuito urbano de ocio (Luna Park) a la televisión, el catch constituyó un espectáculo en el que prevaleció la acrobacia y el humor, y que garantizó la persistencia de una imagen masculina extraordinaria, asociada a la fuerza física y la destreza corporal. Si “los hombres más forzudos del mundo” (en Palla, 2014) llegaban de todas partes del mundo para “probar fuerzas con los nuestros” (Palla, 2014), y organizaban simbólicamente las relaciones de género y de otredad a través del deporte, la televisión establecería otro tipo de demarcación entre la adultez y la niñez, en donde se transmitían valores como la disciplina, el cuidado de la salud, la honestidad y el respeto. En este sentido, la conceptualización nativa de “violencia deportiva” indicaría que el conjunto de prácticas vinculadas a las agresiones físicas es legítimo e inevitable para alcanzar el disciplinamiento corporal y el bienestar físico y moral, ya que permite diferenciarse de otras violencias, como podrían ser la violencia política o la violencia institucional, entre otras, socialmente deslegitimadas (por lo menos, en el plano discursivo).<sup>18</sup>

Finalmente, el análisis de la cultura visual forma parte de una arqueología de los sentidos en torno al deporte, el espectáculo y las representaciones mediáticas, y permite trazar, explorar y profundizar las narrativas que estructuran imaginarios sociales en torno al cuerpo, a las pasiones desbordadas (Le Breton, 2021) y a la violencia física regulada. Este trabajo procura colaborar con algunas vías de análisis para comprender la modelación de subjetividades contemporáneas vinculadas al deporte y los medios de comunicación.

## Bibliografía

- Alabarces, P. (2014). *Héroes, machos y patriotas. El fútbol entre la violencia y los medios*. Buenos Aires: Aguilar.
- Archetti, E. (2005). El deporte en Argentina (1914-1983). En *Trabajo y Sociedad. Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas*, 7, V.
- Archetti, E. (2003). *Masculinidades: fútbol, tango y polo en la Argentina*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Alabarces, P. (2002). *Fútbol y patria*. Buenos Aires: Prometeo Ediciones,
- Barthes, R. (1999). *Mitologías*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Burke, P. (2005). *Visto y no Visto. El Uso de la Imagen como Documento Histórico*. Barcelona: Crítica.
- Caggiano, S. (2012). *El sentido común visual: Disputas en torno a género, "raza" y clase en*

<sup>18</sup> Un dato que resulta significativo son los guiones de los films producidos por los luchadores de “Titanes en el ring”, en los años 1973 y 1984 (“Titanes en el ring” y “Titanes en el ring contraataca”, respectivamente). Los conflictos, en ambas películas, tienen que ver con el secuestro de personas u objetos, modalidad asociada en esa década a la acción de organizaciones políticas (en menor medida) y, fundamentalmente, a la dictadura cívico-militar (1976-1983), cuya práctica fue sistemática en el marco de violencia institucional por parte del Estado. En la primera película, los “Titanes” liberan a un hombre secuestrado, padre de la niña co-protagonista, asumiendo una función -paraestatal- social cuyo objetivo es hacer justicia.

- imágenes de circulación pública*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Carelli Lynch, G. y Bordón, J. M. (2017). *Luna Park. El estadio del pueblo, el ring del poder*. Ebook. Buenos Aires: Sudamericana.
- Casetti, F. (1994). *Teorías del cine*. Madrid: Cátedra.
- Cosse, I. (2009). La emergencia de un nuevo modelo de paternidad en Argentina (1950-1975). En *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24, 2, 429-462.
- Fischman, G. (2006). Aprendiendo a sonreír, aprendiendo a ser normal. Reflexiones acerca del uso de fotos escolares como analizadores en la investigación educativa. En Dussel, Inés y Gutierrez, Gutierrez (comp.), *Educar la mirada: políticas y pedagogías de la imagen* (pp. 235-254). Buenos Aires: Manantial/OSDE.
- Gamarnik, C. (2009). Estereotipos sociales y medios de comunicación: un círculo vicioso. En *Revista Question*, 1 (23).
- Gambarotta, E. (2021). Un nuevo ascetismo, un viejo sacrificio. 14º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias, 18 al 23 de octubre y 1 al 4 diciembre. Universidad Nacional de La Plata. [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.14868/ev.14868.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.14868/ev.14868.pdf)
- Garriga Zucal, J. (2010). “Se lo merecen”. Definiciones morales del uso de la fuerza física entre los miembros de la policía bonaerense. *Cuadernos de antropología*, 32, 75-94.
- Heram, Y. (2013). La crítica de televisión en la prensa durante la formación de los multimedios. Modernización del medio, mutación del género e integración académica. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Karush, M. (2013). *Cultura de clase. Radio y cine en la creación de una Argentina dividida (1920-1946)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ariel.
- Kriger, C. (2007). El noticiero Sucesos Argentinos. <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/kriger.pdf>
- Le Breton, D. (2021). *Sociología del riesgo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo libros.
- Luchetti, M. F. (2015). Tiempo de violencia. Lenguaje audiovisual, estética y modos de representación de la violencia en la década del 60 en Argentina. En *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. <https://doi.org/10.4000/alhim.5333>
- Mastrini, G. (2001). Los orígenes de la televisión privada. *Todo es historia*, 23 (411), 18-27.
- Palla, J. (s.f.). Multitudes argentinas. En *Centro de documentación histórico Luna Park*.
- Palla, J. (2013a). Guerra mundial de clichés. En *Centro de documentación histórico Luna Park*. <https://stadiumlunapark.wordpress.com/2013/09/13/guerra-mundial-de-cliches/>
- Palla, J. (2013b). Habilidad acrobática y temperamento criollo. *Centro de documentación histórico Luna Park*. <https://stadiumlunapark.wordpress.com/2013/08/07/habilidad-acrobatica-y-temperamento-del-criollo/>
- Palla, J. (2014). Un escenario de signos acentuados. En *Centro de documentación histórico Luna Park*. <https://stadiumlunapark.wordpress.com/2014/02/19/un-escenario-de-acentos-y-signos/>
- Pujol, S. (2002). *La década rebelde. Los años 60 en la Argentina*. Emecé editores: Buenos Aires.
- Rodríguez, A. (2010). Callate y entrena. Sin dolor no hay ganancia: Corporalidad y prácticas ascéticas entre fisicoculturistas amateurs. En *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2 (3), 51-60.
- Roncoli, D. (2012). *El Gran Martín. Vida y obra de Karadagián y sus Titanes*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Roncoli, D. (2023). *Un ladrido de perros a la Luna. Historia imposible del catch a la argentina 1903-1962*. Ediciones al Arco: Buenos Aires.
- Scharagrodsky, P. (2004). La educación física escolar argentina (1940-1990). De la fraternidad a la complementariedad. En *Revista Anthropologica*, 22, 63-92.

- Spiegel, L. (2013). Las muchedumbres solitarias de la TV norteamericana. En M. Mestman y M. Varela (comps.), *Masa, pueblo, multitud y televisión* (pp. 21-47). Buenos Aires: Eudeba.
- Ullivarri, M. (2020). Boxeo, espectáculo y deporte. Hacia la construcción de una institucionalidad pugilística en la Buenos Aires de los años veinte. En *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 20 (1).
- Vale de Almeida, M. (2000). Corpos marginais: notas etnográficas sobre páginas “de polícia” e páginas “de sociedade”. *Cadernos Pagu*, 14, 129-147.
- Varela, M. (2005). *La televisión criolla. Desde sus inicios hasta la llegada del hombre e la luna 1951-1969*. Edhasa: Buenos Aires.
- Varela, M. (2001). Radiografía de la televisión argentina. *Todo es Historia*, XXXV (411), 6-16.

### Archivos audiovisuales

#### Episodio 02: Década del '60 - Aire!

<https://www.youtube.com/watch?v=icSlJ4e7Qmc>

### Films

#### Reencuentro con la gloria (1957)

<https://www.youtube.com/watch?v=9E3ovTiDWb0&t=1s>

#### “Titanes en el Ring” (1973)

<https://www.youtube.com/watch?v=ioL4u7bx8uA>

#### “Titanes en el ring contraataca” (1984)

<https://www.youtube.com/watch?v=902RM0ulfTw>

### Noticiarios

#### Noticiero Panamericano N° 631 – AGN

<https://agnbicentenario.mininterior.gob.ar/web/fichatecnica?terms=Noticiero%20Panamericano%20N%20631>

#### Noticiero Panamericano N° 798 – AGN

<https://agnbicentenario.mininterior.gob.ar/web/fichatecnica?terms=Noticiero%20Panamericano%20N%20798>

# La religión en México y su relación con las decisiones al final de la vida: encuesta de opinión a población general

*Religion in Mexico and its relationship to end of life decisions:  
an opinion survey of the general population*

NORMA ALICIA ORDÓÑEZ VÁZQUEZ \*  
Universidad Nacional Autónoma de México, México

GUSTAVO ORTIZ MILLÁN \*\*  
Universidad Nacional Autónoma de México, México

**RESUMEN.** Diversas religiones se han manifestado en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. El objetivo de este estudio es presentar la relación que tiene la religión con la toma de decisiones al final de la vida. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo correlacional. Se aplicó una encuesta de opinión a 802 personas de la población general. Los resultados muestran que hay una asociación significativa con un tamaño del efecto pequeño entre la religión con el derecho a solicitar libremente la muerte ( $X^2= 3533$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ ,  $V$  de Cramér= 0.14), con el suicidio asistido ( $X^2= 42217$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ ,  $V$  de Cramér= 0.16), con el suicidio médicalemente asistido ( $X^2= 40155$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ ,  $V$  de Cramér= 0.15), con la legalización de la eutanasia ( $X^2= 65820$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ ,  $V$  de Cramér= 0.28), con la legalización del suicidio médicalemente asistido ( $X^2= 41075$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ ,  $V$  de Cramér= 0.22), y con la legalización de la sedación terminal ( $X^2= 28124$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ ,  $V$  de Cramér= 0.18). Por lo tanto, existen diferencias entre las diferentes religiones respecto a la aceptación de las decisiones al final de la vida.

**PALABRAS CLAVE:** decisiones al final de la vida; suicidio asistido; eutanasia; muerte digna; religión

**ABSTRACT.** Various religions have spoken out against euthanasia and assisted suicide. The aim of this study is to present the relationship between religion and end-of-life decision making. A quantitative correlational study was carried out. An opinion survey was administered to 802 people from the general population. The results show that there is a significant association with a small effect size between religion with the right to freely request death ( $X^2= 3533$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ , Cramer's  $V$  = .14), with assisted suicide ( $X^2= 42217$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ , Cramer's  $V$  = .16), with medically assisted suicide ( $X^2= 40155$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ , Cramer's  $V$  = .15), with the legalization of euthanasia ( $X^2= 65820$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ , Cramer's  $V$  = .28), with the legalization of medically assisted suicide ( $X^2= 41075$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ , Cramer's  $V$  = .22), and with the legalization of terminal sedation ( $X^2= 28124$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ , Cramer's  $V$  = .18). Therefore, there are differences between the different religions with respect to the acceptance of end-of-life decisions.

**KEY WORDS:** end-of-life decisions; assisted suicide; euthanasia; death with dignity; religion

---

\* Dra. en Ciencias de la Salud. Programa Universitario de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora online Universidad del Valle de México. E-mail: [camel1806@yahoo.com.mx](mailto:camel1806@yahoo.com.mx)  
 <https://orcid.org/0000-0002-1722-6546>

\*\* Dr. en Filosofía. Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: [gmom@filosoficas.unam.mx](mailto:gmom@filosoficas.unam.mx)  <https://orcid.org/0000-0002-7203-3974>

## Introducción

La religión es y ha sido importante en las sociedades para influir en la forma en la que las personas tienen que conducir su comportamiento frente a dilemas morales. Dentro de estos dilemas se pueden encontrar el aborto, la eutanasia, la clonación, las decisiones al final de la vida.

Respecto al tema de las decisiones al final de la vida, diversas religiones se han manifestado en contra de la eutanasia y suicidio asistido. Sus principales argumentos se centran en que sea quien sea el Dios que veneran, la vida le pertenece a él y de ninguna forma se tiene que hacer un uso indebido de la vida, como terminar con ella. Por esta razón, se prohíbe que se lleve a cabo el suicidio con o sin ayuda, así como la eutanasia.

En México, al ser un estado laico, se han dado pasos importantes en las decisiones al final de la vida. Aunque se han propuesto iniciativas por parte de legisladores para la regulación de la muerte digna, no se ha llegado a dar respuestas a favor de ésta. El avance más significativo ha sido la Ley de Voluntad Anticipada; siendo la Ciudad de México la primera entidad en la que se aprobó en el año 2008. Posteriormente se decretó en los estados de Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas.

Respecto a la muerte asistida, sigue habiendo controversia pues la religión católica, que es la que predomina en el país, precisa estar en favor de que los enfermos terminales no sean sometidos a tratamientos fútiles que les causen dolor, pero no permite que se adelante o se precipite la muerte. No obstante, el rechazo al encarnizamiento terapéutico, al retiro de tratamientos que alargan la muerte, va a producir la muerte, que se va a ir presentando de manera paulatina y que va a generar dolor y sufrimiento. Quizás esta parte del sufrimiento, sea una de las consignas que alienta la religión católica, debido a que habla del valor redentor del sufrimiento, algunos católicos creen que deben aceptar el dolor para unir su sufrimiento al de Cristo (Catholic Health Association of the United States, 2022).

En años recientes las personas piensan más en la toma de decisiones respecto a dilemas éticos como las decisiones al final de la vida, donación de órganos, aborto, etc., quizás puede deberse al acceso a la información y a la influencia de sus valores individuales más que la religión que profesan, aunque aún la religión sigue ejerciendo predominio en las personas.

Acorde con lo comentado anteriormente, es importante analizar la religión y su relación con las decisiones al final de la vida, para lo cual se llevó a cabo una encuesta de opinión a la población general sobre estas decisiones, realizándose análisis descriptivos y correlacionales. El objetivo de este artículo es describir y conocer la relación que la religión establece con la implementación de la toma de decisiones al final de la vida, específicamente la sedación paliativa, sedación terminal, el suicidio asistido y médicaamente asistido, así como la eutanasia.

## Desarrollo

En México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, el 77.7% de la población se declara católica, 11.2% protestante o cristiano evangélico, 0.2% manifiesta otra religión, 2.5% dice ser creyente sin tener una adscripción religiosa y 8.1% se declara sin religión (INEGI, 2021).

Debido a que en el país predomina la religión cristiana, este trabajo se apegará más a hablar sobre ésta, ya que puede tener influencia en la opinión de las personas respecto a dilemas bioéticos como las decisiones al final de la vida. Aunque es relevante señalar que la religión y la religiosidad pueden ser dos conceptos diferentes que merecen atención. La religión es un conjunto de dogmas que son considerados como verdades incuestionables porque se reconocen que están relacionadas con la divinidad, mientras que la religiosidad es la forma de relacionarse personalmente con dicha divinidad. La religión sería el marco externo, que es lo que se analiza en este trabajo, mientras que la religiosidad se refiere al interior, a la forma particular en que uno vive esa religión (Soler *et al.*, 2016, Fernández, Álvarez y Valls, 2023).

Es por esta razón que las personas pueden considerarse cristianas pero no siguen sus declaraciones, creencias y prácticas al pie de la letra, sino que se guían por su religiosidad que está ligada a la espiritualidad, es decir, a la forma en que los individuos le dan significado a su mundo, a la vida y a la relación con los demás.

Si bien algunas personas pueden considerarse católicas, se guían de acuerdo con sus convicciones personales, y por esta razón puedan tener una visión más abierta a cuestiones relacionadas con el final de la vida. Anteriormente la religión tuvo una fuerte influencia en el comportamiento de las personas respecto a lo que debía o no hacerse, determinando de alguna forma la moral; es decir, la brújula que orienta o guía a realizar ciertas acciones que pueden tener un impacto en los otros.

Respecto a las decisiones al final de la vida, la iglesia católica se ha pronunciado en contra del encarnizamiento terapéutico y de la eutanasia. En 1980, se publicó la Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe. En ella se condena la eutanasia, pero también el otro extremo, el encarnizamiento terapéutico y los medios desproporcionados. El papa Pío XII, en un discurso del año 1957, señala bien claramente que cuando hay dolores violentos, estados de depresión y de angustia, la anestesia es moralmente lícita, ya que se trata únicamente de evitar al paciente dolores insoportables. Sería lícita la utilización de un paliativo aunque produjese por sí misma dos efectos distintos, el alivio de los dolores y, por otra parte, la abreviación de la vida (Miret, 2003).

En general las religiones católica, islámica, judía, budista e hinduista rechazan la eutanasia y el suicidio asistido. No obstante, permiten la utilización de la adecuación del esfuerzo terapéutico y el rechazo de tratamientos extraordinarios. De esta forma, se ha encontrado que las diversas creencias religiosas influyen de forma importante en la toma de decisiones al final de la vida (Toro, 2021, Fileva, 2023, Chintu y Azimkhan, 2023, Savani, Arora y Brown, 2024, Pua, Yarovskiy, Socol y Shaki, 2024).

Por ejemplo, los protestantes liberales, judíos y agnósticos, generalmente tienden a estar de acuerdo con el suicidio asistido, mientras que los protestantes conservadores, judíos, budistas, hindúes, islámicos y cristianos tienden a exhibir su gran oposición en cuanto a la muerte médica asistida. El debate anterior tiene dos puntos de vista: por un lado están aquellos quienes prefieren la autonomía en la decisión entre la vida y la muerte; mientras por el otro lado están quienes están a favor del dominio absoluto en la transición de la vida a la muerte, es decir, Dios es el único que puede controlar esto (Burdette *et al.*, 2005).

Anteriormente se comentó sobre las decisiones para el final de la vida; que son las medidas que se llevan a cabo para tener una muerte digna,<sup>1</sup> es decir, respetando la autonomía, valores y creencias de los enfermos en etapa terminal. Por lo que es importante que se tenga presente a qué hacen referencia, cuál es su finalidad. En el siguiente cuadro se presentan las definiciones de las decisiones que se exploraron en este trabajo.

Decisiones al final de la vida	Definición
<b>Eutanasia</b>	La eutanasia es la intervención activa y directa del médico para provocar en un enfermo, generalmente con muchos sufrimientos, la muerte que pide de forma voluntaria y en completa libertad (Abohaimed <i>et al.</i> , 2019).

<sup>1</sup> De acuerdo con Álvarez (2014) se puede definir la muerte digna como la muerte deseada por una persona, que se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos, así como con todos los consuelos humanos posibles. En otras palabras; una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad terminal.

<b>Suicidio médicaamente asistido (SMA)</b>	Lorda, <i>et al.</i> , (2008) definen el suicidio médicaamente asistido, como la actuación de los profesionales médicos que se limita a proporcionar a los pacientes los medios imprescindibles para que sean ellos mismos quienes se provoquen la muerte.
<b>Suicidio asistido</b>	El suicidio asistido, es definido por Schüklenk <i>et al.</i> (2011), como el acto intencional de terminar con la vida de uno mismo con la asistencia de otro.
<b>Sedación paliativa</b>	La Asociación Europea de Cuidados Paliativos, la define como el uso de medicamentos para aliviar un sufrimiento intolerable y refractario al reducir la conciencia en un paciente (Van Dooren <i>et al.</i> , 2009).
<b>Sedación terminal</b>	Es la administración intencional de fármacos sedantes en dosis y combinaciones necesarias para reducir la conciencia de un paciente terminal tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios (Gurschick, Mayer y Hanson, 2015).

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía revisada.

Estos procedimientos médicos, lo que tratan es de evitar sufrimiento en los enfermos en fases terminales, uno de los objetivos de algunas religiones entre ellas la iglesia católica. En México, un país con un Estado laico en el que hay una separación entre sus leyes y la religión, ha ido avanzando en la implementación de leyes que sustenten la muerte digna. De esta forma, en algunos estados de la República Mexicana se ha aprobado la Ley de Voluntad Anticipada (LVA), que tiene como objetivo establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, que de acuerdo con Lorda (2008) es un aspecto relevante para la toma de decisiones, para que las personas expresen su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona (Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, 2012; Artículo 1).

Como se señaló anteriormente, a pesar de que las religiones condenan la eutanasia y cualquier tipo de suicidio, las personas están de acuerdo en que los enfermos en fase terminal tengan una muerte digna, sin dolor y sufrimiento, como se verá más adelante en diversos estudios.

Respecto a la LVA, lo que indica no implica que se esté implementando la eutanasia, pues algunas personas han confundido el verdadero objetivo de la LVA, que se centra en respetar las decisiones de los enfermos. Por ejemplo, lo que comentó el vocero de la Arquidiócesis de San Luis Potosí, Juan Jesús Priego Rivera (Aranda, 2019):

La Iglesia siempre ha estado a favor de la vida, ciertamente el magisterio de la iglesia se ha expresado en varias ocasiones en contra del encarnizamiento terapéutico, es decir que cuando ya no hay nada que hacer y hay una especie de encarnizamiento se deja básicamente que la muerte llegue, pero no es lo mismo dejar que llegue la muerte a provocar la muerte, entonces en ese sentido nosotros nunca vamos a estar a favor.

Este tipo de argumentos es lo que puede distorsionar el sentido que se le ha dado a la LVA, ya que

su principal finalidad es evitar el encarnizamiento terapéutico, no precipitar o provocar la muerte.

Al respecto, Soler *et al.* (2016), Rodríguez *et al.* (2020), Mihelič y Zelko (2024) comentan que la eutanasia pasiva (permitir la muerte, sin buscarla, cuando no hay posibilidades de recuperación), es admitida en general, aunque con matices. En el caso de la iglesia católica, la doctrina distingue entre medios ordinarios y extraordinarios. Sólo sería lícito retirar los procedimientos extraordinarios, pero considera ordinarios y, como tal obligatorio, la hidratación y alimentación artificiales incluso en situaciones de coma irreversible.

Por lo tanto, existe una tendencia de la religión a evitar el sufrimiento en los enfermos en estado terminal, sin embargo, se oponen a medidas centradas en ciertos procedimientos en los que la muerte puede ser más rápida, como sería el suicidio asistido o la eutanasia. Aunque la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa van a llegar al mismo resultado, que es la muerte, esta va a producirse en un lapso de tiempo más largo que si se aplica la eutanasia o el suicidio asistido.

Diversos estudios han presentado resultados sobre la relación que ha tenido la religión con la implementación de estas decisiones. En 2014 se aplicó una encuesta a 2,660 católicos de todo el país: 65% estuvo de acuerdo con que un médico ayudara a una persona a morir si ésta lo solicitaba (Aldaz, 2014). En otra encuesta realizada por la organización Por el Derecho a Morir con Dignidad (2016), se encontró que ante la pregunta: si un paciente se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, ¿cree que debería tener la opción de decidir adelantar su muerte? El 76.7% de los que no tienen religión y el 68.8% de los católicos afirman que sí. Y en la pregunta: en caso de que usted se encontrara en la fase terminal de una enfermedad, ¿le gustaría tener la posibilidad de pedir ayuda a su médico para adelantar su muerte si usted así lo decidiera? Nuevamente sobresalen los que no tienen religión con el 73.4% y el 64.3% de los católicos que consideran que sí pedirían ayuda.

En el año 2016 en Canadá, se llevó a cabo una encuesta para conocer si las personas están a favor del consentimiento para la muerte asistida, el 76% de los cristianos está a favor, de los cuales el 78% son católicos (Ipsos Reid, 2016).

O'Neill *et al.* (2003) indican que las actitudes de las personas están influidas por diferentes variables, una de ellas es precisamente la religión, de esta forma Steck *et al.*, (2014), Torke *et al.* (2020), Bodas, *et al.* (2020), Borovecki *et al.* (2022), Guzowski, Fiłon, Kułak (2024), Bodas *et al.* (2023), Shack, Fried y Siedner (2024), señalan que existe una alta inclinación religiosa que se relaciona positivamente con el rechazo de la eutanasia y del suicidio asistido. De esta forma en el estudio de Malhotra *et al.* (2022) los pacientes budistas o taoístas recibían más intervenciones agresivas en el final de la vida, aunque las enseñanzas de ambas religiones enfatizan la inevitabilidad de la muerte. Los autores teorizan que tal vez algunos pacientes creen que la muerte puede conducir a una vida futura de tortura y sufrimiento, lo que les hace preferir intervenciones más agresivas para prolongar la vida.

En el estudio cualitativo llevado a cabo por Mihelič y Zelko (2024) se encontró que un participante católico afirmó: "En nuestro país no hay problemas porque nuestra legislación se alinea con estándares éticos. Si se legalizara la eutanasia, por ejemplo, esto cambiaría y las creencias religiosas jugarían un papel importante, pero no por la fe en sí, sino por argumentos razonables contra prácticas médicas éticamente cuestionables" (Mihelič y Zelko, 2024: 11). Del mismo modo, un participante de fe islámica menciona: "Las preocupaciones éticas relativas al Islam nunca están en conflicto con la medicina oficial, al menos no en nuestro contexto esloveno y la legislación en esta área, como la eutanasia" (Mihelič y Zelko, 2024: 11).

Se puede decir que la religión sigue teniendo influencia en la forma en la que las personas piensan y actúan respecto a las decisiones al final de la vida. De acuerdo con Milesi (2003) algunos segmentos sociales, cuyo criterio está relacionado con sus creencias religiosas, persisten en alguna interpretación sesgada, negando este derecho fundamental que concierne a la defensa de la vida y de la integridad física y moral. En resumen, niegan el derecho de no sufrir tratos inhumanos o degradantes, aspectos que en enfermos en etapa terminal son vulnerados cuando el sustento de la vida se basa en la tecnología médica.

## **Materiales y Método**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio cuantitativo observacional, descriptivo, transversal y correlacional. La aplicación del cuestionario fue llevada a cabo por el Centro de Opinión Pública (COP) de la Universidad del Valle de México. La autora diseñó el cuestionario de acuerdo con su proyecto posdoctoral y dio continuidad al desarrollo de la aplicación. Se llevó a cabo una encuesta de opinión a la población general con una representatividad a nivel nacional, el margen de error fue de +/-3.46% con un nivel de confianza del 95%. La selección de la muestra se efectuó a partir de una campaña de marketing digital en redes sociales que ayudó a captar a la población del país con acceso a internet. Se fijaron cuotas por edad, género, escolaridad, situación laboral y entidad de residencia, para que de esta manera se obtuviera una representación de estos grupos de acuerdo a su peso real en el territorio nacional. Se aplicó un cuestionario tipo Likert vía internet entre el 14 y 20 de agosto del 2020 a 802 personas integrantes de un panel online. En la sección del instrumento se describe el texto de las preguntas que se eligieron para este trabajo.

### **Objetivo general**

Describir y conocer la relación que establece la religión de las personas con la implementación de la toma de decisiones al final de la vida, específicamente la sedación paliativa, sedación terminal, el suicidio asistido y médicaamente asistido, así como la eutanasia.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer la opinión de las personas con diferente religión respecto a que un enfermo en estado terminal solicite voluntariamente la muerte.
2. Identificar la opinión de las personas con diferente religión en cuanto a solicitar el suicidio asistido, el suicidio médicaamente asistido, sedación paliativa, sedación terminal.
3. Conocer la opinión de las personas con diferente religión referente a la legalización de la eutanasia, del suicidio médicaamente asistido y de la sedación terminal.
4. Determinar la relación entre la religión con las diversas decisiones al final de la vida como suicidio asistido, el suicidio médicaamente asistido, sedación paliativa, sedación terminal, la legalización de la eutanasia, el suicidio médicaamente asistido y la sedación terminal.

## **Participantes**

Se aplicó el cuestionario a personas mayores de 18 años que accedieron a participar en el panel online y que viven en la República Mexicana. El rango de edad de los encuestados fue de 18-67 años; el 16% se concentró en el rango de 18-22 años, el 20% en el de 25-34 años, el 25% en el de 35-44 años, el 21% en el de 45-54 años, y el 18% en el de 55 y más años. El 41% fueron hombres y el 59% mujeres. El 8% tiene como escolaridad un posgrado, el 52% licenciatura, el 33% educación media superior, y el 7% instrucción básica o sin instrucción.

## **Instrumento**

Se realizó un cuestionario tipo Likert en el que se redactaron diferentes preguntas acerca del tema

de las decisiones al final de la vida. Para la elaboración del cuestionario se tomó en cuenta el cuestionario de Casas, Pichardo, Manzano, Torres y Gómez (2007, 188-189), que al ser aplicado se encontró una diferencia significativa entre las poblaciones de estudiantes, médicos y enfermeras respecto de la aplicación del suicidio asistido por razón de calidad de vida, al que favorecen estas últimas. Se utilizó este instrumento realizando ciertas adaptaciones a las preguntas para alcanzar los objetivos de la investigación. También se tomó en cuenta la revisión bibliográfica del tema de las decisiones al final de la vida, y de un estudio cualitativo previo llevado a cabo en el año 2017.

Las secciones que integran el cuestionario sobre las decisiones al final de la vida son:

1. Opinión del sistema de salud
2. Opinión sobre la muerte
3. Decisiones al final de la vida
4. Legislación relacionada con las decisiones al final de la vida
5. Visión personal de las decisiones al final de la vida

La elaboración de este artículo consideró la información que se obtuvo de las preguntas del apartado 3. Decisiones al final de la vida. La elaboración del cuestionario consideró lenguaje comprensible, congruencia entre las preguntas, una pregunta por enunciado. Se estimó que las preguntas al hablar de la eutanasia, muerte digna, etc., no serían conocidas por lo que se incluyó una definición para impedir la interpretación de la pregunta. Se integraron conceptos para crear una idea homogénea creando una misma base para todos los entrevistados, de manera que fuera comprensible para el entrevistado, con el concepto preciso, evitando tanto la interpretación como sesgo por interpretación o la no respuesta. Al ser un tema sensible, no está exento de un sesgo cultural o creencias, en estos casos las preguntas utilizaron un lenguaje sencillo, sin carga negativa, incluso con preguntas de control. En la tabla 1 se muestran las preguntas que se analizaron para este artículo:

**Tabla 1.**  
*Preguntas que integran el cuestionario*

<b>8. Pensando en las personas que tienen una enfermedad en fase terminal ¿Qué tan acuerdo está con las siguientes frases?...</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No sé</b>
Las personas que tienen una enfermedad en fase terminal deberían tener derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte					
Una persona que tiene una enfermedad en fase terminal debería tener derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona					
Una persona que tiene una enfermedad en fase terminal debería tener derecho a solicitar al médico medicamentos para tomarlo y así acabar con su vida.					



9. ¿Qué tanto apoya las siguientes medidas...?

Me opongo totalmente

Opongo

Ni me opongo ni apoyo

Apoyo

Apoyo totalmente

9.1 Administrar medicamentos para mantener dormida a una persona que tiene una enfermedad terminal que está sufriendo mucho dolor ¿Qué tanto apoya esto? \_\_\_\_\_

9.2 A una persona que tiene una enfermedad terminal administrarle medicamentos para mantenerla dormida de manera profunda e irreversible hasta que se produzca la muerte ¿Qué tanto apoya esto? \_\_\_\_\_

10. La eutanasia consiste en que un médico aplique medicamentos para provocar la muerte en un enfermo terminal que tiene sufrimiento y que pide voluntariamente este fin. ¿En su opinión la eutanasia debería legalizarse en el país?

- a) Debería legalizarse la eutanasia      b) No debería legalizarse la eutanasia c) No sé

11. El suicidio médicaamente asistido es una intervención en la que el médico receta al paciente los medicamentos que debe tomar para acabar con su vida. ¿En su opinión esta medida debe implementarse con bases legales en el país?

- a) Debería legalizarse el suicidio médicaamente asistido      b) No debería legalizarse el suicidio médicaamente asistido c) No sé

12. La sedación terminal ayuda a mantener dormido de manera profunda e irreversible a un enfermo terminal que tiene muchos dolores y sufrimiento, hasta que llega la muerte. ¿En su opinión esta medida debe implementarse con bases legales en el país?

- a) Debería legalizarse la sedación terminal      b) No debería legalizarse la sedación terminal  
c) No sé

*Nota:* Elaboración propia a partir del cuestionario.

## Procedimiento

Se llevaron a cabo las siguientes fases en el desarrollo del estudio: se captaron a 802 personas que aceptaron responder el cuestionario autoadministrado vía internet entre el 14 y 20 de agosto del 2020. Los datos fueron capturados en una base en SPSS. Después se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. La investigación atendió los lineamientos éticos que no violan las normas del consentimiento informado.

## Análisis de datos

Un primer análisis de los datos fue realizar tablas de contingencia cruzadas entre la religión y las decisiones al final de la vida para conocer la frecuencia de las respuestas. Después de acuerdo con los objetivos se buscó la relación de las variables religión y las decisiones al final de la vida a partir de la prueba Chi cuadrada ( $\chi^2$ ).

Variable 1. Religión, con cuatro categorías: católica, sin religión, protestantes, otras.

Variable 2. Decisiones al final de la vida con cinco categorías: Totalmente de acuerdo, De

acuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, No sé, y Me opongo totalmente, Opongo, Ni me opongo ni apoyo, Apoyo, Apoyo totalmente.

#### Supuestos

1. Variables con escala de medida nominal
2. Muestras grandes ( $n \geq 30$ )
3.  $FE \geq 5$

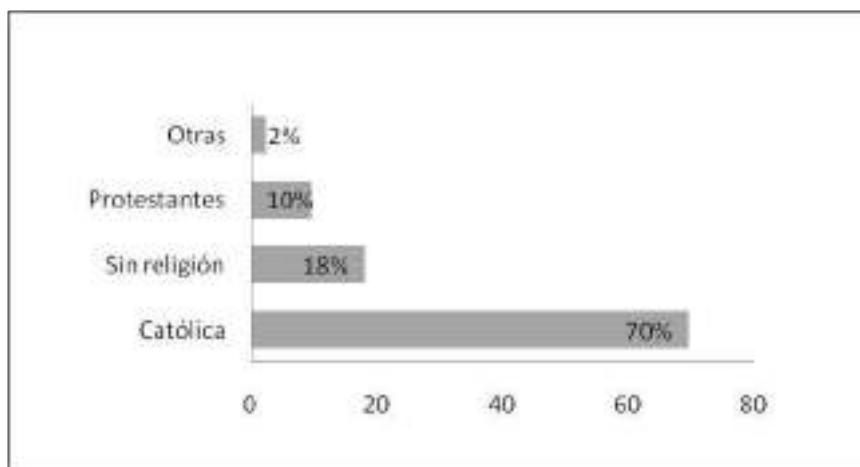
Se escogió aplicar la Chi cuadrada ( $X^2$ ) para conocer la relación de la religión con las decisiones al final de la vida ya que se cumple con los supuestos anteriores. Para el tamaño del efecto del análisis de  $X^2$  se utilizó la prueba V de Cramér. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (versión 29).

## Resultados

Se aplicó el cuestionario a 802 personas que viven en la República Mexicana. El rango de edad fue de 18 a los 67 años. La media de edad para los hombres fue de 41 años mientras que para las mujeres fue de 39.4 años. El 40.4% está casado y el 34.9% soltero. Con relación a la religión, se puede apreciar en la gráfica 1 que el 70% es católicoristiano, el 18% manifiesta no profesar alguna religión, el 10% es protestante y el 2% tienen otras religiones.

### Gráfica 1

*Religión de los encuestados*



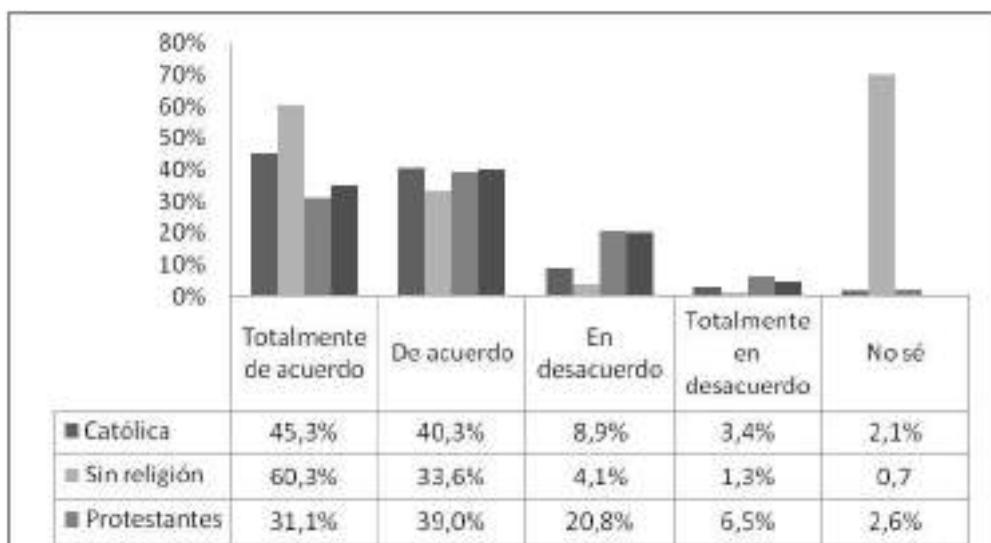
*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

En esta encuesta, las personas de acuerdo con la religión que profesan respondieron a las preguntas sobre las decisiones al final de la vida de la siguiente forma:

En la pregunta acerca de si las personas que tienen una enfermedad terminal deberían tener derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte, en la gráfica 2 se observa que el 60.3% de los que no tienen religión y el 45.3% de los católicos, respondieron que están totalmente de acuerdo en que los enfermos terminales tengan derecho a solicitar la muerte.

**Gráfica 2**

*Opinión de las personas respecto a que un enfermo terminal solicite voluntaria y libremente la muerte*

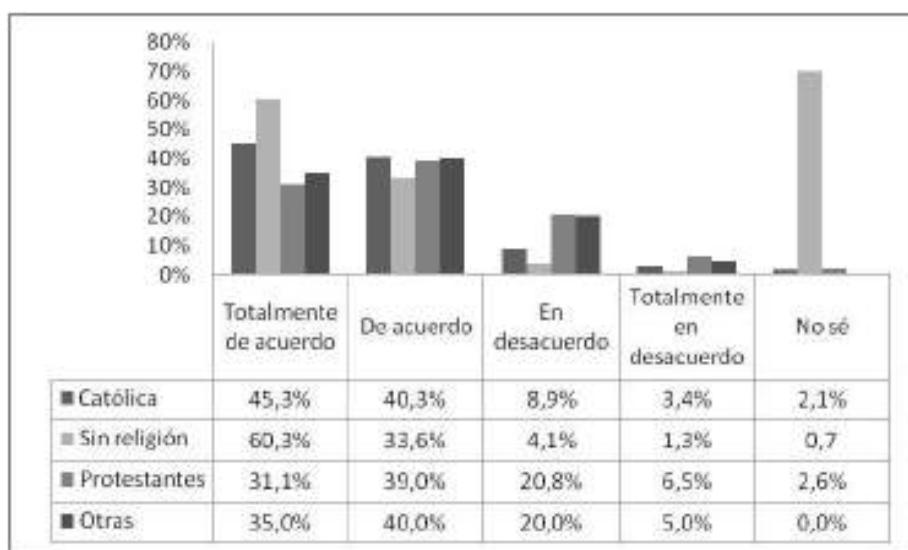


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

Respecto a la pregunta sobre el suicidio asistido, que se formuló de la siguiente forma: Una persona que tiene una enfermedad en fase terminal debería tener derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona, en la gráfica 3 se observa que el 41.1% de las personas sin religión están totalmente de acuerdo con esta medida, y el 35.2 de las cristianas respondieron que están de acuerdo.

**Gráfica 3**

*Opinión de las personas respecto a que un enfermo terminal tenga derecho al suicidio asistido*

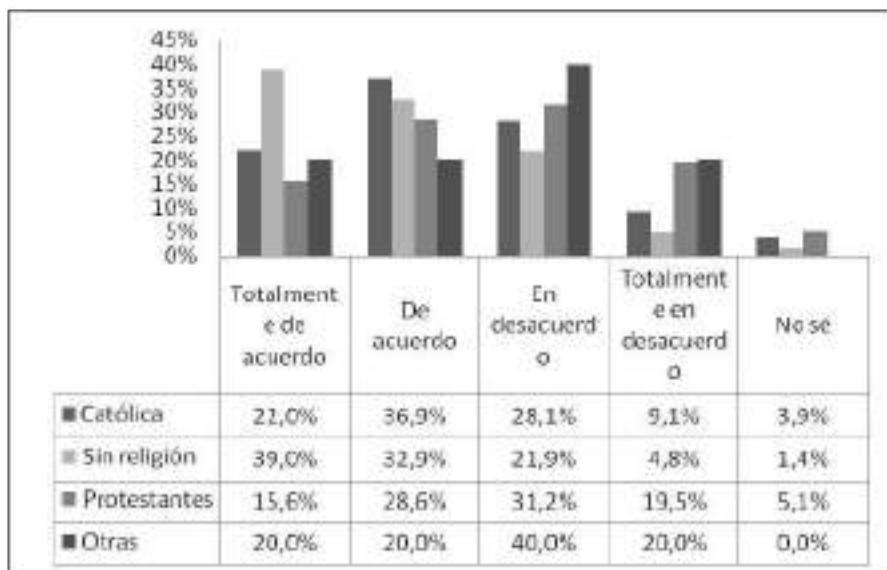


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En la gráfica 4 se presentan los porcentajes a la pregunta sobre el suicidio médicaamente asistido. El 39% de los encuestados que refirieron no tener religión están totalmente de acuerdo con esta medida, mientras que el 36.9 % de los católicos afirman estar de acuerdo con que una persona tenga derecho a solicitar al médico medicamentos para terminar con su vida. Es importante resaltar que el 31.2% de los protestantes está en desacuerdo con el suicidio médicaamente asistido.

**Gráfica 4**

*Opinión de las personas respecto al suicidio médicaamente asistido*

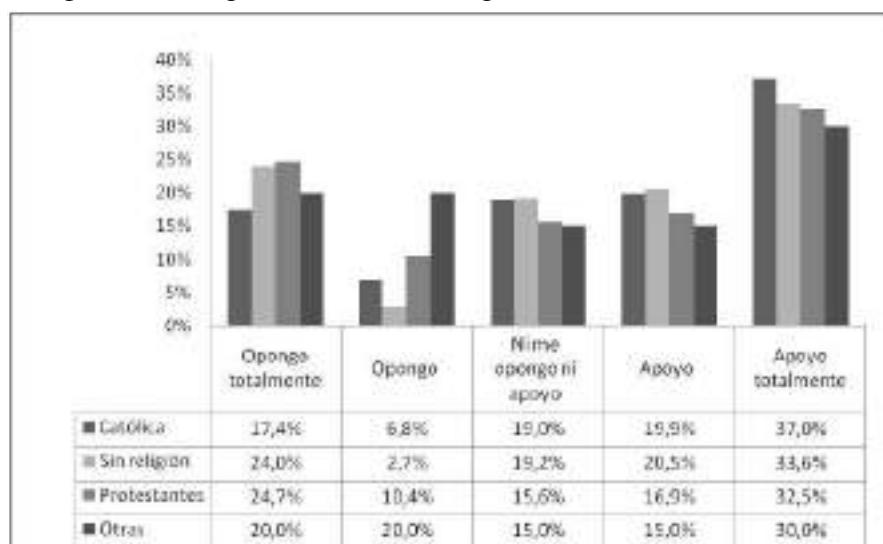


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

La pregunta que se relaciona con la sedación paliativa, que se formuló de la siguiente manera: “Administrar medicamentos para mantener dormida a una persona que tiene una enfermedad terminal que está sufriendo mucho dolor ¿Qué tanto apoya esto?”, en la gráfica 5 se muestra que los encuestados de todas la religiones en mayor proporción apoyan totalmente la sedación paliativa.

**Gráfica 5**

*Opinión de las personas respecto a la sedación paliativa*

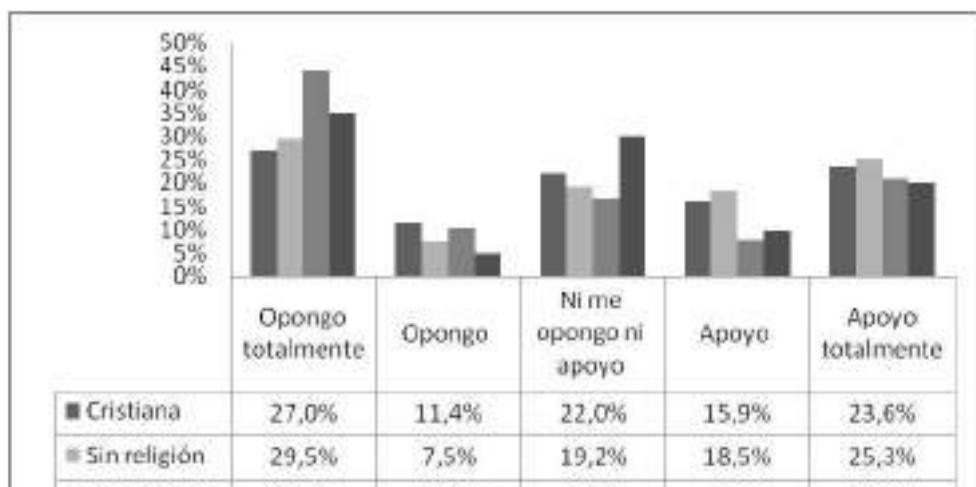


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

Al cuestionar sobre la sedación terminal con la siguiente pregunta: “una persona que tiene una enfermedad en situación terminal hay que administrarle medicamentos para mantenerla dormida de manera profunda e irreversible hasta que se produzca la muerte ¿Qué tanto apoya esto? En la gráfica 6 se aprecia que las personas de las diferentes religiones se oponen totalmente a este tipo de medida.

**Gráfica 6**

*Opinión de las personas respecto a la sedación terminal*

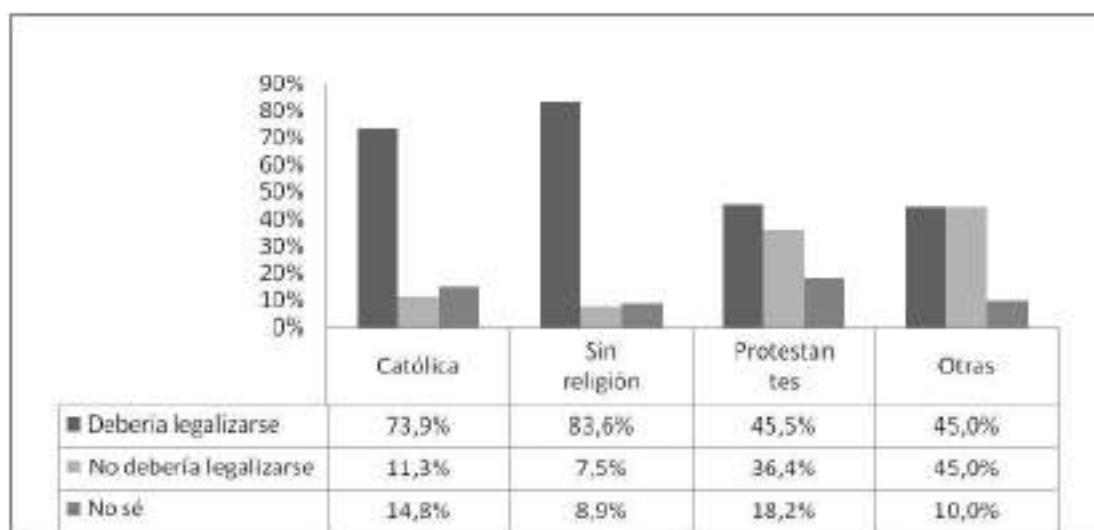


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En lo que respecta a la legalización de la eutanasia, en la gráfica 7 se observa que el 83.6% de las personas sin religión consideran debe legalizarse y el 73.9% de los cristianos opinan lo mismo. Es interesante observar que en mayor proporción estos dos sectores están a favor de la eutanasia.

**Gráfica 7.**

*Opinión de las personas respecto a la legalización de la eutanasia*

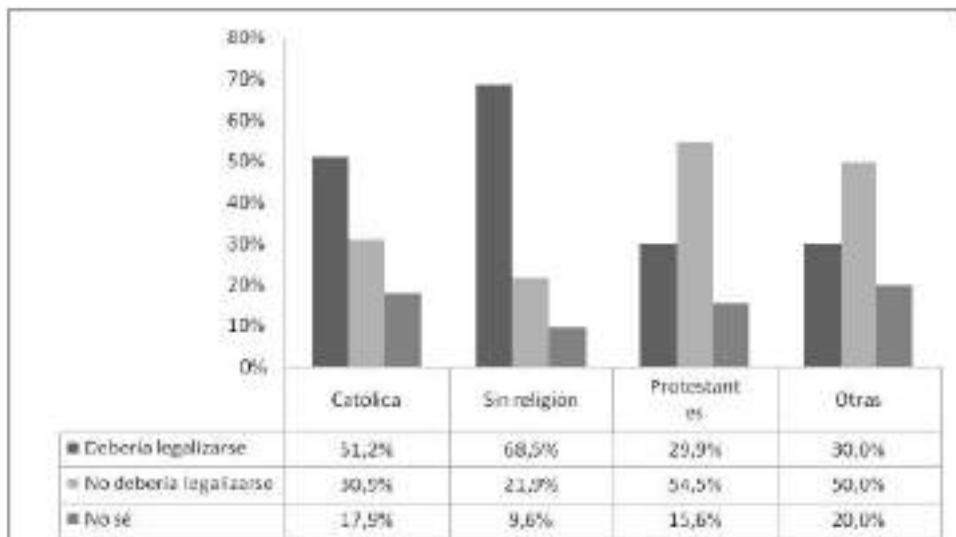


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En la gráfica 8 se muestra que el 68.5% de los encuestados sin religión consideran que debería legalizarse el suicidio médicaamente asistido, y el 51.2% de los cristianos también se encuentran a favor de esta propuesta.

**Gráfica 8**

*Opinión de las personas respecto a la legalización del suicidio médicaamente asistido*

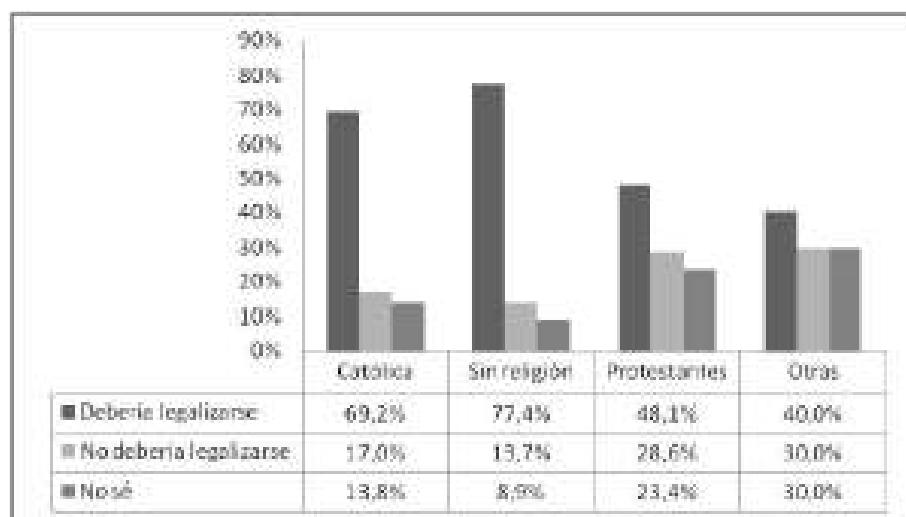


*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En la gráfica 9 se presentan los porcentajes referentes a la legalización de la sedación terminal; el 77.4% de las personas que no tienen religión y el 69.2% de los católicos, respondieron que debería legalizarse esta medida para que los enfermos terminales tengan una muerte digna, sin dolor ni sufrimiento.

**Gráfica 9.**

*Opinión de las personas respecto a la legalización de la sedación terminal*



*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

Como se puede observar, en mayor proporción las personas que no tienen religión o son católicas, refieren estar de acuerdo con la legalización de algunas de las decisiones al final de la vida, como la eutanasia, suicidio médicaamente asistido y sedación paliativa. Esto puede indicar que las personas independientemente de sus creencias o valores, lo que buscan es que los enfermos tengan una muerte digna, que como se ha comentado, esto es respetando los valores, creencias y estilo de vida, para de esta forma, tener una muerte sin dolor ni sufrimiento, dependiendo de las elecciones de cada individuo.

Al realizar el análisis X2 para encontrar relación entre la religión con las diversas decisiones al final de la vida, se encontró asociación significativa con un tamaño del efecto pequeño entre la religión con el derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte ( $X^2 = 3533$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ , V de Crámer= 0.14), con el suicidio asistido (derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona), ( $X^2 = 42217$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ , V de Crámer= 0.16), con el suicidio médicaamente asistido (una persona que tiene una enfermedad terminal debería tener derecho a solicitar al médico medicamentos para tomarlos y así acabar con su vida), ( $X^2 = 40155$ , g.l. = 12,  $p \leq .000$ , V de Crámer= 0.15), con la legalización de la eutanasia ( $X^2 = 65820$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ , V de Crámer= 0.28), con la legalización del suicidio médicaamente asistido ( $X^2 = 41075$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ , V de Crámer= 0.22), y con la legalización de la sedación terminal ( $X^2 = 28124$ , g.l. = 6,  $p \leq .000$ , V de Crámer= 0.18).

La religión es una variable que se asocia con la forma de opinar acerca de las decisiones al final de la vida. Se puede comentar que en este trabajo solamente se presenta la relación entre la religión con la aceptación, apoyo o legalización de las decisiones al final de la vida. Por lo tanto, existen diferencias entre las religiones respecto a la aceptación de las decisiones al final de la vida. En el cuadro 1 se presenta el resumen de los valores de la X2.

### Cuadro 1.

#### *Relación de las variables con la religión*

Chi-cuadrado de Pearson			
Preguntas al final de la vida que se relacionan con la religión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Las personas que tienen una enfermedad terminal deberían tener derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte.	3533	12	.000
Una persona que tiene una enfermedad terminal debería tener derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona.	42217	12	.000
Una persona que tiene una enfermedad terminal debería tener derecho a solicitar al médico medicamentos para tomarlos y así acabar con su vida.	40155	12	.000
La eutanasia consiste en aplicar medicamentos para provocar la muerte en un enfermo terminal que tiene sufrimiento y que pide voluntariamente este fin.	65820	6	.000
El suicidio médicaamente asistido es una intervención en la que el médico receta al paciente los medicamentos que debe tomar para acabar con su vida.	41075	6	.000
La sedación terminal ayuda a mantener dormido de manera profunda e irreversible a un enfermo terminal que tiene muchos dolores y sufrimiento, hasta que llega la muerte.	28124	6	.000

*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los valores de la Chi cuadrada de la relación de las variables religión con con la aceptación, apoyo o legalización de las decisiones al final de la vida

## Discusión

En México, recientemente algunas personas han tomado una postura a favor de la muerte médica asistida independientemente de la religión a la que pertenezcan. En este estudio se puede observar que los católicos y las personas que no tienen religión, en mayor proporción están de acuerdo en que se implementen y se legalicen algunas decisiones al final de la vida, como son la eutanasia, el suicidio asistido, el suicidio médica asistido, la sedación paliativa.

Respecto a los hallazgos que se encontraron en esta encuesta de opinión, se puede observar que el 60.3% de los que no tienen religión y el 45.3% de los católicos, respondieron que están totalmente de acuerdo en que los enfermos en estado terminal tengan derecho a solicitar la muerte. Así también tocante a la legalización de la eutanasia, el 83.6% de las personas sin religión consideran debe legalizarse y el 73.9% de los católicos opinan lo mismo. Estos resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios. Así, en la encuesta realizada por la asociación por el Derecho a Morir con Dignidad en México en el año 2016, se encontró que el 76.7% de los que no tienen religión y el 68.8% de los católicos están de acuerdo en que si un paciente se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, debería tener la opción de decidir adelantar su muerte. Mientras que en un estudio llevado a cabo en Uruguay (Sindicato Médico del Uruguay, 2020) en el que se le pregunta a la población general mayor de 18 años, sobre la eutanasia, el 82% de los que no tienen religión y el 66% de los católicos, responden que están totalmente seguros de que una persona que tiene una enfermedad en fase terminal, que causa grandes sufrimientos y le causará la muerte en poco tiempo, se le debe permitir que los médicos pudieran poner fin a su vida y a sus sufrimientos si esta persona lo solicita libremente. También en Canadá, se llevó a cabo en el año 2016 una encuesta en la que el 78% de los católicos opinan que los pacientes con una enfermedad grave deberían poder solicitar anticipadamente la ayuda médica a morir (Soler *et al.*, 2016). Otros estudios coinciden en que cuanto mejor sea la actitud religiosa habrá una menor aceptación de la eutanasia, Alaei y Ziaeirad, 2023; Ambreen, Basit, Mehmood, 2023; Lockhart *et al.*, 2023).

Existen algunas posturas en las que se señala que con la legalización de la eutanasia, como en Holanda o España, se corre el riesgo de caer en el fenómeno “pendiente resbaladiza” y llegar a perder el control, por lo que una solución a este problema, es el acompañamiento familiar y profesional ante el dolor físico y emocional así como los cuidados paliativos que procuran el trato digno de la persona próxima a morir (Hernández y Jouve de la Barreda, 2020, Muños, 2021). Sin embargo, es importante señalar que en algunas situaciones de difícil control del dolor, los cuidados paliativos no son suficientes para evitar el dolor y sufrimiento al final de la vida.

De esta forma, un argumento en contra de la eutanasia ha sido el buen control de los síntomas por los cuidados paliativos, incluido el dolor y la depresión, y por lo tanto las personas que consideran terminar con sus vidas pueden cambiar de idea si sus síntomas son controlados adecuadamente. Aunque la mayoría de los pacientes tienen una muerte sin dolor, algunos no la tienen. A veces la analgesia es insuficiente para controlar los efectos secundarios como sedación, náuseas y confusión (Riley, 2003).

Emanuel, Fairclough y Emanuel (2000) señalan que aunque algunos autores consideran que mejores cuidados paliativos pueden impedir que las personas soliciten la muerte médica asistida; en su estudio encontraron que el dolor y sufrimiento sigue siendo un factor muy importante para tomar la decisión de morir.

Los encuestados sin religión y los católicos en este estudio respondieron en mayor proporción que el suicidio médica asistido sería una medida adecuada para tener una muerte digna. Esto también es parecido a lo que se reporta en la encuesta llevada a cabo por la asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (2016), en la que el 57.4% de las personas católicas y el 54.7% de los que no tienen religión, están de acuerdo en pedir que el médico le aplicara directamente una dosis letal de medicamentos. En el caso de preferir que solo se entregaran los medicamentos para tomarlos la propia persona, el 37.6% de los que no tienen religión y el 31.9% de

los católicos, prefieren el suicidio asistido. En estudios de otros países se ha encontrado que la religión tiene una fuerte influencia en no aceptar el suicidio médicaamente asistido (Sharp, 2020; Aglozo, 2024; Sabriseilabi y William, 2022; Brassington, 2020).

Un aspecto importante a resaltar es lo que Steck *et al.* (2014), Tarabeih *et al.* (2020) y Brinkman *et al.* (2020), indican respecto a que la religión juega un papel protector en la muerte médicaamente asistida, ya que es más probable que la soliciten las personas sin afiliación religiosa que los protestantes o cristianos, es decir, que la religión es un factor que disminuye la probabilidad de aceptar y solicitar la muerte médicaamente asistida. Respecto a esto Spoerri *et al.*, (2010), señalan que el efecto protector de una afiliación religiosa, y en particular de la fe católica, es evidente tanto para el suicidio asistido como el no asistido. La asociación con la religión puede reflejar una mayor integración social entre la religión y las normas y dogmas. Los resultados de Spoerri muestran que las personas que están más allegadas a la religión pueden disentir de solicitar la muerte asistida. Es relevante mencionar que este estudio se lleva a cabo en un contexto social, cultural, político, etc., muy diferente al de México, ya que en los Países Bajos, en los que se llevó a cabo, el suicidio asistido es permitido, por lo que una vez que exista una ley que autorice la muerte médicaamente asistida en el país se podría ver qué tanto la religión puede jugar un papel en el que la gente rechace tomar esta medida.

La cultura y las creencias religiosas juegan un papel muy importante en cómo se visualizan las decisiones al final de la vida, de esta forma Ohr *et al.* (2017) reportan que las personas del grupo de Asia/Pacífico reportaron la opinión más consensuada en contra de todas las medidas para prolongar la vida.

Respecto a la sedación paliativa y terminal, ante la pregunta que se relaciona con la sedación paliativa: administrar medicamentos para mantener dormida a una persona que tiene una enfermedad terminal que está sufriendo mucho dolor, ¿Qué tanto apoya esto?, los encuestados de todas las religiones en mayor proporción apoyan totalmente la sedación paliativa. En el caso de la sedación terminal, las cosas cambian ya que las personas de las diferentes religiones se oponen totalmente a este tipo de medida; esto puede deberse a que en esta pregunta se integra en la redacción la palabra “muerte”, lo que le da una connotación negativa. En algunos estudios se ha encontrado que la sedación paliativa está influenciada por las creencias religiosas por lo que se evita usarla (Tan *et al.*, 2024, Othman y AlOsta, 2024, Halfeld y Caldana, 2023).

Con relación a la asociación que se puede dar entre la sedación terminal y la eutanasia, es muy delgada la línea, ya que las dos provocarán la muerte. Sin embargo, los procedimientos son diferentes. Mientras que la sedación terminal es parte de los cuidados paliativos, la eutanasia es un procedimiento que se utiliza para terminar con el sufrimiento de las personas en poco tiempo (Azulay, 2003).

En cuanto a la relación que guarda la religión con las decisiones al final de la vida, se pudo observar que existen diferencias respecto a la opinión que tienen las personas de las diferentes religiones con las decisiones como son la legalización de la eutanasia, suicidio asistido y suicidio médicaamente asistido, sedación terminal. Las principales diferencias que se encontraron fueron que la opinión de los católicos y las personas sin religión sobresalieron al considerar de manera favorable medidas para una muerte digna. Es indudable que existe una nueva apertura en la población para abordar dilemas bioéticos como el final de la vida, lo cual puede permitir ir avanzando en nuevas leyes que respalden mejores condiciones para los enfermos en fase terminal.

## Conclusiones

A pesar de que se ha encontrado en diversos estudios que la religión es un factor que influye en el rechazo de la muerte médicaamente asistida, en México los creyentes han mostrado tendencias a favor de ésta. Esto puede deberse a que las personas se consideran católicas pero no siguen sus preceptos por lo que pueden presentar una tendencia favorable hacia la muerte médicaamente asis-

tida para evitar el dolor y sufrimiento al final de la vida.

Existen pequeños avances en el país, como la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada en algunos estados. Sin embargo, es importante que especialistas en bioética, derecho, medicina, sociología, realicen estudios para formular propuestas que vayan encaminadas hacia políticas públicas enfocadas a más y mejores cuidados paliativos, que permitan proporcionar alivio al sufrimiento, y si la decisión de las personas es ya no seguir sufriendo entonces que elijan la muerte médica asistida.

Algo que debe quedar muy claro en las personas detractoras a la legalización de la muerte asistida, es decir, de la eutanasia, suicidio asistido, etc., es que no deben de confundirse y tener presente que de llegar a legalizarse estas medidas no se obliga a practicarla, simplemente es un derecho que se tiene y que cualquier persona puede apelar a ésta o rechazarla.

Falta mucha información para que las personas puedan conocer de mejor manera estas decisiones al final de la vida, ya que en el imaginario de algunas personas aún persiste la idea de que la eutanasia es la muerte deliberada de personas vulnerables, y lo que plantea la eutanasia, con buenas bases legales, es una muerte digna, solicitada por personas que desean descansar del dolor y sufrimiento ante una enfermedad en fase terminal.

Este estudio es solamente una pequeña muestra de lo que refleja la opinión de la población, por lo que es necesario que se realicen más estudios para aportar información que pueda ampliar la visión que se tiene sobre las decisiones al final de la vida.

## Bibliografía

- Abohaimed, S., Matar, B., Al-Shimali, H., Al-Thalji, K., Al-Othman, O., Zurba, Y., & Shah, N. (2019). Attitudes of Physicians towards Different Types of Euthanasia in Kuwait. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University. Health Science Centre*, 28(3), 199–207. <https://doi.org/10.1159/000497377>
- Aglozo E. Y. (2024). Faith and fate: Religious leaders' Bible, heaven, hell beliefs and end-of-life choices. *Death studies*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2390897>
- Alaei, H., Ziaeirad, M. (2023). The Relationship between Religious Attitude and Emotional Intelligence with Attitude towards Euthanasia in Nurses Working in Intensive Care Units. *3 JNE*, 12 (3), 52-61
- Aldaz, E. (2014). "Encuesta nacional de opinión católica 2014", Católicas por el Derecho a Decidir. [http://encuesta.catolicasmexico.org/es/?page\\_id=2152](http://encuesta.catolicasmexico.org/es/?page_id=2152)
- Álvarez, C. E. (2014). Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Buenos Aires Fundación H.A. Barceló.
- Ambreen, S., Basit, W & Mehmood, D. S. (2023). ENGLISH: Impact of Religiosity on Attitude towards Euthanasia: A Myth or a Fact. *Al-Dalili*, 5(1), 01–10. <https://aldalili.com/index.php/dalili/article/view/119>
- Aranda, D. (2019, 19 de julio). La Iglesia contra la LVA. El sol de San Luis. <https://www.elsolde-sanluis.com.mx/local/la-iglesia-contra-ley-de-voluntad-anticipada-1849951.html>
- Azulay, T. A. (2003). "La sedación terminal. Aspectos éticos". *Anales de medicina Interna*, 20 (12), 645-649.
- Brassington, I. (2020). What passive euthanasia is. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00481-7>
- Bodas, M., Velan, B., Kaplan, G., Ziv, A., Rubin, C., & Peleg, K. (2020). Assisted life termination and truth telling to terminally ill patients - a cross-sectional study of public opinions in Israel. *Israel journal of health policy research*, 9(1), 57.
- Bodas, M., Ziv, A., Rubin, C., Oberman, B., Tawil, Y., Shaulov, A., Kaplan, G., & Velan, B. (2023). Polarization in public attitudes toward end-of-life decisions in Israel - A cross-

- sectional study. *Palliative & supportive care*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000780>
- Borovecki, A., Cerkovic, M., Nikodem, K., Oreskovic, S., Novak, M., Rubic, F., Vukovic, J., Spoljar, D., Gordijn, B., & Gastmans, C. (2022). Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC medical ethics*, 23(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00751-6>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Evenblij, K., Pasman, H. R. W., van Delden, J. J. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Heide, A. (2020). Physicians' and Public Attitudes Toward Euthanasia in People with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2319–2328. <https://doi.org/10.1111/jgs.16692>
- Burdette, A. M., Hill, T. D., & Moulton, B. E. (2005). Religion and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide and Terminal Palliative Care. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(1), 79-93. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x>
- Casas, M. L., Pichardo, L. M., Manzano, M. C., Torres, C. J., Sánchez, G. J. (2007). Encuesta piloto comparativa de opinión de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina sobre el suicidio asistido en un hospital privado del Distrito Federal. *Persona y Bioética*, 11 (2), 186-195.
- Catholic Health Association of the United States. (2022). El cuidado de las personas al final de la vida. <https://acortar.link/vHu9yy>
- Chintu, J y Azimkhan, P. (2023). Religious Perspectives on Euthanasia: A Comparative Analysis: Religious perspectives on euthanasia. *Int J Body Mind Cult.*,10(1), 4–9.
- CLXXII Reunión de la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española. (1998). La eutanasia es inmoral y antisocial. <https://acortar.link/V08Zle>
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., & Emanuel, L. L. (2000). Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA*, 284(19), 2460–2468. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>
- Fernández, V.C., Álvarez, M. B., Valls, S. C. (2023). ¿Qué puede decir la ciencia Sobre el (buen) morirse? Una defensa del acompañamiento Espiritual al final de la vida a través Del pensamiento de Habermas y La sagrada escritura. *Razón y fe*, 1, 235-255.
- Fileva, Y. (2023). Relationship Between Religion and Health on the Topic of Euthanasia. *Postmodernism Problems*. 13. 248-267. <https://doi.org/10.46324/PMP2302248>
- Gurschick, L., Mayer, D.K., Hanson, L.C. (2015). Palliative sedation: an analysis of international guidelines and position statements. *Am J Hospice Palliat Med*, 32, 660–71.
- Guzowski, A., Fiłon, J., & Krajewska-Kułak, E. (2024). Strength of Religious Faith and Attitude Towards Euthanasia Among Medical Professionals and Opinion Makers. *Journal of religion and health*, 63(2), 1075–1090. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01860-1>
- Halfeld, J., Caldana, J. (2023). Palliative sedation in Brazil: an integrative literature review. *Revista Bioética*. 31. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233625ES>
- Hernández, S. G., & Jouve de la Barreda, N. (2020). ¿La eutanasia como opción ante el sufrimiento? Una mirada desde la Psiquiatría. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 33-46. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.386>
- INEGI. (2021). Censo de población y vivienda 2020. Comunicado de prensa núm. 24/21. <https://acortar.link/m6dKzn>
- IPSOS. (2016). Eight in Ten (80%) Canadians Support Advance Consent to Physician-Assisted Dying. <https://acortar.link/oBOjxo>
- Lorda, S. P. (2008). “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 28 (2), 327-350.
- Lockhart, C., Lee, C. H. J., Sibley, C. G., & Osborne, D. (2023). The sanctity of life: The role of purity in attitudes towards abortion and euthanasia. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 58(1), 16–29. <https://doi.org/10.1002/ijop.12877>

- Malhotra, C., Bundoc, F., Chaudhry, I., Teo, I., Ozdemir, S., Finkelstein, E., & COMPASS study group (2022). A prospective cohort study assessing aggressive interventions at the end-of-life among patients with solid metastatic cancer. *BMC palliative care*, 21(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00970-z>
- México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Ley General de Salud. México. Adicionado DOF 05-01-2009. Artículo 166 Bis 9, 16, 18. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- México. Gobierno del Distrito Federal. (2012). Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008. Artículo 1, Art. 2 Fracción XI, Artículo 18, Artículo 41. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de agosto de 2012.
- Mihelič, R., & Zelko, E. (2024). Attitudes and Values of Three Monotheistic Religions Regarding Ethical Dilemmas in Palliative Care: Qualitative Study. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004552>
- Milesi, M. (2003). Proyecto de ley núm. 2726-D-03 Régimen del respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales. Cámara de Diputados del Congreso de la Nación, Argentina.
- Miret, M. E. (2003). Eutanasia, filosofía y religión. *Humanitas, humanidades médicas*, 1 (1). <https://acortar.link/VTQa2A>
- Muños, G. Y. (2021). Eutanasia: ¿derecho derivado de la dignidad de la persona? *Apuntes De Bioética*, 4(1), 144-165. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.615>
- Ohr, S.O., Jeong, S.Y., & Saul, P. (2017). Cultural and religious beliefs and values, and their impact on preferences for end-of-life care among four ethnic groups of community-dwelling older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1681–1689.
- O'Neill, C., Feenan, D., Hughes, C., McAlister, D. A. (2003). Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine*, 57 (4), 721-731.
- Othman, E.H., AlOsta, M.R. (2024). A case study of Muslims' perspectives of expanded terminal sedation: addressing the elephant in the room. *BMC Med Ethics* 25, 136 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01110-3>
- Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. (2016). Encuesta Nacional sobre muerte digna, México 2016. <https://acortar.link/jCnyOa>
- Pua, M., Yanovskiy, M., Socol, Y., Shaki, Y. (2024). “To Rest in Peace: Judeo-Christian Approach to End of Life and Palliative Treatment”. *Journal of the Sociology and Theory of Religion*, 16, 156-160. <https://doi.org/10.24197/jstr.1.2024.156-160>
- Riley J. (2003). Freedom from pain goes a long way to a “good death”. *BMJ*, 327:235. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.235>
- Rodríguez, A. D., López, B.R., Monasterio, A. A., Ivar, R. (2020). How do people use ‘killing’, ‘letting die’ and related bioethical concepts? Contrasting descriptive and normative hypotheses. *Bioethics*, 34(5), 509-518. <https://doi.org/10.1111/bioe.12707>
- Sabriseilabi, S., & Williams, J. (2022). Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death studies*, 46(5), 1149–1156. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1800863>
- Savani, S., Arora, A., & Brown, M. (2024). The influence of religion on euthanasia and physician-assisted suicide. *Suicide Across Cultures: Understanding the variation and complexity of the suicidal process across ethnicities and cultures* (pp. 420-449). Oxford Cultural Psychiatry. <https://doi.org/10.1093/med/9780198843405.003.0020>
- Shack, A. R., Fried, I., & Siedner-Weintraub, Y. (2024). Palliative team involvement in end-of-life care for Jewish and Muslim children in Jerusalem: A unique clinical and cultural context. *Palliative & supportive care*, 22(1), 163–168. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000159>
- Sharp, S. (2020). Heaven, hell, and attitudes toward physician-assisted suicide. *Journal of health*

- psychology*, 25(13-14), 2475–2486. <https://doi.org/10.1177/1359105318800831>
- Sindicato Médico del Uruguay. (2020). Conocimiento y actitudes de los uruguayos sobre la eutanasia. <https://acortar.link/qMpO7t>
- Schüklenk, U., Van Delden, J.J.M., Downie, J., Mclean, S.A.M., Upshur, R., y Weinstock, D. (2011). End-of-life decision-making in Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*; 25, 1-73.
- Soler, F., Pedrós, F., Marín, F., Ania, M., Cambrón, A. (2016). *Las religiones contra la eutanasia*. Asociación federal. Derecho a morir dignamente. España. <https://acortar.link/uwgOin>
- Spoerri A, Zwahlen M, Egger M, Bopp M. (2010). The Swiss National Cohort: a unique database for national and international researchers. *Int J Public Health*, 55, 239–42.
- Steck, N., Junker, C., Maessen, M., Reisch, T., Zwahlen, M., & Egger, M. (2014). Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *International Journal Of Epidemiology*, 43(2), 614-622.
- Tan, F., Li, N., Wu, Y., & Zhang, C. (2024). Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e3), e664–e675. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004085>
- Tarabeih, M., Bokek-Cohen, Y., Abu Rakia, R., Nir, T., Coolidge, N. E., & Azuri, P. (2020). Religious observance and perceptions of end-of-life care. *Nursing inquiry*, 27(3), e12347. <https://doi.org/10.1111/nin.12347>
- Torke, A. M., Fitchett, G., Maiko, S., Burke, E. S., Slaven, J. E., Watson, B. N., Ivy, S., & Monahan, P. O. (2020). The Association of Surrogate Decision Makers' Religious and Spiritual Beliefs With End-of-Life Decisions. *Journal of pain and symptom management*, 59(2), 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2019.09.006>
- Toro, F. R. (2021). Influencia de las creencias religiosas en la toma de decisiones clínicas al final de la vida. *Ética de los cuidados*, 14. <https://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e13457>
- Van Dooren, S., van Veluw, H. T., van Zuylen, L., Rietjens, J., Passchier, J., y van der Rijt, C. (2009). Exploration of concerns of relatives during continuous palliative sedation of their family members with cancer. *J Pain Symptom Manage*, 38, 452-459.

Fecha de Recepción: 13 de diciembre de 2023  
Recibido con correcciones: 29 de noviembre de 2024  
Fecha de Aceptación: 10 de diciembre de 2024

# Organización sanitaria y situación de salud en Santiago del Estero\*

*Health organization and health situation in Santiago del Estero*

NADIA HOYOS \*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Santiago del Estero,  
Argentina

HORACIO PEREYRA \*\*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de San Martín, Argentina

LAURENCIA SILVETI \*\*\*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Santiago del Estero,  
Argentina

**RESUMEN.** El objetivo de este artículo es describir y caracterizar el sistema de salud de la provincia de Santiago del Estero. Para ello, sistematizamos datos de la composición y distribución de establecimientos y de situación de salud sobre temas específicos que interpelan la capacidad de respuesta institucional y las políticas sanitarias provinciales. Asimismo, construimos un corpus documental de información sanitaria disponible en páginas web oficiales del Ministerio de Salud provincial, informes institucionales, censos nacionales y literatura científica relativa al tema. A partir de ello, identificamos instituciones clasificadas por nivel de atención y zona geográfica, programas de salud disponibles y datos estadísticos de situación de salud. Articulamos estos datos con información recabada en entrevistas a referentes estatales. El análisis permite reconocer una configuración de políticas sanitarias que se orienta desde organismos internacionales y busca dar respuesta sanitaria adecuada a partir de la distribución de centros de salud. Sin embargo, estos hechos, por sí solos, no logran garantizar el acceso a personal y servicios de salud principalmente según zona geográfica, edad y género.

**PALABRAS CLAVE:** sistema de salud; servicios de salud; política de salud

**ABSTRACT.** The aim of this article is to describe and characterise the health system in the province of Santiago del Estero. To this end, we systematized data on the composition and distribution of health facilities and health status on specific issues that challenge the institutional response capacity and provincial health policies. We also built a documentary corpus of health information available on official websites of the Provincial Ministry of Health, institutional reports, national censuses and scientific literature on the subject. From this, we identified institutions classified by level of care and geographical area, available health programmes and statistical data on health status. We articulated these data with information gathered in interviews with state referents. The analysis allows us to recognise a configuration of health policies that is guided by international organisations and seeks to provide an adequate health response based on the distribution of health centers. However, these facts alone do not guarantee access to health personnel and services, mainly according to geographical area, age and gender.

**KEY WORDS:** health Systems; health Services; health Policy

---

\* Becaria doctoral del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INDES-UNSE-CONICET). E-mail: [nadiahoyosts@gmail.com](mailto:nadiahoyosts@gmail.com)  <https://orcid.org/0009-0000-4992-1386>

\*\* Becario doctoral de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (IDAES- UNSAM)-Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INDES-UNSE-CONICET). E-mail: [munayruray@gmail.com](mailto:munayruray@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0003-4122-9306>

\*\*\* Becaria doctoral del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INDES-UNSE-CONICET). E-mail: [laurenciasilveti@gmail.com](mailto:laurenciasilveti@gmail.com)  <http://orcid.org/0000-0001-6284-9788>

● Este trabajo surge a partir del Proyecto de Investigación de Unidades Ejecutoras (PUE 2020-2025) “Configuración de las desigualdades en Santiago del Estero desde finales del s. XIX. Temporalidades, emergencias y estatalidades” del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (UNSE/CONICET).

## Introducción

En este trabajo describimos y caracterizamos información relativa a la configuración del sistema de salud de la provincia de Santiago del Estero. Para ello, sistematizamos datos de la composición y distribución de establecimientos sanitarios y sobre situación de salud en temáticas vinculadas a organización sanitaria, salud socioambiental y salud en infancias y adolescencias en la provincia de Santiago del Estero.

La pregunta que guía este estudio es ¿cómo se configura el sistema de salud en la provincia de Santiago del Estero y qué situación de salud refleja? Partimos del supuesto de que la organización sanitaria provincial se orienta a producir una distribución adecuada de centros de salud, sin embargo, esto por sí solo no logra garantizar el acceso a personal y servicios de salud, principalmente en torno a género, edad y zona geográfica, como se refleja en trabajos previos de las autoras (Silveti *et al.*, 2024).

El interés por realizar esta descripción y caracterización surge de dos procesos que implican a las autoras de este trabajo. Por un lado, respecto de datos emergentes de las investigaciones propias sobre dinámicas sociosanitarias de la provincia (entre otras: Silveti, 2021; Pereyra, 2020; Canevari *et al.*, 2023). Por otro lado, de la identificación de dificultades en el acceso a información sanitaria (políticas y estadísticas). Esto último contrasta con la Ley Nacional N° 27275 de Derecho de acceso a la información pública. Esto se torna relevante, además, dado que esta información permite contextualizar y profundizar análisis de investigaciones sanitarias locales en general y, particularmente, en temas específicos como género, salud socioambiental, infancias y adolescencias, entre otras.

Como establece el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2011), el estado de salud de la población de un país no depende solamente de sus oportunidades de acceso a los servicios médicos, del modelo de prevención y atención de enfermedades, o de la arquitectura institucional y el financiamiento del sistema de salud. Existen otros factores que trascienden lo mencionado pero que tienen una gran incidencia y que hacen, por ejemplo, a la infraestructura de vivienda, al acceso al agua potable, saneamiento y a las posibilidades de nutrición. Éstas, a su vez, dependen -entre otros determinantes- del acceso a la educación, las oportunidades de empleo decente, de la distribución del ingreso y de la dinámica de crecimiento de la economía. La salud, entonces, no es una dimensión aislada sino un aspecto esencial del proceso más general del desarrollo estructural de un país.

Existen diversos estudios sobre sistemas de salud de diferentes países de Latinoamérica. Estos se enfocan principalmente en sistematizar datos descriptivos sobre la estructura y organización de servicios y personal de salud, cobertura, presupuesto, gobernanza y dinámicas de financiamiento. Algunos de estos trabajos suman a ello condiciones de salud, articulaciones entre lo público y lo privado, entre lo estatal y las organizaciones sociales, las reformas e innovaciones, las perspectivas subyacentes y los desafíos. Ésos últimos versan principalmente en lograr universalidad y eficiencia y reflexionar sobre el lugar de las personas usuarias en la formulación e implementación de las políticas sanitarias (entre otros: Belló *et al.*, 2011; Domínguez-Alonso y Zacea, 2011; Becerril-Montekio *et al.*, 2011; Lucio *et al.*, 2011; Guerrero *et al.*, 2011). Respecto de antecedentes científicos sobre sistema de salud provincial no se encontraron estudios exhaustivos, pero si identificamos análisis que permiten contrastar o ampliar informaciones relativas a la organización sanitaria local (Cordero, 2021; Schmidt *et al.*, 2022; Mancini, 2014).

Nuestro enfoque teórico se orienta desde la Salud Colectiva latinoamericana (Silva Paim y Almeida Filho, 1999). Esta perspectiva permite aproximar comprensiones en torno a los límites de lo biológico y de lo social, focalizando, entre otras dimensiones, en la organización de los servicios de salud y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En este marco, tomamos como categoría central la definición de sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024) establece que se trata de un conjunto de bloques fundamenta-

les que operan de manera interrelacionada para mejorar la salud de la población, disminuir las brechas en salud y alcanzar la protección social. La Organización Panamericana de la Salud [OPS] aporta una definición que advierte que un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (s/f). Por último, de acuerdo con el informe de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina [DEIS] (2022), un sistema de salud hace referencia no sólo a la atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, entre otras.

Respecto del concepto de accesibilidad a la salud, retomamos lo que establece la OMS-OPS (2014) en relación con la categoría de acceso universal. Ésta se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud determinados a nivel nacional de manera equitativa. Esto implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna a servicios integrales de salud determinados a nivel nacional que sean adecuados, oportunos y de calidad. Involucra también tener en cuenta las necesidades de las poblaciones en torno a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, con servicios que no les expongan a dificultades financieras, en particular, los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con perspectiva multisectorial, que atienda a los determinantes sociales y propicie el compromiso de toda la sociedad para promover bienestar.

En cuanto al escenario de este trabajo, cabe referir que Argentina como país federal se configura como territorio heterogéneo, diferenciado por aspectos ambientales, sanitarios, culturales, económicos, etc. El noroeste como mosaico de esos aspectos, presenta sus propias especificidades. Ubicada en esa región del país, la provincia de Santiago del Estero para el censo del año 2022 cuenta con 1.060.906 habitantes, distribuida en 27 departamentos. La mayor parte de la población reside en la ciudad Capital y La Banda, sin embargo, posee una de las tasas más elevadas de población rural del país (31 %), en su mayoría dispersa (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2010).

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas representan el 17,6 %, duplicando la media nacional (9,1 %) (INDEC, 2010), sumado a que integra el grupo de provincias de menor Índice de Desarrollo Humano<sup>1</sup> [IDH] calculado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Argentina para el año 2022. Respecto de los indicadores de salud, vinculados con la esperanza de vida, este informe describe que los escenarios mejor posicionados son Neuquén, CABA, Tierra del Fuego, Río Negro y Mendoza (con valores entre 0,908 y 0,919); mientras que Chaco, Formosa, Misiones, Santiago del Estero y Corrientes presentan los valores más bajos (entre 0,870 y 0,880).

En cuanto a los hogares con red de cloacas del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, estos representan el 53,4% en relación a una media nacional de 70% del análisis de 31 aglomerados urbanos. En este sentido, se sitúa entre las cuatro provincias con peores indicadores respecto de cloacas, agua potable y energía (INDEC, 2022). Sobre el índice de pobreza en el primer semestre de 2023, Santiago del Estero se ubica entre las provincias con conglomerados urbanos con niveles más altos de pobreza (64%) (INDEC, 2024).

El sistema de salud provincial sigue la lógica del sistema nacional que se orienta desde la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y presenta tres subsistemas: público, privado y de la

<sup>1</sup> Los IDH son indicadores que tienen en cuenta tres dimensiones: vida larga y saludable, acceso a la educación y nivel de vida decente. Nos interesa introducir los IDH porque los sistemas de salud son parte fundamental del bienestar de las poblaciones.

seguridad social, constituidos por centros de salud. Éstos se clasifican por zonas sanitarias y nivel de atención y se diferencian en sus prestaciones y funciones (Rovere, 2016; Vignolo *et al.*, 2011). En cuanto a políticas públicas en salud locales, en el marco del Plan Estratégico Provincial 2023-2030 (Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero, 2023) se plantea que, a partir de la constitución de una mesa provincial de salud, se trabaja en torno a “Una Salud” (OMS, 2023a) como enfoque integral para abordar las amenazas desde la interfaz entre diferentes especies (seres humanos, animales y vegetales). Para ello, se plantea como objetivo general fomentar la coordinación y la colaboración entre los diferentes marcos de gobernanza de los programas de salud humana, animal, vegetal y medioambiental con el propósito de mejorar la promoción, la prevención y la preparación para los retos actuales y futuros de la salud.

En ese sentido, en el informe mencionado, se identifica que, en un primer análisis de la situación de salud, uno de los mayores obstáculos para fijar la línea de base en los distintos temas es la gran fragmentación de servicios lo que, sumado a los diferentes recursos tecnológicos y humanos en la provincia, genera información despareja y difícil de analizar en el curso del tiempo. Por ello, se considera necesario contar con una herramienta que incluya a todas las instituciones vinculadas a la salud del sector estatal, privado, universitario, gremial, etc., que permita generar y analizar las políticas necesarias para que la información que se obtenga sea acorde a los objetivos. Esta herramienta es la constitución de un consejo que, presidido por el Ministerio de Salud provincial, tenga como principal función el análisis de todos los aspectos de la salud humana y la interacción con los ministerios responsables de la salud animal, vegetal y el medio ambiente.

### **Estrategia metodológica**

En el presente estudio adoptamos un enfoque cualitativo-exploratorio (Minayo, 2009). Esta cualidad exploratoria por los escasos antecedentes encontrados en la literatura científica que indaguen sobre el sistema de salud en Santiago del Estero, nos obligó a crear estrategias metodológicas para cubrir los “huecos” en el conocimiento. Realizamos triangulación (Gallart, 1992) de fuentes primarias y secundarias y expresamos geoespacialmente la información resultante.

Trabajamos con informes técnicos elaborados por *think tanks*. Estos son internacionales, nacionales y provinciales. En torno a los primeros, elaboramos un corpus total de cuatro (uno del PNUD, uno de la OMS y dos de la OPS), sobre los informes nacionales fueron tres (dos del Ministerio de Salud de Nación y uno del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia -ENIA-) y uno a nivel provincial (Informe de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero).

El Ministerio de Salud provincial no provee un repositorio formal público sanitario (digital o físico), lo cual hubiese enriquecido nuestra investigación. Una estrategia empleada para acceder a fuentes secundarias locales fue la presentación de notas en la cartera sanitaria. La solicitud se enmarcó en la Ley N° 27.275 de Acceso a la Información Pública, sin embargo, no tuvimos respuestas favorables. Hubo dilatación por parte del organismo por el circuito burocrático, que implica presentación de nota por mesa de entradas, creación de expediente, seguimiento y consultas permanentes sin respuestas o rechazadas.

Este panorama pudo ser revertido, en parte, empleando múltiples estrategias. Una de ellas fue la demanda por medios digitales y encuentros presenciales a burócratas de la calle. Éstos son agentes estatales, que trabajan en el primer contacto directo entre la institución y las demandas ciudadanas y, al ser discretionales, resuelven solicitudes de información en general. Esto los posiciona como centrales para mejorar el acceso a la información pública (Hupe y Hill, 2007). Otra estrategia fue reconstruir mapas, a partir de sistemas de información geográfica (SIG) en el Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, donde se asienta el Proyecto de Unidad Ejecutora que sustenta este trabajo. Además, articulamos a todo lo anterior fuentes primarias por medio de en-

trevistas, principalmente a un referente de un programa provincial sanitario.

Respecto de los indicadores de situación de salud que retomamos, seleccionamos aquellos que se vinculan a los temas de investigación de las autoras y que, además, configuran aspectos considerados como relevantes en el Plan Estratégico Provincial (Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero, 2023). Éstos, a su vez, actúan como orientadores de los modos en que la organización sanitaria analizada refleja jerarquización de diferencias entre distintos grupos sociales.

## Resultados

### Composición de fuerza laboral

Para comenzar, describimos la composición de la fuerza laboral provincial, entendiendo que se trata de un elemento fundamental de la planificación sanitaria para garantizar el desarrollo de la capacidad de respuesta sanitaria nacional. Sin embargo, se observa un vacío en el uso de definiciones normalizadas y una disponibilidad limitada de datos respecto de la cuantificación de la fuerza laboral en salud y de la evaluación de sus competencias, incluso en países de ingreso alto (OMS, 2023b).

La meta de la OMS para 2030 es contar con 44,5 profesionales (personal médico, de enfermería y partería) cada 10.000 habitantes. Para alcanzar el objetivo deseable de 80% en el índice de cobertura efectiva para la salud universal, se estimó que se necesitarían al menos 20,7 profesionales médicos cada 10.000 habitantes, 70,6 profesionales de enfermería y partería cada 10.000 habitantes, 8,2 profesionales odontológicos cada 10.000 habitantes y 9,4 profesionales farmacéuticos cada 10.000 habitante. Esto significa que entre 66% y 93,9% de los países de América Latina y el Caribe no habrían alcanzado los umbrales mínimos en el 2019 y que existiría un déficit de alrededor de 2 millones de profesionales de la salud en la Región para el 2030 (OPS-OMS, 2023).

Los datos oficiales de la capacidad prestacional del sistema de salud provincial en sus tres subsistemas (público, privado y de la seguridad social) da cuenta de un total de 14.765 profesionales matriculados, aunque no se informa en qué ámbito se desempeñan. Este total se encuentra diferenciado por las profesiones de medicina (2.866), enfermería (495), auxiliar en enfermería (6.012), psicología (844), licenciatura en enfermería (76) y otros (4.432). Por cada 10 mil habitantes, la provincia cuenta con 15,05 médicos, medida deficiente en relación con los indicadores propuestos por la OMS (2023). Respecto de especialidades médicas críticas (específicas en atención hospitalaria del segundo y tercer nivel de atención) cada 10 mil habitantes, la provincia cuenta con anestesiología, 0,49; clínica médica, 0,13; medicina general y/o medicina de familia, 0,05; pediatría, 0,18; terapia intensiva, 0,04; tocoginecología, 0,07. Respecto de enfermería, cada 10 mil habitantes, la provincia cuenta con un total de 36,10 -en relación con el 70,6 indicado por la OMS- y de parteros/as, un total de 2,48 (DEIS, 2022).

Esta información estadística es una referencia a la hora de comparar la fuerza laboral en salud por cantidad de habitantes entre provincias y países. Sin embargo, requiere de mayores precisiones respecto de su distribución geográfica para comprender en qué grado se constituye efectivamente la disponibilidad de personal de salud para las diferentes poblaciones locales. Esta información no se encuentra disponible en fuentes oficiales. Por el contrario, en trabajos previos de las autoras, identificamos que todos los establecimientos sanitarios tienen una distribución heterogénea de personal, que concentra su fuerza laboral en hospitales del conglomerado urbano, y deja a los establecimientos del interior<sup>2</sup> y del primer nivel de atención con escasos recursos relati-

<sup>2</sup> Nos adecuamos a esta nominación homogeneizante, que es la que utiliza el Ministerio de Salud Provincial. Sin embargo, advertimos que es una categoría que merece revisiones más profundas.

vos, principalmente, a personal de salud (Silveti y Llanos Paz, 2021).

De acuerdo con el informe del análisis de distribución geográfica de médicos especialistas (Navarro Pérez *et al.*, 2015) en base a las tasas nacionales, Santiago del Estero es la provincia con peores cifras de especialistas en clínica médica del país (7,5% cada 100.000 habitantes). Asimismo, en las demás especialidades, como pediatría, neonatología, medicina general, cirugía general, terapia intensiva, terapia intensiva infantil, Santiago del Estero se integra a las 5 provincias de peores indicadores.

Tabla 1. Distribución de profesionales en clínica médica

Provincia	Especialistas Asignados totales		EA 23≤ edad <65 años	
	Nº de especialistas	Tasa x100.000 hab	Nº de especialistas	Tasa x100.000 hab
CABA	4.278	140,30	3.805	124,79
Tierra del Fuego	66	44,55	63	42,53
Mendoza	943	50,60	727	39,01
Neuquén	199	32,60	193	31,62
San Juan	215	29,44	211	28,89
Santa Cruz	84	26,97	84	26,97
La Rioja	103	28,41	96	26,48
Chubut	150	26,96	134	24,09
Entre Ríos	317	24,23	270	20,64
Córdoba	761	21,57	726	20,57
Buenos Aires	3.663	22,23	3.272	19,86
La Pampa	68	20,01	61	17,95
Río Negro	126	18,29	121	17,56
Corrientes	186	17,55	182	17,17
Chaco	194	17,16	184	16,27
Catamarca	68	17,30	60	15,26
Tucumán	252	16,03	232	14,76
Salta	178	13,54	171	13,01
Santa Fe	458	13,59	421	12,49
Jujuy	97	13,49	82	11,41
Misiones	105	8,94	97	8,26
Formosa	46	8,02	46	8,02
San Luis	33	7,02	33	7,02
Santiago del Estero	69	7,52	57	6,21

EA: Especialista Asignado según domicilio electoral en su defecto fiscal y en su defecto provincia de matriculación más reciente.

Fuente: Navarro Pérez *et al.*, 2015

## Distribución de Establecimientos, Zonas y Corredores Sanitarios Provinciales

A continuación, describimos la distribución de establecimientos, zonas y corredores sanitarios provinciales. Como mencionamos anteriormente, la provincia se encuentra dividida en 27 departamentos y sus principales centros urbanos son Santiago del Estero Capital - La Banda, Termas de Río Hondo, Frías y Añatuya. De acuerdo con el informe de Perfil Sanitario Provincial los departamen-

tos con mayor concentración de establecimientos son el de Capital y el de Banda, que en su conjunto alcanzan un 35,6 % del total de los establecimientos de salud de la provincia (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

De acuerdo con el Plan Estratégico provincial (2023) el sistema de salud cuenta con un total de 869 establecimientos de salud, de los cuales un 25% es de financiamiento privado y un 75% de financiamiento público. Por otra parte, del total de dichos centros de salud, 123 son establecimientos con internación (Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero, 2023).

Estos datos, basados en el Perfil Sanitario Provincial citado por el Plan Estratégico mencionado (2023) identifican establecimientos sanitarios estatales en todos los departamentos provinciales. A ello se suman 15 departamentos que cuentan con establecimientos de atención privada.

En la siguiente tabla, se encuentra detallada la cantidad de establecimientos por departamento:

Tabla 2. Distribución de establecimientos

La Zona Sanitaria representa el nivel de regionalización intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas y programas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud. Cada una de estas, articula el funcionamiento de sus recursos a través de un Hospital de Cabecera (zonal) el cual es responsable de coordinar y articular los hospitalares del área (Gobierno de Río Negro, s/f). En Santiago del Estero la norma técnica de este tipo de organización sanitaria data del año 1996 (Entrevista personal en funciones jerárquicas, Ministerio de Salud de la Provincia, 24 de febrero de 2023).

De acuerdo con la entrevista realizada a personal en funciones jerárquicas del Ministerio de Salud provincial (febrero, 2023), Santiago del Estero cuenta con 7 zonas sanitarias (ver gráfico)

5 “Zonas Sanitarias”). Según datos oficiales del Ministerio de Salud de la provincia (2021) existen 11 Hospitales Zonales a la fecha distribuidos en las localidades de: Añatuya, Campo Gallo, Fernández, Frías, Loreto, Ojo de Agua, Monte Quemado, Pinto, Termas de Río Hondo, Nueva Esperanza y Quimilí. En cuanto a los Hospitales Distritales y de Tránsito cuentan con 14 y 20 establecimientos respectivamente, distribuidos en el territorio provincial. A continuación, se describe según la entrevista, la composición de los tipos de atención hospitalaria en el interior provincial (hospitales zonales, distritales y de tránsito) y del primer nivel (postas sanitarias).

Los hospitales zonales se planifican como una planta administrativa-médica, que consta de un director, un vicedirector -en algunos casos- personal administrativo y de atención. Se cuenta con instalación sanitaria para el desarrollo de procesos quirúrgicos, procesos clínicos de adultos/as y niños/as, procesos obstétricos para la atención de embarazo, parto y puerperio, atención del/la recién nacido/a y las derivaciones de urgencias. Contarían, además con algunas especialidades particulares asociadas a la demanda de la población como cardiología, ginecología, entre otros.

Los hospitales distritales son de complejidad intermedia, sus dimensiones son mayores a las de hospitales de tránsito y cuentan con área de internación (entre 4 a 8 camas para hombres y mujeres). Suele tener una capacidad instalada de un laboratorio mínimo y de algunos equipos de complejidad, como de radiología y ecografía, incorporados en estos últimos años en algunos centros. Estos hospitales tendrían guardias de 24 horas y ambulancia para derivaciones. Respecto de su planta administrativa-médica, cuenta con director, personal administrativo y médico en especialidades básicas.

Los hospitales de tránsito tienen personal médico único, que puede estar acompañado por algunos enfermeros y agentes sanitarios que realizan trabajo territorial en articulación con las postas sanitarias. Su reducida planta administrativa-médica se configura en una carga subjetiva y laboral importante para el personal. Asimismo, en la entrevista se hace referencia a que el personal médico de estos hospitales ejerce su rol las 24 horas en tanto residen en las inmediaciones de la misma institución, lo cual configura esta carga subjetiva y laboral excesiva mencionada. Las demandas que llegan a este tipo de establecimientos forman parte de una red de derivación constituida por hospitales distritales en primer término, zonal en segundo término o bien, hospitales de cabecera provinciales, según complejidad.

El otro recurso importante en relación a la organización de los servicios de salud son los corredores sanitarios. Los mismos representan “los caminos trazados” desde el Ministerio de Salud para las derivaciones de las distintas instituciones sanitarias teniendo en cuenta la red vial que unen distintas ciudades. De esta manera la provincia cuenta con dos corredores, este y oeste, que toman como referencia las rutas nacionales nº 34 y nº 9 respectivamente y se trazan teniendo como destino los tres hospitales centrales en la provincia: el CISB (Centro Integral de Salud Banda), el Hospital Regional “Ramón Carrillo” y el Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón” (Cepsi).

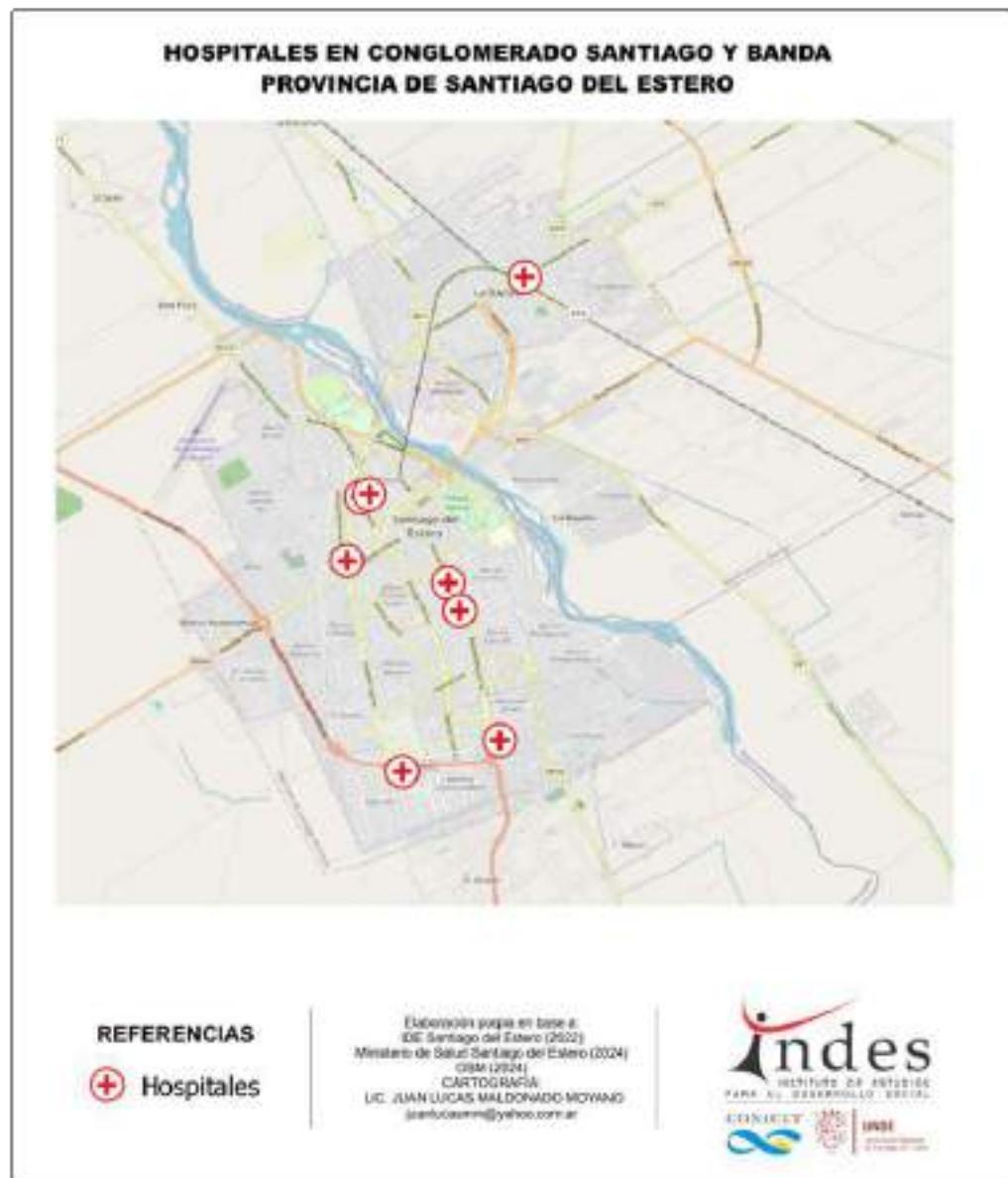
En ese sentido, el CISB gestiona el corredor este de la provincia y el Hospital Regional, el oeste. Ambos corredores derivan al Cepsi en caso de población menor de 18 años. De esta manera, los hospitales que están del lado este (desde los establecimientos ubicados entre Monte Quemado y Selva) por la ruta nacional N° 34, son derivados al CISB. Este centro, de acuerdo a la demanda, definirá si puede responder o deriva al Hospital Regional o al Cepsi. Del lado oeste, las demandas son recibidas por el Hospital Regional, que posee el nivel más alto y no cuenta con red de derivación a nivel provincial, pero sí a nivel nacional. Este establecimiento, asimismo, cuenta con los servicios de urgencia de mayor equipamiento, de maternidad y neonatología de mayor complejidad y de terapia intensiva más grande de la provincia.

## **Ciudad Capital y La Banda: expresión de la Concentración del Sistema y los Servicios**

De acuerdo a lo que venimos desarrollando, identificamos una concentración de servicios y personal de salud en el conglomerado urbano Capital-La Banda. Éste último cuenta con siete

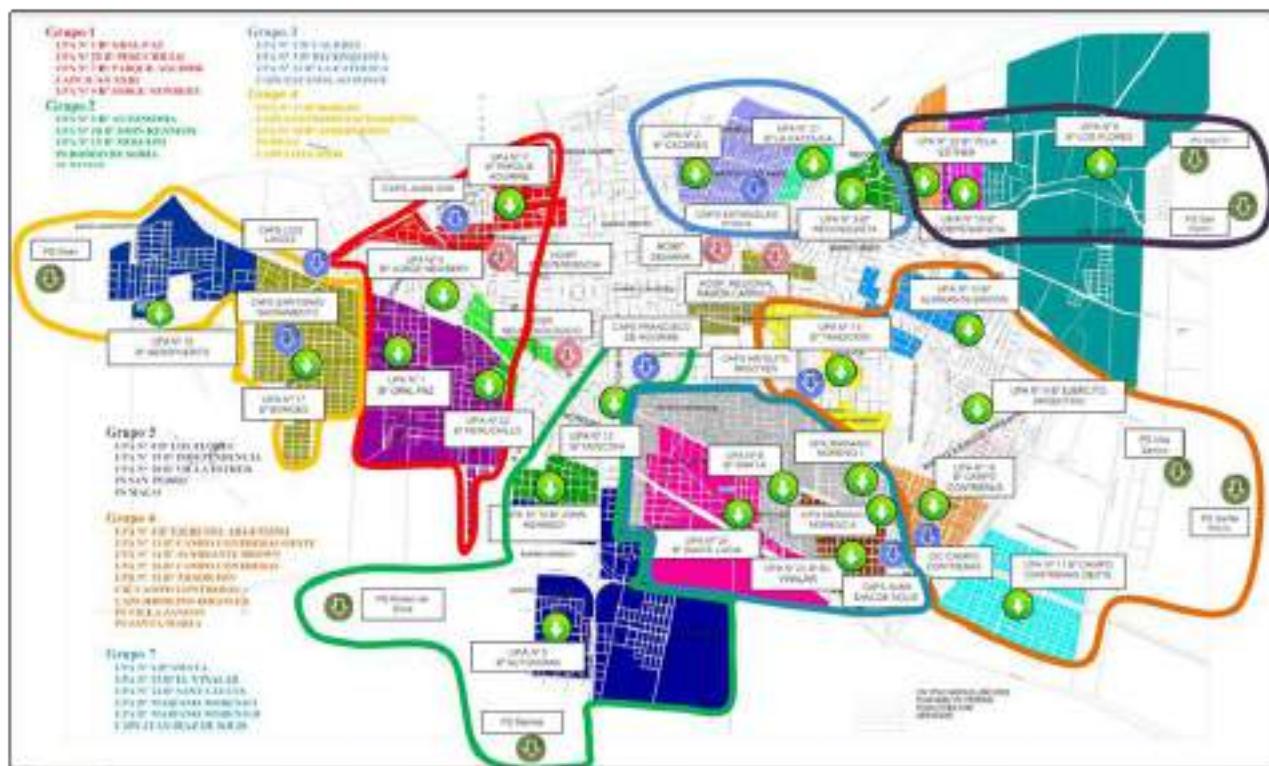
hospitales en Capital y uno en La Banda. Si bien, los mapas que exponemos aquí permiten reconocer una aparente distribución adecuada de establecimientos, sin embargo, en trabajos previos identificamos que el funcionamiento efectivo de los establecimientos, más allá de su distribución geográfica, se encuentra concentrado en el conglomerado urbano y todo se deriva a centros localizados allí (Silveti y Llanos Paz, 2021). En el siguiente gráfico se muestra la distribución de dichos establecimientos.

Gráfico 1. Establecimientos de atención hospitalaria en el Conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda (Maldonado, 2024)



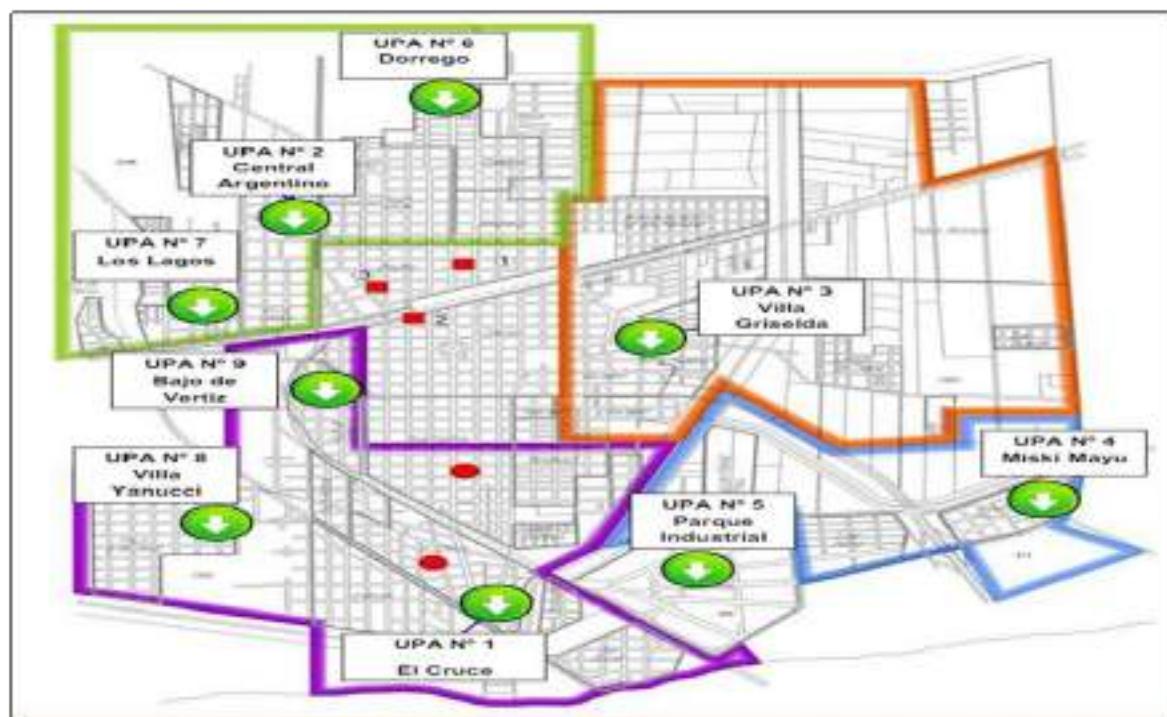
Asimismo, el departamento Capital, además de una distribución densa de centros de atención hospitalaria, cuenta con centros del primer nivel de atención de dependencia provincial y municipal, que se distribuyen en distintos barrios de la ciudad:

Gráfico 2. “Cartografía algunos centros 1er nivel 24-2-23 MSalProv” (página web Ministerio de Salud provincial).



En la localidad de La Banda, los centros de salud del primer nivel de dependencia provincial y municipal, se distribuyen del siguiente modo:

Gráfico 3. “Cartografía 1er nivel Banda” (página web Ministerio de Salud provincial, s/f).



Entre los servicios que se encuentran comprendidos en los centros del primer nivel de atención de Capital-La Banda, se encuentran:

Gráfico 4. “Servicios” (primer nivel de atención Capital-La Banda, página web Ministerio de Salud provincial)

Servicios			
Clinica	Pediatría	Familia	Endocrinología
Odontología	Obstetricia	Ginecología	Psicología
Cardiología	Guardias de Enfermería	Nutrición	Ecografía
Trabajo Social	Educación Sanitaria	Electrocardiograma	Toma de muestra para Análisis Clínicos
Podología	Traumatología	Colocación y extracción de Implantes	Diabetólogo
Oftalmología	Kinesiología	Toma de muestra de PAP	Toma de muestra COVID-19
Servicio de Rayos X	Vacunatorio	Entrega de leche	Farmacia
Gastroenterología	Testeo de VIH	Taller para Adultos Mayores	Consultorio de Diversidad Sexual
Otorrinolaringología	Neumonólogo	Toma de Muestra de Dengue	Fonoaudiología

A pesar de la aparente distribución de oferta de servicios sanitarios del primer nivel de atención, no todos los centros cuentan con estos servicios y tampoco lo hacen de forma permanente (Silveti y Llanos Paz, 2021).

### Distribución de Establecimientos de Salud Pública en el Interior Provincial

En el siguiente gráfico se refleja cómo se distribuyen los establecimientos de atención hospitalaria mencionados anteriormente (11 hospitales zonales, 14 distritales y 20 de tránsito).

Gráfico 5. Mapa de zonas sanitarias (Ministerio de Salud provincial, 2018)<sup>3</sup>

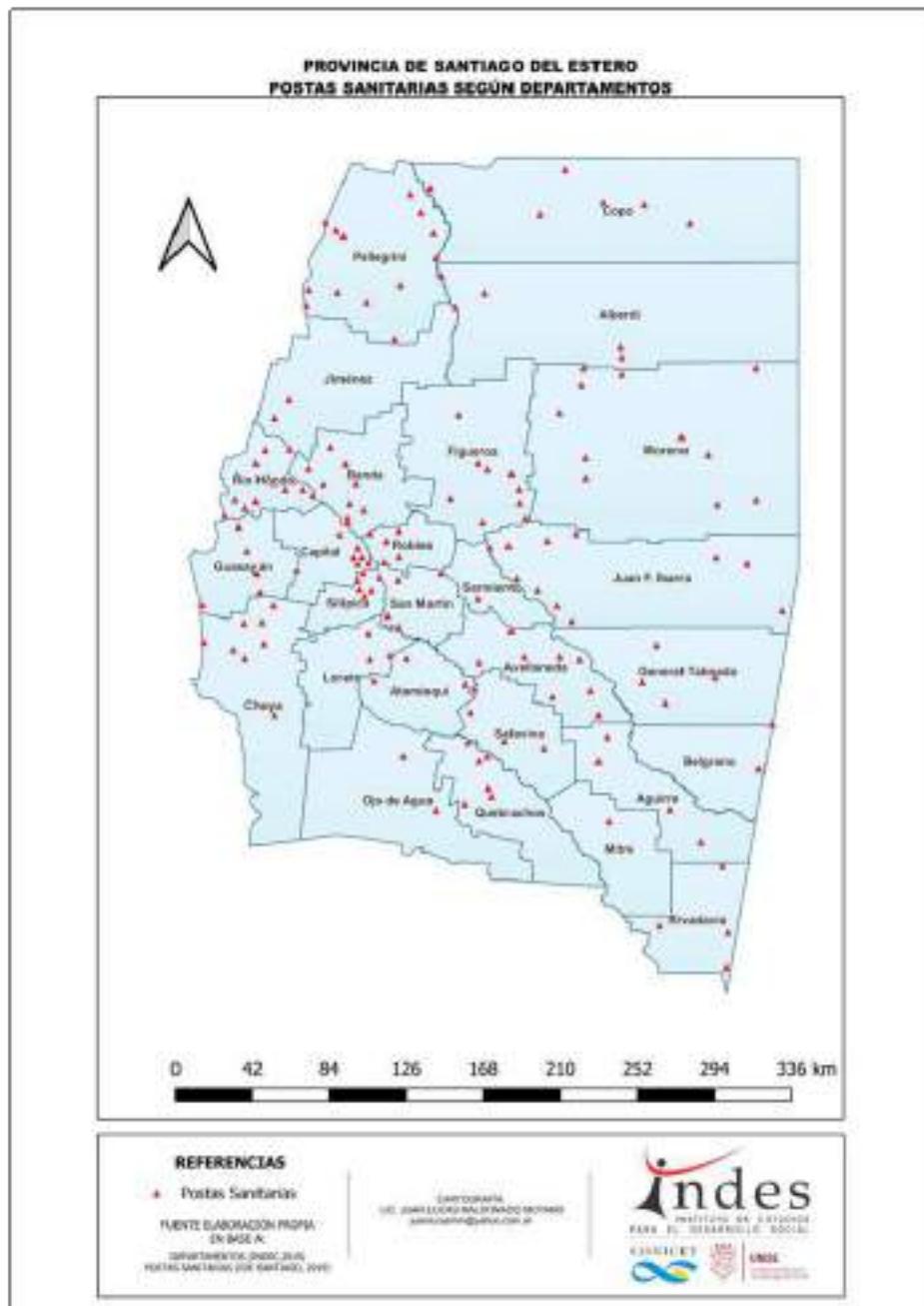
Si bien este gráfico representa una distribución de centros de atención hospitalaria del segundo nivel en todo el territorio provincial, identificamos que el desempeño del personal de salud, los recursos y su valoración es desigual. Esto refleja una configuración centro-periferia, que además de centralizar la respuesta sanitaria en hospitales, marca diferencias significativas entre la atención hospitalaria del conglomerado urbano Capital-La Banda y el interior (Silveti y Llanos Paz, 2021).

Respecto de la distribución de establecimientos del primer nivel de atención del interior

<sup>3</sup> Este mapa hemos obtenido mediante correo personal (Pereyra, 2018). No se encuentra disponible como información que brinda el sitio web del Ministerio de Salud de la provincia.

(de tipo postas sanitarias), detallamos el siguiente mapa:

Gráfico 6. Distribución de postas sanitarias (Maldonado, 2024)



En relación con las postas sanitarias la provincia cuenta con más de 400 establecimientos que son designados como oficiales provinciales y también hay otras postas que pertenecen a comisiones municipales o de algunas ONGs. De acuerdo con la entrevista realizada a personal en funciones jerárquicas del Ministerio de Salud provincial:

“Una posta es una pequeña institución en un paraje determinado que está a cargo de un agente sanitario o de una enfermera. Su función consiste en el control de los factores de riesgo de la población a través de un censo, a través de una cartografía y a través de la aplicación de acciones específicas como la vacunación y el control de peso y talla de los niños. Ello con el objetivo de construir un perfil de la población, desde la mirada socio sanitaria y de salud” (febrero 2023).

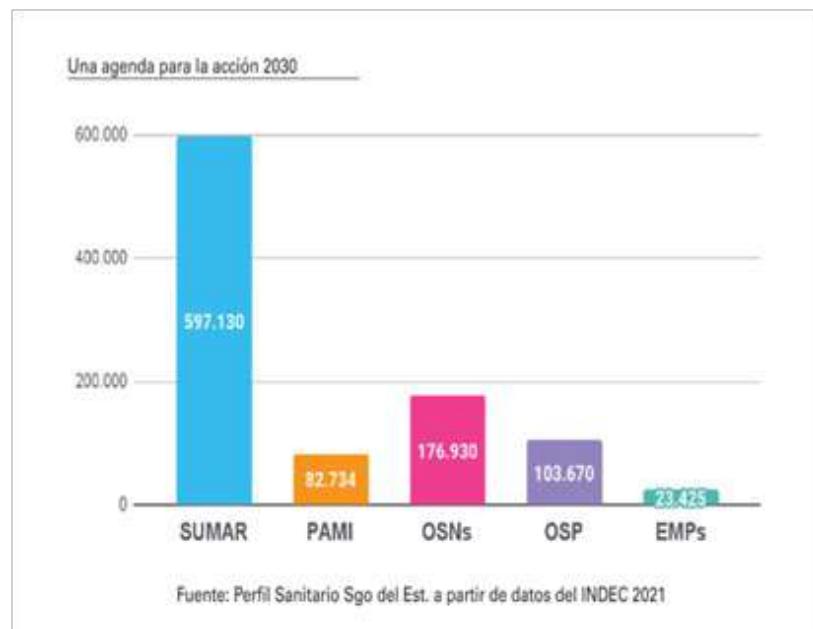
Con lo expuesto, entendemos que la amplia extensión territorial y dispersión poblacional en las zonas rurales en el interior provincial no se encuentra comprendida entre políticas de acceso sanitario y esto configura obstáculos para la atención, produciendo lo que algunos autores denominan vulnerabilidad sanitaria (Rosati *et al.*, 2020). El índice de vulnerabilidad sanitaria permite, entre otras cosas, reflejar los itinerarios (distancia y tiempo) que realizan las personas desde sus hogares para llegar a establecimientos sanitarios y efectores de salud (Rosati *et al.*, 2020). Este índice incluye, no solo las distancias y tiempos, sino los tipos de condiciones viales que son necesarias recorrer para llegar a establecimientos de salud y los tipos de transporte disponibles. En Santiago del Estero, la mayor parte de los caminos del interior no tienen mantenimiento y son frecuentemente intransitables. Además, la red de transportes pública y privada y sus costos deja muchas zonas sin posibilidad de acceder a ello (Cordero, 2021; Canevari, 2011; Silveti y Llanos Paz, 2021; Silveti *et al.*, 2024).

## Algunos Datos de Cobertura Sanitaria Provincial

La cobertura de la salud de la población representa un aspecto relevante al momento de caracterizar el sistema de salud. En este sentido los planes y programas se constituyen en el nexo entre la población y el sistema de salud.

De acuerdo con el informe provincial de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la provincia (2023), el 60,7% de las personas que cuentan con cobertura de salud corresponde al Programa estatal nacional Sumar, el resto de la población accede a servicios y personal de salud por medio del PAMI, obras sociales, etc. El Programa Sumar es una política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Sumar tiene como antecedente al Plan Nacer que se inició en 2004 en las provincias del norte argentino y en 2007 se extendió al resto del país para brindar cobertura de salud a la población materno-infantil sin obra social. A continuación, mostramos un gráfico con estos datos.

Gráfico 7. Cobertura de salud en la provincia



Respecto de población sin cobertura de salud, de acuerdo con datos del censo 2022 (que trabaja sobre una población total que no incluye a personas que viven en situación de calle) en la provincia de Santiago del Estero, el 56,03% no cuenta con cobertura -no tiene obra social, prepaga ni plan estatal- (INDEC, 2022).

Advertimos que existe una disparidad de datos que aparecen en el informe provincial (que toma estadísticas nacionales de 2021) y las estadísticas nacionales del Censo 2022. Sin embargo, no logramos acceder a mayores informaciones.

## Indicadores de Situación de Salud Provincial

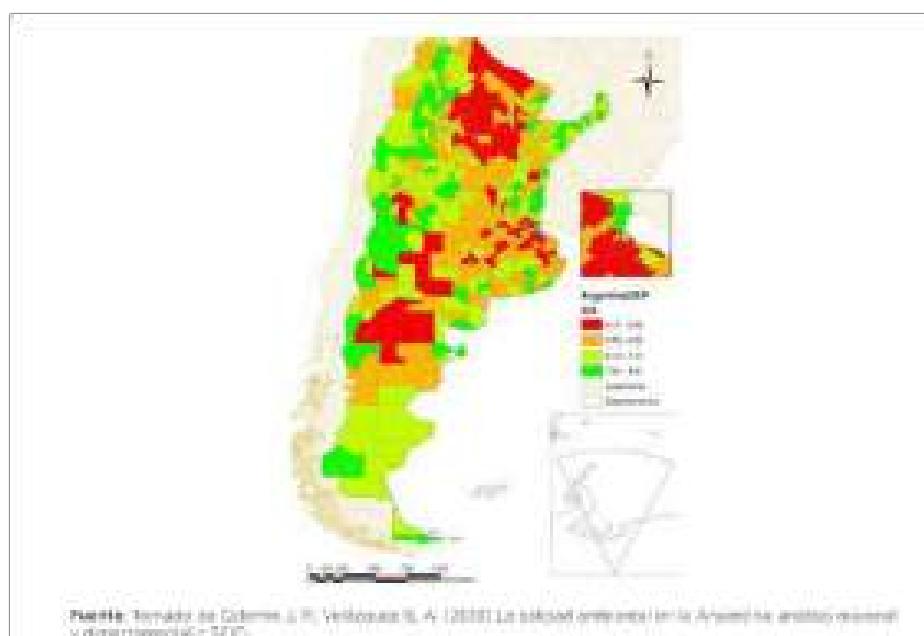
Este apartado focaliza en algunos indicadores de situación de salud relevados por el INDEC y la DEIS, en relación con indicadores que consideramos potenciales para reflejar la situación de salud (salud socioambiental, mortalidad infantil y materna, y partos y nacimientos en adolescentes).

### Relaciones entre salud y ambiente

De acuerdo con el informe de Análisis de situación de salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2018), los departamentos más afectados respecto del Índice de Calidad Ambiental pertenecen a provincias como Formosa, Chaco o Santiago del Estero, como lo muestra el gráfico 8. Este Índice se propone dimensionar la magnitud de algunos problemas ambientales que afectan el bienestar de la población y, por otra parte, una cuantificación de la percepción en el caso de elementos subjetivos como la valoración de los recursos escénicos o de los elementos de esparcimiento (Celemín y Velázquez, 2015).

La amplitud del territorio santiagueño y la población rural dispersa, ubica a la provincia ante el desafío de cubrir y tener registrado el Índice de Calidad Ambiental. El Ministerio de Salud provincial posee un área de salud ambiental, sin embargo, en una entrevista como parte de un trabajo previo (Schmidt *et al.*, 2018), esta área se ocupa solamente de contextos urbanos. Esto refleja que el organismo deja de lado a la gran población rural dispersa que vive en estos territorios y que, en los últimos años debido a la expansión de la frontera agroexportadora, ha venido sufriendo el deterioro de la calidad ambiental de sus territorios, debido a la pérdida de bosques nativos y la aplicación de agroquímicos para la producción del agronegocio. El gráfico que colocamos en esta sección muestra que los territorios más deteriorados de la provincia se encuentran en la zona oeste, donde la frontera agrícola ha venido avanzando con la deforestación y donde justamente es zona rural con población dispersa.

Gráfico 8. Índice de Calidad Ambiental



## Mortalidad materna e infantil

La información sobre mortalidad es fundamental para evaluar los programas de salud y definir acciones o estrategias. La información sobre mortalidad, natalidad y movimiento migratorio constituyen un eje fundamental en el estudio de la dinámica demográfica de una población. Junto con la información proveniente de los censos de población proporcionan, además, los datos básicos para estimar la esperanza de vida y elaborar otros indicadores relevantes sociodemográficos y de salud (OPS, 2017).

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad posneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año. La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Se expresa habitualmente cada mil nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En 2022, la tasa de mortalidad infantil de la provincia fue de 9 y la media nacional fue de 8,4 (DEIS, 2022). Mientras que la razón de mortalidad materna en la provincia fue de 8,6 en relación con una media nacional de 3,4, como se muestra en la tabla 3, una de las estadísticas más elevadas del país, junto a la provincia de Chaco.

Tabla 3. Indicadores de mortalidad materna e infantil (DEIS, 2022)

JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA	TASA DE NATALIDAD	TASA DE NUPCIALIDAD	TASA DE MORTALIDAD GENERAL	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	RAZÓN DE MORT. MATERNA	TASA DE MORT. PERINATAL
REPÚBLICA ARGENTINA	10,7	3,0	8,6	8,4	3,4	11,1
Cuid. Aut. de Buenos Aires	5,0	4,4	10,8	6,0	1,2	6,1
Buenos Aires	9,7	3,2	8,8	7,9	2,9	10,3
Partidos del Aglom. GBA	9,5		8,0	7,9	3,3	9,7
Catamarca	11,3	2,3	7,5	5,9	4,2	10,2
Córdoba	10,8	2,6	9,3	7,5	3,4	10,5
Corrientes	12,6	1,9	7,9	13,6	6,9	17,7
Chaco	14,7	3,2	8,1	10,9	8,3	12,5
Chubut	9,6	2,5	6,5	8,4	3,2	10,3
Entre Ríos	10,7	2,5	9,1	10,8	2,6	16,6
Formosa	13,8	2,1	7,6	15,1	5,9	16,8
Jujuy	9,9	2,2	6,9	7,9	2,6	12,6
La Pampa	9,6	1,4	8,1	6,9	—	8,5
La Rioja	10,9	1,8	6,9	10,7	6,8	13,3
Mendoza	10,5	2,7	8,1	6,7	1,4	8,9
Misiones	15,2	3,7	7,3	8,2	4,5	13,2
Neuquén	11,0	3,4	6,1	4,4	1,3	7,3
Río Negro	10,5	3,2	7,1	8,2	5,0	11,0
Salta	12,8	2,2	6,5	8,9	5,3	10,4
San Juan	13,1	2,5	7,8	8,3	1,9	12,5
San Luis	10,7	2,2	7,6	8,5	1,8	12,1
Santa Cruz	9,5	3,0	5,1	9,8	5,5	9,8
Santa Fe	11,5	3,0	9,7	8,3	4,1	10,3
Santiago del Estero	11,7	1,5	7,2	9,0	8,6	8,3
Tucumán	11,9	2,6	7,9	11,0	2,9	12,8
Tierra del Fuego	8,5	3,3	4,2	3,9	—	5,2

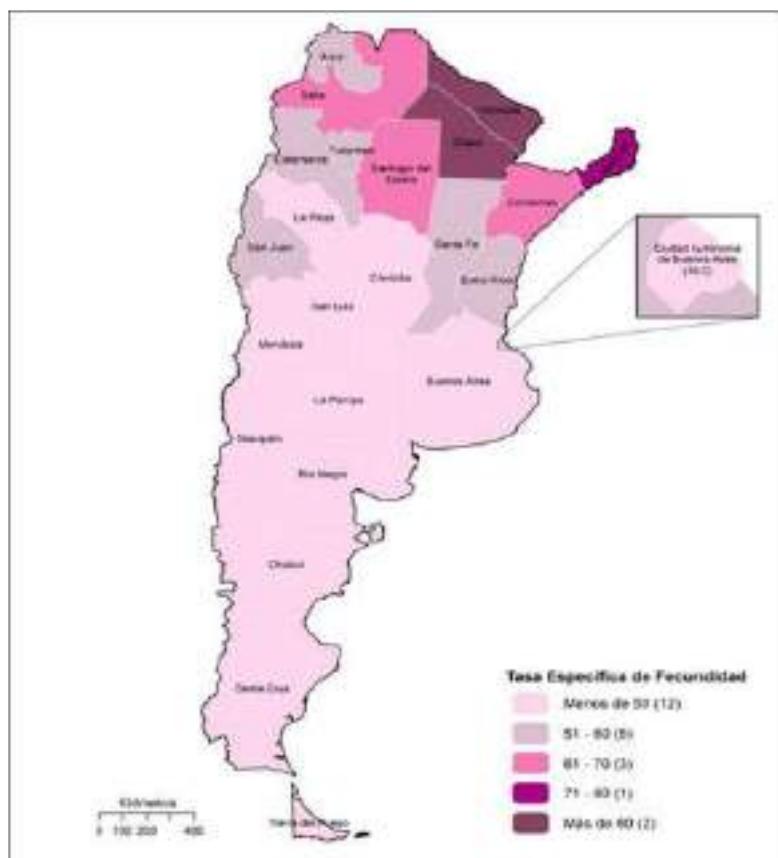
## Partos y nacimientos

En general suelen emplearse dos indicadores para dar cuenta de la evolución del embarazo en la adolescencia: la tasa específica de fecundidad adolescente y el porcentaje de nacimientos en madres menores de 20 años respecto del total de nacimientos. El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes pone en relación el comportamiento reproductivo de las adolescentes con el de los demás grupos de edad. La tasa de fecundidad adolescente, por su parte, pone en relación la cantidad de nacidos vivos de mujeres de 19 años y menos con la cantidad total de mujeres de 10 a 19 años, en el mismo lugar geográfico y año. La tasa de fecundidad adolescente se suele presentar también desagregada en tasa de fecundidad adolescente temprana (de mujeres de 10 a 14 años) y tasa de fecundidad adolescente tardía (de mujeres de 15 a 19 años) (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2022).

El embarazo en la adolescencia tiene profundos efectos en la trayectoria de vida. Además, tiene una relación de mutua implicación con las desigualdades sociales, en tanto deriva de ellas y al mismo tiempo tiende a profundizarlas (Del Cid *et al.*, 2022). El impacto del embarazo en la adolescencia tiene consecuencias directas para las adolescentes en tanto incide profundamente en las posibilidades de desarrollo educativo, laboral y personal de las adolescentes y jóvenes (Plan ENIA, 2019).

Para 2018 en Argentina, las tasas más altas de fecundidad adolescente se concentraron en las provincias más pobres, destacando Chaco y Formosa, dos territorios que históricamente experimentaron altos niveles de marginación. En un segundo grupo, destacan Misiones, Corrientes, Santiago del Estero y Salta, donde residen sectores de población con vulnerabilidades profundas (Del Cid *et al.*, 2022).

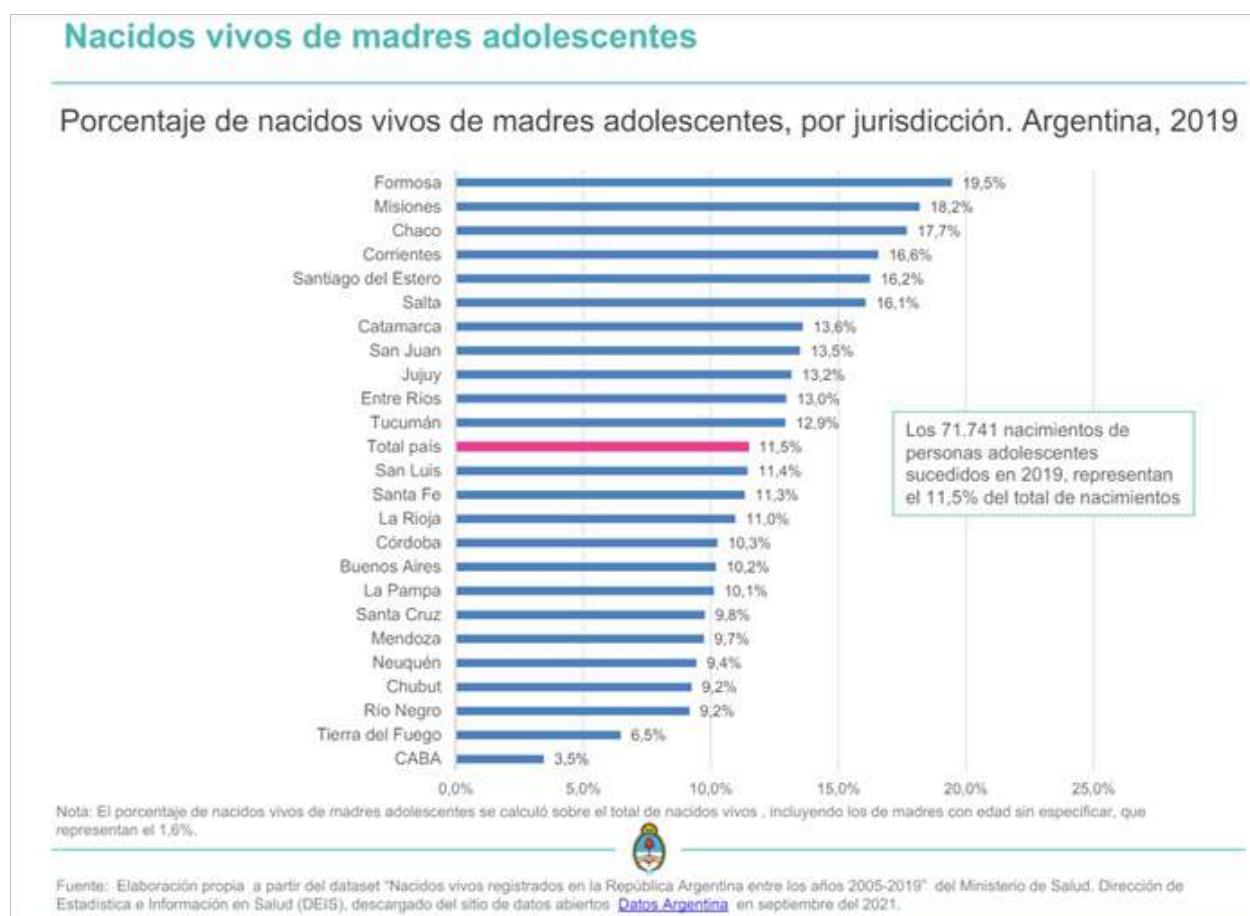
Gráfico 9. Tasa específica de fecundidad



Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2018)

Por otro lado, respecto del indicador de nacidos vivos, de acuerdo con el gráfico 10, del total de nacimientos ocurridos en 2019, las provincias con el mayor registro de nacimientos de adolescentes fueron: Formosa (19,5%), Misiones (18,2%), Chaco (17,7%), Corrientes (16,6%) y Santiago del Estero (16,2%). Ello ante un porcentaje nacional del 11,5% (Dirección Nacional de Población, 2021 en base a Ministerio de Salud, DEIS, 2019).

Gráfico 10. Partos y nacimientos en adolescencias



En 2017 comienza a implementarse en Argentina, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA), constituyéndose en la primera política pública que se plantea una intervención integral e intersectorial en el tema. Esta política interministerial, con enfoque de derechos, de género y de equidad social se implementó de manera focalizada en 12 provincias del país con las tasas más altas de fecundidad adolescente, incluida Santiago del Estero, específicamente en cuatro departamentos de mayor concentración poblacional: Capital, Banda, Río Hondo y Robles. Su implementación local desde 2018 a 2023 ha generado un descenso pronunciado del embarazo no intencional adolescente. Los resultados del Censo 2022 coinciden en los impactos de reducción del 50% en la cantidad de adolescentes con hijos/as (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, 2024).

## Consideraciones Finales

En este trabajo sistematizamos información en torno a la organización sanitaria y la situación de salud de la provincia de Santiago del Estero. Esta descripción y caracterización contemporánea permitió resolver (dentro de lo posible) la falta de acceso a datos públicos que permitan contex-

tualizar investigaciones en salud local. A partir de allí, buscamos dar cuenta de las distancias que existen entre las políticas sanitarias de distribución de establecimientos y servicios de salud que, a pesar de ser aparentemente adecuada, no logra mejorar indicadores de situación de salud en aspectos críticos como cobertura, mortalidad infantil, embarazo adolescente y calidad ambiental.

En relación a los datos estadísticos, resaltamos que ha significado una limitación para el trabajo la inexistencia y/o no disponibilidad constante de una base de datos y cartografías de información pública sanitaria a nivel provincial. La página oficial del organismo público sanitario provincial no contiene actualizaciones en cuanto a la organización sanitaria en general. Por otro lado y vinculado a los obstáculos en el acceso a los datos oficiales locales, existen ciertas barreras burocráticas para el acceso a la información pública sanitaria, tales como el pedido de cumplimentación de requisitos formales al presentar un pedido de información pública, los circuitos que debe seguir el trámite en tanto se debe presentar como expediente, la dilatación, no respuesta o rechazo institucional, la imposibilidad de acceder a normativas que se mencionan en entrevistas, entre otras.

Para concluir, destacamos algunos de los aspectos presentados. Por un lado, la aparente distribución de establecimientos de salud en toda la geografía provincial como lo muestran los gráficos no condice con la situación de salud descripta. El análisis de esta distribución edilicia no da cuenta de las prestaciones y usos que efectivamente se realizan ni de la distribución de fuerza laboral sanitaria, que brindaría mayores precisiones acerca de la centralización de servicios sanitarios en el conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda.

De este modo, este trabajo nos permite aproximarnos a una hipótesis acerca de la relación entre la organización sanitaria provincial y la situación de salud: a pesar de que existe una distribución geográfica de centros de salud (edificios) de diferentes niveles, el acceso a personal y servicios no es correlativa, dado que no existe infraestructura de caminos, transporte y personal de salud suficiente en cantidad y calidad, ni recursos materiales para garantizar el acceso a personal y servicios de salud a toda la población.

Por otro lado, consideramos importante resaltar que, en el Plan Estratégico Provincial mencionado, se sostiene una lógica de dependencia epistemológica y política con los lineamientos de Organismos Internacionales, al alinearse discursivamente con la propuesta de “Una Salud”, como principio rector de implementación de nuevas políticas sanitarias. Es llamativo que esta respuesta se ubica en primer lugar en el apartado de Salud del Plan Estratégico, dejando en segundo lugar el análisis de problemáticas locales situadas. Esta lógica, que parte de establecer una respuesta basada en producciones extranjeras antes de analizar los problemas de los territorios, produce desarticulaciones entre territorios y políticas y subordinación de la producción de conocimientos locales, dinámica histórica y estructural en países denominados del Sur Global (Basile y Feo, 2022). De acuerdo a las políticas diagramadas en el Plan Estratégico Provincial, se ve reflejado cómo dinámicas globales de organismos internacionales y países del Norte Global impregnán las políticas sanitarias locales. Mientras que la agenda sanitaria local está interesada por abrazar lineamientos de organismos internacionales, la población de la provincia debe lidiar con la falta de accesibilidad básica al sistema de salud, reflejado en la situación de salud descripta.

## Bibliografía

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Red de Acceso al Aborto Seguro, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (2024). Informe: Plan ENIA en riesgo. Razones para sostener una política pública clave para revertir la reproducción intergeneracional de la pobreza. 19 de septiembre. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4780>

Basile, G., & Feo-Istúriz, O. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de

- salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D. D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53, s132-s142.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53(supl. 2), s96-s109.
- Canevari, C.; Hoyos, N.; Isac, R. y Domínguez, B. (2023). Los derechos sexuales y (no) reproductivos en suspenso en territorios rurales y urbanos de Santiago del Estero, Argentina. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.*; 12(4), 85-102. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1025>
- Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.C
- Celemín, J. P., & Velázquez, G. Á. (2015). Elaboración y aplicación de un índice de calidad ambiental para la región del nordeste argentino, 2010. *Economía, sociedad y territorio*, 15(47), 123-151.
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. *Trabajo y sociedad*, 22(37), 589-617.
- Cuadernillo Perfil Sanitario Provincial Santiago del Estero- Ministerio de Salud de la Nación- (2022). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/perfil-sanitario-provincial-santiago-del-estero>
- Del Cid, J., Flamand, L. y Olmeda, J. (2022). Embarazo en la adolescencia desde una perspectiva de derechos. Diagnóstico e intervenciones públicas en América Latina y el Caribe. En *Informe Danzar en las brumas: Géneros y juventudes en entornos desiguales en América Latina y el Caribe*. Unesco, Colegio de México, Clacso. <http://danzarenlasbrumas.org/wp-content/uploads/2022/03/InformeGyJ-DanzarBrumas-vpreprint.pdf>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud [DEIS] (2022). Estadísticas Vitales-Información Básica. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie\\_5\\_nro\\_66\\_anuario\\_vitales\\_2022\\_3.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_66_anuario_vitales_2022_3.pdf)
- Domínguez-Alonso, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud pública de México*, 53, s168-s176.
- Gallart, M. (1992). La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. En F. Forni, MA Gallart & I. Vasilachis (eds.), *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación* (pp. 107-152). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Argentina.
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Buss, P. M., Fleury, S., Gadelha, C. A. G., Galvão, L. A. & Santos, R. F. D. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saude publica*, 35, e00012219.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53, s144-s155.
- Hupe, P., & Hill, M. (2007). Street-Level bureaucracy and public accountability. *Public administration*, 85(2), 279-299.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INDEC- (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC- (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC- (2024). Encuestas Permanentes de Hogares primer semestre de 2023. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud pública de México*, 53, s177-s187.

- Maldonado, J. (2024). Hospitales en conglomerado santiago y banda. Provincia de Santiago Del Estero. Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (UNSE/CONICET). Comunicación personal, mayo.
- Mancini, M. (2014). Régimen político, gestión estatal e implementación de políticas a nivel subnacional. El caso de Santiago del Estero, Argentina. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 9(15), 151-176.
- Minayo, M. C. D. S. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. 334 págs. Lugar.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018) Análisis de situación de salud: República Argentina, [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-anlisis\\_de\\_situacion\\_de\\_salud\\_-\\_republica\\_argentina\\_-\\_asis\\_2018\\_compressed.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-anlisis_de_situacion_de_salud_-_republica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación (2021) Natalidad y mortalidad infantil Argentina – Año 2021. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad\\_mortalidad\\_infantil\\_2021.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). Perfil sanitario provincial Santiago del Estero. Noviembre.
- Ministerio de Salud de Santiago del Estero (2021). Hospitales del Interior. <https://msaludsgo.gov.ar/web/hospitales-del-interior/>
- oNavarro Pérez P., Gómez, M., Villegas, P., Garrido, C., & Martin, N. L. (2015). *Ánálisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina*. Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017). Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos\\_esp-web.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos_esp-web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2023). Política sobre el personal de salud 2023: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>
- Organización Mundial de la Salud (2023a). Una sola salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
- Organización Mundial de la Salud (2023b). Capacidad del personal nacional para realizar las funciones esenciales de salud pública, con atención a la preparación y respuesta ante emergencias: hoja de ruta para armonizar las contribuciones de la OMS y los asociados. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365750/9789240067912-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
- Pereyra, H. (2020). "Vivo aquí ¿qué quieren que haga?": dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural. *Teoria e Cultura*, 15(1).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ar/El-sistema-de-salud-argentino----pnud-ops-cepal-version-final.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022). Mapa de Desarrollo Humano en Argentina. Serie políticas para la recuperación. Número 4. [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/PNUD\\_ElMapaDelDesarrollo\\_FINAL\\_1.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/PNUD_ElMapaDelDesarrollo_FINAL_1.pdf)
- Rosati, G. F., Olego, T. A., & Vazquez Brust, H. A. (2020). Vulnerabilidad sanitaria 2010-2018.
- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como campo; Tensiones, estrategias

- y opacidades. *Debate Público*, 6(12).
- Schmidt, M. A., Tobías, M., Merlinsky, M. G., & Toledo López, V. B. (2022). Conflictos por el agua y el uso de agroquímicos en Salta y Santiago del Estero, Argentina: un análisis desde la ecología política *Agua y Territorio*, 21. <https://doi.org/10.17561/at.21.5889>
- Schmidt, M., Grinberg, E., Langbehn, L., Álvarez, A., Pereyra, H., Toledo López, V., & Ceirano, V. (2018). Riesgos e impactos socio-sanitarios de las fumigaciones con agroquímicos en las provincias de Salta, Santiago del Estero y Santa Fe. *Informe final presentado a la Convocatoria a Becas de Investigación SALUD INVESTIGA Dr. Abraam Sonis*.
- Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero (2023) Plan Estratégico de Ciencia, Innovación y Tecnología: Santiago del Estero, 2023-2030. <https://www.unse.edu.ar/images/secyt/SICIyT/Plan%20Estrategico%20de%20Ciencia%20Innovacion%20y%20Tecnologia%20SDE2023-2030.pdf>
- Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (2022). Indicadores de niñez y adolescencia Fecundidad adolescente. Argentina 2019 Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf\\_dngdi-indicadores\\_nna-fecundidad\\_adolescente-arg2019\\_25\\_abr\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-fecundidad_adolescente-arg2019_25_abr_2022.pdf)
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2019). Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. 1a ed adaptada Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro digital. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files>
- Silva Paim J. y Almeida Filho N. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuad. Méd. Soc. 75: 5-30. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6060>
- Silveti, L. (2019) Nuevas preguntas para viejos problemas. Genealogía del Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón”, Santiago del Estero. [Tesis de Maestría]. Facultad de Humanidades, Cs. Sociales y de la Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero
- Silveti, L. y Llanos Paz, R. (2021) Informe Técnico. Eje Salud. Proyecto de Investigación “Identificación de estrategias y dispositivos institucionales y comunitarios significativos para mitigar los efectos sociales del aislamiento social preventivo obligatorio en los territorios”. Programa de articulación y fortalecimiento COVID-19 07/2020 al 06/2021 MinCyT. SDE01.
- Silveti, L. L., Pereyra, H., Hoyos, N. P., & Santillán, S. D. (2024). ¿Silenciar, problematizar o condenar? Análisis de noticias digitales sobre situaciones sociosanitarias en el interior de Santiago del Estero, Argentina. *Dixit*, 38.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.