

Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas

IV Jornadas de la Red
de Antropología y Salud de Argentina

Compiladoras
Ana Pérez Declercq, María Eugenia Suárez

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

**Antropologías y Salud:
Diálogos posibles entre la investigación,
la formación y las políticas públicas**

COMITÉ ACADÉMICO

Dr. Eduardo Menéndez

CIESAS, México

Dra. Valeria Alonso

INE – ANLIS- UNMdP

Dra. Catalina Buliubasich

ICSOH - CONICET - UNSa

Dra. Ana Domínguez Mon

IIDYPCA, UNRN

Dra. Raquel Drovetta

CONICET- UNVM

Dra. María Epele

FSOC, UBA - CONICET

Dra. Mabel Grimberg

ICA, FFyL, UBA - CONICET

Dra. Silvia Hirsch

EIDAES/UNSAM

Dra. Mariana Lorenzetti

IESyH, UNaM-CONICET

Dr. Diego Marco

IPE-CONICET - UNSa

Dra. Susana Margulies

ICA, FFyL-UBA

Lic. Morey María Eugenia

ICA, FFyL-UBA

Dra. Susana Ortale

FaHCE, UNLP - CIC/PBA

Dra. María Laura Recoder

ICA, FFyL-UBA

Dra. Alejandra Roca

ICA, FFyL, UBA-IDEPI - UNPAZ

Dra. María Emilia Sabatella

IIDYPCA, UNRN- CONICET

Dr. Marcelo Sarlingo

FSOC, UNICEN

Dr. Matías Stival

CEAS - UNR

Dra. Anahí Sy

DESACO, IJDH, UNLa - CONICET

Lic. Marcela Valdata

CEAPROS FHtyA - UNR

Dra. Andrea Villagran

ICSOH - CONICET - UNSa

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Florencia Arri

Repsicom

Lic. Eugenia Belmont

UNSa

Lic. Ailin Cardozo

UNSa - HPMI

Dra. María Eugenia Flores

ICSOH CONICET- UNSa

Dra. Ana Pérez Declercq

OVcM – UNSa

Lic. Adriana Rodríguez

RIAPS

Mg. Sandra Rodríguez Echazú

Museo de Antropología - UNSa

Dra. Cristina Serapio

ICSOH CONICET- UNSa

Mg. María Eugenia Suárez

ICSOH - CONICET - UNSa

IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina

**Antropologías y Salud:
Diálogos posibles entre la investigación,
la formación y las políticas públicas**

Compiladoras

Ana Pérez Declercq, María Eugenia Suárez

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA



Pérez Declercq, Ana

Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas: Actas de la IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina / Ana Pérez Declercq; María Eugenia Suárez; Compilación de Ana Pérez Declercq; María Eugenia Suárez. - 1a ed. - Salta: Ana Pérez Declercq, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-00-9423-6

1. Antropología Social. 2. Salud. 3. Políticas Públicas. I. Suárez, María Eugenia. II. Pérez Declercq, Ana, comp. III. Suárez, María Eugenia, comp. IV. Título.

CDD 301



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. Los contenidos de este libro de actas son responsabilidad única y exclusiva de los autores firmantes de cada texto en particular.

ÍNDICE

Presentación.....	13
Paneles centrales y conversatorios.....	17

GRUPO DE TRABAJO

TERRITORIALIDAD, SALUD Y FORMACIÓN PROFESIONAL EN CONTEXTOS PLURICULTURALES, PLURILINGÜES Y DE DESIGUALDAD: DILEMAS, EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS

La etnobotánica aplicada a la promoción de la salud intercultural en el servicio de APS de Jujuy, desde espacios colectivos de investigación participativa y extensión universitaria	27
<i>Adolfo Calvo Redondo, Vilma Roxana Guzmán</i>	

GRUPO DE TRABAJO

LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y MIGRANTES: ACCESO, PRÁCTICAS DE CUIDADO E INTERCULTURALIDAD

Cuidados y diversidad sociocultural en el Barrio Villa Luján, Pte. Derqui, Pcia. Buenos Aires	39
<i>Paola Diarte, Mercedes Toscana, Paula V. Estrella y Daniela Mendoza</i>	
Síndromes culturales en la isla de Chiloé reverberaciones sobre nuestros quehaceres en el campo del psicoanálisis	51
<i>Ana Graciela Holand</i>	

GRUPO DE TRABAJO

DEBATES SOBRE GÉNEROS Y SEXUALIDADES EN LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Conocimientos expertos psi e identidades trans: relatos de profesionales a partir de la ley de identidad de género en Argentina ...	67
<i>Romina Del Mónaco</i>	

GRUPO DE TRABAJO
DILEMAS Y TENSIONES EN EL ABORDAJE DE LA DIVERSIDAD Y
LAS DESIGUALDADES EN EL CUIDADO Y EL ACCESO A LA SALUD.
PASADO Y PRESENTE

Abordaje Sindémico del Cuidado de la Salud en Enfermería en
Salta: Diversidad y Desigualdades en el Cuidado y Acceso a la Salud .. 81
Laura P. Sánchez, Felipe Lescano, Laura M. Oroscó, Martín H. Justo Ricci,
María del Carmen Medina, Sergio Flores Aguirre, Bernardo
Daniel Taverna

GRUPO DE TRABAJO
PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS EN
ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Salud, género y cannabis: explorando las estrategias de mujeres
cannabicultoras en Argentina frente a la regulación estatal 89
Raquel Irene Drovetta

Som ao redor: Entrevistas, gravações, audições e metodologia 103
Soraya Fleischer

GRUPO DE TRABAJO
ALIMENTACIÓN, INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y MALNUTRICIÓN:
DE CÓMO LAS CRISIS Y DESIGUALDADES IMPACTAN EN LOS
CUERPOS Y EN LA SALUD

Consumo alimentario y seguridad hídrica en una comunidad
originaria del norte de Argentina 115
Sofía I. Olmedo

La alimentación de las mujeres qom con Artritis Reumatoidea
(AR) en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina 129
Marcela Valdata, Rosana Quintana, Gabriela Giribaldi, Ma. de Lourdes
Guggia, Cecilia Camacho, Milagros Caamaño, Evelyn Oviedo, Rocío
Paoloni

Escorbuto por falta de acceso a los alimentos. Reporte de un caso
paradigmático en la zona sur de la ciudad autónoma de Buenos
Aires. Seguimiento a largo plazo de los obstáculos y estrategias
para ejercer el derecho a la alimentación..... 143
Cristal Bury, Natalia Correa, Mariana Higa Kambara, Adriana Vacca,
Dina Villalva

Las mujeres y el derecho humano a la alimentación: Desde la producción hortícola hasta la olla.....	155
<i>Noelia Vera, Yasmín Dávalos</i>	

GRUPO DE TRABAJO
PROBLEMAS Y ESTRATEGIAS COLECTIVAS DE SALUD EN LOS TERRITORIOS RURALES. APROXIMACIONES CRÍTICAS DESDE LA ANTROPOLOGÍA Y GÉNERO

Relato y Experiencia de campo: Cuando la problemática del género no es una problemática	169
<i>Julia Arregui</i>	

La mirada de los profesionales de la salud: desafíos en el abordaje del embarazo en la adolescencia en contextos interétnicos	177
<i>Ana Barandela</i>	

Cartografías de género y salud en los territorios rurales del sudeste bonaerense	189
<i>Valeria Alonso</i>	

GRUPO DE TRABAJO
SALUD Y TERRITORIO: LA PRODUCCIÓN DE CUIDADOS SITUADOS

Grupo de vivienda y hábitat de La boca: sin derecho a la vivienda no hay derecho a la salud.....	203
<i>Adriana Armanini, Carolina Sticotti, Cecilia Quattrucci, Georgina Carluccio, Natalia Correa, María Paula Sabato</i>	

Tensiones en el trabajo territorial en el primer nivel de atención en el Barrio de La Boca	213
<i>Adriana Armanini, Georgina Carluccio, Patricia Coronel, Natalia Correa, Nora Giuliodibari</i>	

Cuando nos juntamos... pasan cosas. Desafíos del trabajo de una red comunitaria de distribución de preservativos, anticonceptivos de emergencia y test de embarazo	227
<i>Virginia Isola, Verónica Lanzette, Nancy Otsubo</i>	

GRUPO DE TRABAJO
NIÑXS Y ADOLESCENTES EN LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN
DE SALUD Y CUIDADOS

La violencia sexual contra niñeces y adolescencias: del fenómeno social al abordaje terapéutico en un hospital público 241
Julián Ismael Asiner

Niñeces y Cuidados: Tensiones y Políticas en la Provincia de Salta 257
Carla Cabrera, Alejandra Delgado, Eliana Heredia, Eugenia Belmont, Oriana Roldán, Sofía Ríos

Lógicas de la producción del cuidado y vínculos entre varones jóvenes y servicios de atención primaria de la salud 273
Luciana Fulladoza



Universidad Nacional de Salta
Av. Bolivia 5150 - 4400 Salta
REPÚBLICA ARGENTINA



Facultad de
Humanidades
UNSa

1983 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA, CON MEMORIA, VERDAD Y JUSTICIA - 2023

RES. H. N.º

0314/24

SALTA, 15 ABR 2024

EXP. N° 24/2024 – FH UNSa

VISTO:

La nota presentada por la Dra. Andrea VILLAGRÁN mediante la cual solicita aval académico para las IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina (redASA): "Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas"; y

CONSIDERANDO:

QUE la redASA se creó en el año 2018 y nuclea antropólogos/as de gran trayectoria y viene desarrollando jornadas anuales internas y bianuales de las que participan investigadores/as de otras ramas de la salud y de las ciencias sociales, además de la antropología;

QUE las jornadas se llevarán a cabo este año en Salta representando la región del Noroeste y proponen un espacio de reflexión y diálogo en torno a los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados en sus dimensiones históricas, políticas, económicas y de construcción colectiva;

QUE la propuesta tiene como objetivos: 1) Reunir y visibilizar los aportes del trabajo antropológico al campo de la investigación, transferencia y gestión en salud en Argentina; 2) promover, exponer y debatir a partir de un amplio conjunto de problemáticas territoriales, abordajes e intervenciones que atraviesan las antropologías y los diversos campos relativos a la salud; 3) Generar un espacio de intercambio entre las experiencias de investigación, formación y de gestión – intervención en antropología y salud;

QUE por Disposición ICISOH N° 05/23 el ICISOH-CONICET-UNSa se constituye como coorganizador de las IV Jornadas de Antropología y Salud de Argentina y se designa como coordinadoras generales a la Dra. Ana PEREZ DECLERCQ y a la Mg. María Eugenia SUAREZ;

QUE la Escuela de Antropología brinda aval académico y se constituye como coorganizadora de las mencionadas Jornadas;

QUE la Comisión de Docencia, Investigación y Disciplina mediante Despacho N° 079/24 autoriza la realización de la actividad y que, en sesión de Consejo Directivo se aprueba sobre tablas la modificación de la fecha de realización de las Jornadas;

POR ELLO, y en uso de las atribuciones que le son propias;

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES
(en sesión Ordinaria del día 09/04/24)

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- AUTORIZAR la realización de las *IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina (redASA): "Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas"* coorganizadas por el ICISOH-CONICET-





Universidad Nacional de Salta
Av. Bolivia 5150 - 4400 Salta
REPÚBLICA ARGENTINA



Facultad de
Humanidades
UNSa

1983 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA, CON MEMORIA, VERDAD Y JUSTICIA - 2023

RES. H. N.º **0314/24**

UNSa y la Escuela de Antropología, las que se llevarán a cabo los días 17 y 18 de octubre de 2024:

COMITÉ ACADÉMICO:

- Dr. Eduardo Menéndez - CIESAS, México
- Dra. Alejandra Roca - ICA, FFyL, UBA-IDEPI, UNPAZ.
- Dra. Ana Dominguez Mon - IIDYPCA, UNRN
- Dra. Anahí Sy -DESACO, IJDH, UNLa, CONICET
- Dra. Estibaliz Cuesta Ramuno, UNNE
- Dra. Mabel Grimberg- ICA, FFyL, UBA, CONICET
- Dra. María Epele - FSOC, UBA, CONICET
- Dra. María Emilia Sabatella - IIDYPCA, UNRN- CONICET
- Dr. Marcelo Sarlingo - FSOC, UNICEN
- Dra. Mariana Lorenzetti - IESyH, UNaM-CONICET
- Dra. Silvia Hirsch - EIDAES/UNSAM
- Dra. María Laura Recoder - ICA, FFyL-UBA
- Lic. Marcela Valdata - CEAPROS FHyA, UNR
- Dr. Matias Stival- (falta pertenencia institucional)
- Dra. Raquel Drovetta -CONICET- UNVM
- Dra. Susana Margulies - ICA, FFyL-UBA
- Dra. Susana Ortale - FaHCE, UNLP, CIC/PBA
- Dra. Valeria Alonso - INE/ ANLIS/UNMdP
- Dra. Andrea Villagran ICSOH - CONICET - UNSa
- Dr. David Rivero - Colegio Médico de Salta
- Dra. Catalina Bulibasich ICSOH - CONICET - UNSa
- Dra. Sandra Martinez - Ministerio de Salud de Salta
- Dr. Diego Marco IPE-CONICET - UNSa

COMITÉ ORGANIZADOR:

- Dra. Ana Pérez Declercq - OVcM - UNSa
- Mg. María Eugenia Suarez - ICSOH - UNSa
- Dra. Cristina Serapio - UNSa
- Lic. Eugenia Belmont - CONICET - UNSa
- Lic. Sandra Echazú - UNSa
- Dra. Adriana Rodríguez - RISAP
- Dra. María Eugenia Flores - UNSa
- Lic. Ailin Cardozo - UNSa - HPMI
- Lic. Florencia Arri - Repticom

ARTÍCULO 2º.- COMUNÍQUESE a la Dra. Andrea VILLAGRÁN, ICSOH, Escuela de Antropología, Secretaría Académica, y publíquese en el Boletín Oficial de la Universidad.

SMMS

Mg. KARINA CARRIZO
SECRETARIA ACADÉMICA
Facultad de Humanidades-UNSa



Dra. MERCEDES C. VAZQUEZ
DECANA
Facultad de Humanidades-UNSa

Presentación

La Red de Antropología y Salud de Argentina (redASA) reúne a antropólogos y antropólogas de todo el país con una destacada trayectoria en el campo de la salud. Desde su creación en 2018, ha crecido de manera sostenida, consolidando un espacio colectivo, federal y abierto al intercambio interdisciplinario. Las jornadas organizadas por la red convocan a profesionales de la salud y las ciencias sociales, fortaleciendo vínculos y promoviendo el debate en torno a problemáticas emergentes y persistentes.

La ciudad de Salta fue sede de las IV Jornadas, realizadas el 18 y 19 de octubre de 2024, reflejando el compromiso por territorializar los debates y ampliar la mirada sobre las cuestiones sanitarias en la región del Noroeste argentino (NOA), dentro del marco de la antropología de la salud. En esta edición, se retomaron intercambios y producciones surgidas en ediciones previas —La Plata, Olavarría y Rosario—, al tiempo que se puso en valor la rica historia local vinculada a la Atención Primaria de la Salud y a los programas de salud rural impulsados en Salta en las décadas de 1970 y 1980.

Desde los primeros momentos de organización surgieron preguntas que orientaron el encuentro: ¿Qué diálogos pueden tejerse entre investigación, formación y políticas públicas en contextos interculturales e interdisciplinarios? ¿Cómo articular los padecimientos territoriales con los abordajes antropológicos? ¿De qué manera los desafíos actuales

interpelan nuestros marcos teóricos y metodológicos? Estas reflexiones dieron lugar al lema de las IV Jornadas: *“Antropologías y Salud: diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas”*. Desde esta premisa, se propuso construir un espacio situado de reflexión sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado en sus dimensiones históricas, políticas, económicas, culturales y colectivas.

En el contexto actual de la Argentina, las políticas públicas y los ámbitos de gestión y formación enfrentan el desafío de responder a emergencias sanitarias —como epidemias, crisis económicas, ambientales y sociales— que impactan de manera transversal en el campo de la salud. A pocos meses del encuentro, celebramos la experiencia vivida, que reafirmó el compromiso con una antropología crítica, plural, situada, abierta al diálogo y atenta a los desafíos del presente. Como organizadoras locales y miembros de redASA, valoramos el camino compartido, el encuentro con saberes provenientes de experiencias de extensión, investigación y formación, tanto del ámbito nacional como de otros países latinoamericanos.

Durante las jornadas se desarrollaron diversas actividades: una conferencia inaugural, tres conversatorios, dos paneles centrales, presentaciones de libros, una muestra etnofotográfica y once grupos de trabajo donde se expusieron ponencias. Las temáticas abordadas incluyeron salud indígena e interculturalidad, políticas sanitarias, salud mental, desigualdades estructurales, saberes locales, alimentación, niñeces, género y territorio, entre otros.

Esta publicación busca recoger los debates, interrogantes y aportes compartidos, evidenciando la riqueza temática y la diversidad de enfoques presentes en los grupos de trabajo. Muchos de estos retomaron problemáticas trabajadas en jornadas anteriores, profundizando desde una perspectiva centrada en lo local.

Se destacan producciones que reflexionan sobre las intersecciones entre territorialidad, salud y formación profesional en contextos pluriculturales, con énfasis en poblaciones indígenas y afrodescendientes. También se abordan las condiciones de acceso y las prácticas de cuidado desde el derecho a la salud, explorando las dinámicas de los procesos salud-enfermedad-atención y las construcciones de alteridad en pueblos indígenas y migrantes.

Asimismo, se discutió cómo los géneros y la sexualidad son abordados en el campo sanitario, cuestionando la producción de saberes expertos —biomédicos y psi— que suelen reproducir lógicas biologizantes y cisheteronormativas, regulando cuerpos, subjetividades e intervenciones clínicas.

Otros aportes enfatizan la necesidad de revisar el vínculo entre etnografía, interdisciplinariedad, ética, políticas públicas y derechos. Se

reafirma la importancia de una perspectiva situada, particularmente en contextos de emergencia socio-sanitaria. Desde las categorías de territorio y salud, se cuestionan las lógicas hegemónicas de gerenciamiento e individualismo, y se propone recuperar formas colectivas de cuidado como estrategias de resistencia y disputa.

Las niñeces y adolescencias fueron abordadas como sujetos de políticas públicas, analizando los discursos científicos y gubernamentales que los constituyen, e incorporando miradas que consideran las desigualdades sociales y las diversidades culturales.

También se interpellaron transformaciones en los territorios rurales, asociadas a problemáticas como la contaminación del agua, el uso de agrotóxicos y la violencia de género, en contextos de precariedad laboral y segmentación social y étnica. Estas situaciones abren nuevas preguntas para la antropología de la salud, los estudios de género y las perspectivas feministas, desde donde se exploran conceptos como “lo común”, redes colectivas y estrategias ecofeministas.

Por su parte, la alimentación y la inseguridad alimentaria fueron problematizadas desde la antropología de la alimentación, como prácticas simbólicas, estructurales y biológicas. En un contexto de creciente pobreza y crisis económica, se debatió sobre la posibilidad de garantizar una alimentación sana y soberana, especialmente entre los grupos más vulnerables.

Finalmente, se inauguró un espacio de reflexión sobre las prácticas de investigación y los aspectos éticos del trabajo en antropología de la salud. Se abordaron cuestiones epistemológicas, metodológicas y políticas sobre la producción de conocimiento: la selección de referentes empíricos, el lugar del discurso médico, la reflexividad, el extrañamiento y las relaciones de poder en el trabajo de campo.

Cerramos estas actas con un profundo agradecimiento a quienes participaron, contribuyeron con sus ponencias y sostienen cotidianamente redASA. Que esta publicación siga abriendo interrogantes, caminos y resonancias en nuestras prácticas, territorios y luchas compartidas.

Paneles centrales y conversatorios

CONFERENCIA INAUGURAL

“Capitalismo, Salud y Comunidades de Cuidado: Sanando Heridas Coloniales”

A cargo del Investigador - docente invitado Dr. César Abadía -
Universidad de Connecticut

PANEL 1 “PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS SOBRE AFLICCIONES, TERAPÉUTICAS Y POLÍTICAS EN SALUD MENTAL”

El 17 de octubre tuvo lugar el panel en el que participaron la Dra. Oliva López Sánchez (UNAM, México), Dr. Octavio Bonet (UFRJ, Brasil), Dra. María E. Epele (UBA- CONICET, Argentina), con la coordinación y comentarios de la Dra. Romina del Monaco (UBA-CONICET, Argentina)

El objetivo de este panel consistía en problematizar y debatir los modos de vivir, entender, abordar y afrontar ciertas aflicciones y sufrimientos relativos al campo de salud mental, tanto por las personas y conjuntos sociales que padecen como por los saberes e instituciones que las intervienen. Específicamente, se buscaban analizar los

conocimientos y prácticas terapéuticas de las disciplinas psi, sus vínculos con las experiencias de padecer, saberes y las respuestas locales por parte de los conjuntos afectados, y las diferenciaciones que asumen (clases, géneros, raza, edad, entre las principales).

Con esta meta general, nos reunimos ese jueves a la tarde. Oliva López comenzó con la presentación del problema de los trastornos afectivos, la depresión y ansiedad. A través de la noción de injusticia epistémica, cuestionaba las perspectivas neopositivistas sobre la salud mental, que abordan estas dolencias sin considerar las condiciones sociales y culturales, fundamentadas en un tipo de subjetividad basada en la eficacia de la adaptación bajo el capitalismo neoliberal. Octavio Bonet presentó el problema de las mallas de sufrimiento, de los dolores y sufrimientos. Basado en la perspectiva de Ingold, este argumento del sufrimiento se puso en correspondencia con la vida como algo que no se deja contener. Por último, María Epele, presentó el problema de cómo los modos de padecer contemporáneos se resisten a ser subsumidos por los modelos de inteligibilidad disponibles no solo de categorías de dolencias psi, sino de los modos clásicos en que los procesos del capitalismo neoliberal producen sufrimientos.

En los comentarios, diálogos, intercambios y preguntas se definieron y caracterizaron las nociones que permiten entender las aflicciones en salud mental y sus relaciones con las transformaciones económicas, en las cambiantes políticas de salud mental, las modificaciones en los saberes y abordajes institucionales y las particularidades que asumen en Latinoamérica. Debido a la importancia de los cambios en las gobernanzas y políticas de salud a nivel local y regional, en el debate se señalaron algunos de los desafíos actuales y futuros en estos dominios prioritarios.

PANEL 2: PERSPECTIVAS DE PROTAGONISTAS INDÍGENAS EN SALUD: DESAFÍOS, BALANCES Y PROBLEMÁTICAS

El segundo panel tuvo lugar en el Cabildo el 18 de octubre de 2024. Fueron expositores/as: Fidel Bauti (Pueblo Ava Guaraní, Mburuvicha y Médico Ancestral, 19^o Presidente de la APG. Comunidad, La Bendición, Municipio de Salvador Mazza, Departamento San Martín, Provincia de Salta). Isabel Araujo Pincen (Pueblo Mapuche-Tehuelche de Trenque Lauquen, con el cargo de Coordinadora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud en Provincia de Buenos Aires). Tiburcio Flores (Pueblo Wichi de la Comunidad Misión Chaqueña Algarrobal, Enfermero, Profesor en la Tecnicatura Superior en Enfermería Intercultural Bilingüe en Carboncito y Supervisor de Zona del Hospital

San Roque del Municipio de Embarcación Salta). Tujuayliya Gea Zamora (Pueblo Wichí, Médica, Gerente Sanitaria área operativa XXVII-Alto Valle, Ministerio de Salud, Salta).

Ese lugar histórico de Salta contaba en su sala central con una mesa alta donde se sentaron con sus emblemas y registros de personalidades destacadas, las 4 personas que nos compartieron el recorrido de caminos de la identidad profunda americana. Entre Salta y Provincia de Buenos Aires, los pueblos Wichí, Mapuche-Tehuelche y Guaraní, interpelaron a las IV Jornadas de la Red de Antropología en Salud de Argentina con las participaciones de colegas de América Latina la experiencia de sus vidas comunitarias e institucionales en Salud. Nos habían pedido un lugar secundario para la antropología en la organización de la palabra en la mesa. El respeto por los años compartidos entre las personas que integran los pueblos indígenas en la RedASA, nos llevó a respetar este pedido y moderar con mucho cuidado de no confundir dar la palabra operativamente con el protagonismo que suelen tener las interpelaciones en algunos eventos académicos, así el recorrer de las voces pasó desde Isabel, a Tiburcio y luego Tujuay y Bauti, cada uno contaba la experiencia personal, pero también la de su comunidad y su pueblo, resaltando así el carácter comunitario de la responsabilidad de intervenir en las tramas institucionales. La tensión entre los saberes institucionalizados en títulos habilitantes y los reconocimientos de conocimientos ancestrales que validan saberes colectivos, se hizo presente en la mesa. Llegar a ser profesorx, médicx, coordinadorx o presidentx en la APG, eran recorridos de mucho compromiso y responsabilidad, pero no por ello volvían el camino individual de muchas tramas profesionales fuera de las redes indígenas, la palabra ancestralidad tomaba en la mesa distintos sentidos. El trabajo institucional de Isabel, Tujuay, Tiburcio y Fidel llevaba más de 40 años de recorrido personal y como mínimo 15 con el ejercicio de la carrera de medicina formalizada en la ELAM-Cuba. La experiencia de una de las pocas carreras terciarias bilingües en Enfermería de Argentina y la primera coordinación ministerial intercultural de la Provincia de Buenos Aires, hicieron del encuentro el registro de un novedoso momento que resaltaba las potencialidades de recorridos institucionales y comunitarios y sus limitaciones. Las dificultades de la insuficiencia para cubrir las necesidades sanitarias y de calidad de vida de sus paisanos, también marcaron la falta de entender la multiplicidad de lugares que debieron transitar para expresar la relevancia de una salud intercultural indígena con suficiencia de responsabilidades sociales, comunitarias y profesionales. Las figuras de idóneos, sabios, las memorias, pero

también las proyecciones de futuros recorrieron los usos de la ancestralidad de saberes en salud. Algunas de las respuestas involucraron el recorrido de la antropología en la nueva trama de profesionales y funcionaries con la necesidad de ver la extendida trama de saberes indígenas, profesionales e institucionales desafiando miradas por años puestas en la excepcionalidad de estos recorridos.

En la Facultad de Humanidades - Universidad Nacional de Salta las Dra. María Eugenia Flores y Mg. María Eugenia Suárez -ICSOH - CONICET – UNSa y Dra. Ana Pérez Declercq - OVcM – UNSa. Coordinaron la posibilidad de este fundamental encuentro. Compartimos los Paneles Temáticos con salud y ambiente, perspectivas de referentes indígenas en salud y aflicciones, terapéuticas y políticas en salud mental.

La posibilidad de realizar una función respetuosa y no central de moderación como modalidad definida para favorecer la relevancia y protagonismo de las personas que integraron la mesa, fue de la moderadora: Eugenia Morey (RedASA- UBA, FFyL, ICA-IUSAM)

CONVERSATORIO 1: DIÁLOGOS DE SABERES: SALUD, ALIMENTACIÓN Y TERRITORIO EN LAS ONTOLOGÍAS INDÍGENAS. EL GIRO EPISTEMOLÓGICO

El 17 de octubre tuvo lugar el conversatorio en el que participaron Mónica Medina y Nancy López (Referentes indígenas del Pueblo Weenhayek de Tartagal), Seila Pérez (Referente Indígena del Pueblo Guaraní de Tartagal), Alvaro Guaymás y Adelaida Jerez (Coordinador y consultora de la Modalidad de Educación Intercultural Bilingüe en el Ministerio de Educación, Cultural, Ciencia y Tecnología de Salta). El conversatorio estuvo coordinado por la Dra. Cristina Serapio (ICSOH-CONICET-UNSA) y la Mg. Sandra Rodríguez Echazú (Museo de Antropología Salta).

La intención del conversatorio fue generar un espacio para propiciar el diálogo y la escucha de los saberes y prácticas ancestrales de los pueblos indígenas, centrados en las dimensiones de salud y alimentación. A partir de esto, se buscó problematizar la posibilidad de incorporar estos conocimientos en currículas institucionales del ámbito de la salud.

Las protagonistas indígenas compartieron los conocimientos transmitidos generacionalmente por los y las ancianas, con sus resignificaciones y matices. En la actualidad estos saberes se materializan en prácticas socio-ecológicas cotidianas y denotan la profunda relación con los territorios. Las voces de las mujeres subrayan la

necesidad de habitar, experimentar y vivenciar los territorios, y por ende la defensa tenaz de estos espacios frente al avance de las economías de mercado. Esto no solo es crucial para la reproducción de la vida cotidiana, sino también para la vida y ser indígena. En el monte habita el mistol, la vizcacha, el yuchán, el agua, la mujer recolectando leña, la palabra, la enseñanza.

La mirada ontológica indígena nos enseña la relacionalidad espiralizada de las dimensiones del mundo social (salud, alimentación, economías, comunidad, lengua, etc.) que se traducen en relaciones prácticas que otorgan sentido a los territorios como espacios-tiempos vitales, interrelacionados y constitutivos de ellos mismos. Esta perspectiva, nos permite comprender la indivisibilidad territorial del ser indígena y la reproducción de su vida, evidenciando la ruptura de los dualismos modernos como humano/no humano, territorio no vivo/territorio vivo, territorio mercancía/territorio hogar, etc.

Por ello el aporte de este espacio epistemológico, radicó en dar cuenta de la diversidad de los conocimientos y saberes, que pueden contribuir a superar los dilemas de las graves problemáticas socio-ambientales que afectan actualmente a nuestra tierra, producto del despojo capitalista. Esto nos acerca a concebir un mundo, donde quepan muchos mundos.

CONVERSATORIO 2: CONSTRUCCIÓN DE SALUD EN LOS TERRITORIOS, DESAFÍOS EN LOS PROCESOS DE FORMACIÓN- ACCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

El panel tuvo lugar el segundo día de las Jornadas, estuvo coordinado por la Prof. María Verónica Sandez (Residencia de Investigación en Salud - RIS, Buenos Aires), Lic. Florencia Arri (Residencia de Psicología Comunitaria, Salta) y la Prof. Laura Jazmín Benítez (Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud -RIEPS-).

El conversatorio se propuso desde la necesidad de establecer puentes y articulaciones entre distintas Residencias en Salud, recuperar experiencias de formación inter/transdisciplinar identificando aportes de la Antropología en el campo de salud, y co-construir desde marcos situados maneras de intervenir y hacer investigación social en salud, con el objetivo de promover calidad de vida de sujetos, grupos y comunidades con quienes construimos nuestro trabajo desde el sistema de salud. En este sentido, la salud se entiende desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, apartada de una lógica meramente curativa; centrada en procesos colectivos de cuidados.

En este contexto nos preguntamos por fortalezas y debilidades del proceso de formación en el sistema de residencias para aquellas profesiones no hegemónicas dentro del sistema de salud, que continúa marcado por sesgos del Modelo Médico Hegemónico.

Así, se propone una metodología de Conversatorio-Taller Participativo, a través del cual abrir discusiones en base a preguntas-guías, como: ¿Cuál es el rol de estas disciplinas en la producción de conocimientos en salud y en las intervenciones?, ¿Qué lugar tienen en las investigaciones en salud los saberes populares y comunitarios en producción de cuidados?, ¿Cómo incorporamos aportes de la Antropología en la formación en el sistema de residencias?, ¿Cómo pensar la continuidad del trabajo pos residencias para el desarrollo profesional y el trabajo integrado en el sistema público de salud?, ¿Qué aportes puede realizar la Antropología en los equipos interdisciplinarios de salud? y ¿Cómo se elaboran intervenciones interdisciplinarias que contribuyan los PSEAC en los territorios?

CONVERSATORIO 3: LEISHMANIASIS Y ENFERMEDAD DE CHAGAS: CONTRIBUCIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA A LA COMPRENSIÓN DE ESTAS ENFERMEDADES OLVIDADAS EN NUESTRA REGIÓN

El Conversatorio realizado el 18 de octubre tuvo como protagonistas a la Mg Suarez, María Eugenia (CONICET- ICSOH- Facultad de Humanidades UNSa), Luciana Nina (IPE-CONICET-UNSa - Facultad de Ciencias de la Salud) y Mercedes Basombrío (IPE-CONICET-UNSa - Facultad de Ciencias de la Salud). Coordinaron el conversatorio la: Dra. Fernanda García Bustos (IPE-CONICET-UNSa - Facultad de Ciencias de la Salud) y Dr. Jorge Diego Marco (IPE-CONICET-UNSa - Facultad de Ciencias de la Salud).

El Instituto de Patología Experimental (IPE) “Dr. Miguel Ángel Basombrío” constituyó un espacio de diálogo entre las disciplinas de las ciencias sociales y las ciencias médicas a partir del trabajo territorial que desarrollan los equipos de investigación sobre enfermedades zoonóticas, de transmisión vectorial y enfermedades crónicas no transmisibles en comunidades originaria del norte de la provincia de Salta. Los equipos de salud que acompañan los procedimientos clínicos y vigilancia sanitaria sobre la comunidad solo orientan su intervención en los aspectos biomédicos y de registros de sintomatología en la población, acrecentando la brecha de preguntas sobre el aspecto conductual de la población. Reconociendo una ausencia de políticas a nivel ministerial orientadas al aspecto antropológico de la problemática endémica que pueda enriquecer las investigaciones del equipo

del IPE. Se concluye en la necesidad de convocar a un diálogo interdisciplinar y la urgencia de aplicar protocolos de investigación con un abordaje integral que vuelva en beneficio con una mejor toma de datos y principalmente que la gente de las comunidades pueda mejorar su acceso al sistema de salud.

Grupo de trabajo

Territorialidad, Salud y Formación Profesional en Contextos Pluriculturales, Plurilingües y de desigualdad: Dilemas, Experiencias y Desafíos

Coordinadorxs:

Gloria Mancinelli (CONICET-UNTREF/UBA)

María Eugenia Flores (ICSOH-CONICET/UNSa)

Noelia Daniela Di Pietro (ICSOH-CONICET/UNSa)

María Eugenia Belmont Colombres (CIUNSa/UNSa)

La etnobotánica aplicada a la promoción de la salud intercultural en el servicio de APS de Jujuy, desde espacios colectivos de investigación participativa y extensión universitaria

Adolfo Calvo Redondo*, Vilma Roxana Guzmán**

INTRODUCCIÓN, OBJETIVO Y ANTECEDENTES

Esta ponencia tiene como objetivo comunicar los principales resultados de campo del presente año 2024 en el proyecto de extensión que los autores hemos coordinado sobre “La Etnobotánica Aplicada a la Salud Intercultural con Comunidades Kolla de Tilcara” (EBASICOKOTI). En marzo, presentamos una propuesta universitaria de extensión destinada a construir un vínculo entre la investigación académica y las comunidades locales de Tilcara, Jujuy, centrada en la etnobotánica aplicada y la educación para la salud intercultural. El proyecto planteó como objetivos contribuir a la formación intercultural de futuros profesionales sanitarios a partir de elementos culturales inscritos en prácticas de medicina no convencional (MNC), particularmente las plantas medicinales. Además, la producción de materiales didácticos destinados a educadores y usuarios para promover buenas prácticas en el uso de plantas medicinales.

En este estudio, entendemos la medicina no convencional (MNC) como aquellas prácticas que, aunque pueden ser comunes en el territorio abordado, no están reguladas ni formalizadas dentro del

* CREDA – USN, Francia, adolcr2@hotmail.com

** FHyCS – UNJu, eajujuy@gmail.com

Sistema Sanitario argentino, basado en la biomedicina moderna. En general abarca el autotratamiento, incluyendo los cuidados familiares basados en conocimientos empíricos, así como sistemas subalternos de cuidados. Estos últimos suelen estar organizados en redes sociales estructuradas, con practicantes identificables (parteras, curanderos, etc.). En Argentina, incluyen medicinas tradicionales, alternativas y religiosas (Idoyaga Molina, 2005). En el NOA, esta clasificación se complejiza ya que existe una circulación de usuarios y objetos terapéuticos de MNC, incluidas las plantas medicinales. Frecuentemente incorporan ontologías etiopatogénicas distintas de la biomedicina moderna, como teorías de equilibrio de energías, con o sin mediación de fuerzas sobrenaturales, conceptos afines a la medicina occidental premoderna, como la teoría humoral o la homeopatía, etc. (Idoyaga Molina, 2001).

Para fomentar la formalización de las prácticas de MNC en el territorio andino, establecimos un vínculo entre las Comunidades Kolla de Tilcara y las instituciones sanitarias locales de atención primaria de salud (APS). Aunque la MNC no es exclusiva al ámbito indígena en Jujuy, decidimos enfocarnos en la Salud Indígena por dos motivos principales. Primero, trabajamos en un territorio cuya cultura tradicional, asociada al Pueblo Kolla, está formalmente reconocida por el Estado a través de Comunidades Originarias con personería jurídica. Segundo, trabajos en etnomedicina jujeña documentan que los usuarios de medicina tradicional integran elementos terapéuticos de otras redes de MNC de ámbito más urbano, asociadas a la medicina alternativa o religiosa (Idoyaga Molina, 2001). En este sentido, la colaboración entre asociaciones indígenas y la APS tiene un objetivo estratégico en la formalización de la MNC en el contexto institucional específico del área andina de Jujuy.

Desde hace tres décadas, el Estado argentino ha dado pasos en el reconocimiento de la cultura médica indígena mediante el Plan Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI), del cual forma parte el Programa de Salud Indígena (PSI) del Ministerio de Salud de Jujuy. El PNSPI pretende regular las redes de cuidados en contextos interculturales mediante la capacitación de becarios indígenas. No obstante, deja en un vacío regulatorio las prácticas de MNC preexistentes en cada territorio. Durante su trabajo de campo en 2023, el doctorando Calvo Redondo analizó una demanda social, basándose en los testimonios de las autoridades del PSI. Las lagunas sobre formalización en conocimientos sobre plantas medicinales eran denunciadas, por lo que un informe sociosanitario apoyado en sondeos etnofarmacológicos se consideró una oportunidad valiosa, al hacerse desde espacios sanitarios públicos.

Más adelante, los autores decidimos adaptar esta aproximación a una propuesta de investigación educativa gracias a una experiencia piloto conjunta. En 2023, Guzmán y sus colaboradoras llevaron a cabo un trabajo de campo en La Intermedia, donde se plantearon algunas demandas específicas con respecto al acceso y la calidad de los servicios sanitarios. Notamos que las plantas medicinales son valoradas como herramientas terapéuticas esenciales en el ámbito familiar, compensando así las deficiencias del sistema de salud convencional. Aunque no profundizamos en detalles etnofarmacológicos, estas conversaciones suscitaron gran entusiasmo. La comunidad mostró su interés en la creación de catálogos sobre plantas medicinales para la biblioteca local. Además, el manejo tradicional de plantas medicinales no solo simboliza la autonomía de la comunidad, sino que también otorga un capital social valioso a aquellos miembros que trabajan por modernizar y enriquecer estas prácticas. Nuestra colaboración con referentes sanitarios facilitó la construcción de lazos de confianza entre académicos y la comunidad. Indudablemente, el significado simbólico de las plantas medicinales en la puna jujeña es destacable. Sin embargo, ¿existen datos etnofarmacológicos que cuantifiquen su valor medicinal?

Calvo Redondo realizó un sondeo cuantitativo que corrobora la persistente riqueza etnobotánica en la puna jujeña (Calvo Redondo, 2019). Además, la literatura etnobotánica abunda en estudios que resaltan el uso de plantas medicinales. No obstante, a pesar de los esfuerzos de extensión universitaria para valorizar el uso tradicional de plantas medicinales jujeñas dentro del Sistema Sanitario, no se ha logrado la plena armonización de la MNC. Aunque nuestro ámbito de acción se limite a la investigación educativa, los coordinadores del proyecto EBASICOKOTI esperamos que nuestros resultados y análisis contribuyan a mejorar futuras intervenciones en ese sentido.

METODOLOGÍA

Este trabajo se enmarca en la perspectiva de Investigación-Acción Participativa. Para avanzar en el sondeo inicial y definir las redes de cuidados, empleamos la técnica conocida como “bola de nieve”. Para ello identificamos los espacios donde circulan las plantas medicinales, dentro y fuera del Sistema Sanitario: CAPS, mercados de plantas, practicantes de MNC y usuarios, productores, asociaciones indígenas y culturales, instituciones científicas, etc. Para coordinar el trabajo de campo, Calvo Redondo residió tres meses en Tilcara, eligiendo esta localidad por su relevancia y accesibilidad dentro de las Tierras Altas. Las colaboraciones y asesorías a nivel institucional siempre se solicitaron formalmente mediante nota, presentando un resumen del

proyecto.

Desarrollamos la intervención en dos fases: una entre abril y mayo, de investigación y diagnóstico; y otra entre junio y julio, de vinculación y capacitación mediante conversatorios y talleres. Con apoyo de formularios de consentimiento previo e informado, se realizaron entrevistas semidirigidas a una veintena de informantes, más un proceso de observación participante con vendedoras de plantas en Tilcara. Los sondeos etnobotánicos incluyeron la herborización y recolección de muestras, con autorización de la Secretaría de Biodiversidad de Jujuy. Los materiales se almacenan en el herbario JUA y en el repositorio biocultural del GEMA (INECOA). El material didáctico empleado en algunos talleres en forma de diapositivas se publicó en un repositorio digital en acceso abierto.

Se contó con el respaldo de la directora del Hospital Mazza y de la directora de APS para integrar al Educador para la Salud del Hospital en el equipo, quien facilitó contactos iniciales, e involucrar a otros profesionales. Las dos becarias del PNSPI presentes realizan tareas administrativas por lo que decidimos no vincularlas, ya que la mediación intercultural es realizada por los propios agentes sanitarios, muchos de los cuales son miembros de comunidades originarias.

RESULTADOS

Inicialmente, la red de agentes sanitarios en Tilcara no logró expandirse hasta los usuarios. En contraste, en la zona periurbana de Huacalera, la movilización fue más significativa, donde se realizó un grupo focal en el CAPS para discutir sobre el manejo de plantas medicinales en APS. Se reveló que su prescripción está desaconsejada por el sistema sanitario, generando tensiones entre usuarios y colegas. Sin embargo, en zonas más rurales, donde las plantas pueden ser el único recurso prescriptivo, los profesionales sanitarios son más proclives a formalizarlas.

En el contexto de la docencia intercultural, la creación participativa de herbarios de plantas medicinales en el Centro de Educación para Jóvenes y Adultos (CEPJA) de Huacalera facilitó la integración en programas educativos para adultos. Una de las docentes motivó a sus alumnas adultas a traer plantas para identificarlas y utilizar estos materiales, que tenían un valor especial para ellas, como medio para transmitir conocimientos y competencias. Entre las actividades, las alumnas elaboraron pliegos y fichas de herbario, y aprendieron a etiquetar productos para su venta. Esta experiencia positiva no solo enriqueció el proceso educativo, sino que también impulsó a la docente a involucrarse más en nuestro proyecto, convirtiéndose en una colaboradora clave. Su participación animó a muchas de sus alumnas

y conocidas en Huacalera con saberes tradicionales a unirse y compartir sus conocimientos.

Además de herbarios, la producción de manuales de plantas medicinales es abundante en la región y da cuenta también de esta demanda social. Ahora bien, muchas de estas producciones no responden a estudios etnofarmacológicos contrastados, por lo que su difusión aumenta los riesgos de confusión. Aunque se puede encontrar manuales profesionales de plantas medicinales para APS, ninguno es específico para el NOA.

Los trabajos de extensión con Comunidades Indígenas sobre flora medicinal pueden generar catálogos de buena calidad cuando están supervisados por profesionales. Además, las políticas de Ciencia Abierta sumadas a la digitalización, permite que estos manuales etnofarmacológicos puedan difundirse más fácilmente. Asumimos que la proposición de realizar una cartilla de plantas para ser publicada en un repositorio digital sería bien recibida por las Comunidades Originarias a la hora de aceptar participar en nuestro proyecto. Pero habiendo 23 comunidades Kolla en Tilcara, no podíamos solicitarlas a todas, ya que no están articuladas. En la secretaría de Cultura y Turismo de Tilcara, nos facilitaron el contacto de las dos más activas, con manejo de actividades de ecoturismo en la zona.

El dirigente de una de ellas rechazó la propuesta porque la armonización de la salud intercultural no era su prioridad, argumentando que la transmisión del conocimiento medicinal se da tradicionalmente en el ámbito familiar. En la otra comunidad, la dirigente estaba dispuesta a apoyar nuestro proyecto a cambio de apoyo institucional. Este apoyo implicaba usar nuestro reconocimiento académico para contrarrestar la privatización de sus tierras y destacar su patrimonio biocultural en su oferta turística. Durante la Asamblea, la referente en salud manifestó sus reservas basadas en experiencias pasadas con investigadores que “no dejaron nada a cambio” y sus asesores justificaron esas condiciones de colaboración en base al Protocolo de Nagoya. Decidimos retirar nuestra colaboración formal por no poder cumplir con sus demandas, pero pudimos participar de una sesión de sanación que formaba parte de su atractivo turístico, donde los valores de sacralidad y protección del territorio se comunicaban a los visitantes. Aunque el Protocolo de Nagoya alienta la mercantilización del patrimonio biocultural y la competitividad, esta experiencia subraya cómo los discursos de sacralización del entorno natural en el turismo indígena fomentan una reflexión de tipo comunitario para su conservación. Según nuestras observaciones, la medicina tradicional indígena de la Quebrada de Humahuaca frecuentemente se ve atrapada en un marco patrimonialista que es preciso resignificar para lograr activar

valores basados en el derecho a salud, esto es pensar a las plantas medicinales como un patrimonio común.

El 15 de junio, organizamos un taller en el Centro de Integración Comunitaria (CIC) de Huacalera con el apoyo del secretario de Gobierno y su equipo. Anunciamos el evento en la radio municipal y se difundieron flyers en las redes. La actividad, conducida por 4 capacitadores del proyecto y 2 colaboradores externos, atrajo a 32 participantes, incluyendo profesionales sanitarios, miembros de asociaciones indígenas, docentes, etnobotánicas, vendedoras de plantas y cuidadoras. Durante el evento, se co-construyó un borrador preliminar de un catálogo vegetal, enriquecido con las aportaciones de plantas medicinales de los asistentes y la colección de especies realizada en los sondeos etnofarmacológicos de abril y mayo. Se incluyó un total de 108 especies, cerca de 70 de ellas nativas. El 22 de junio tres miembros del proyecto más dos colegas expertos en nutrición animamos una exposición sobre plantas medicinales y alimenticias durante el IX Festival Gastronómico Andino en Tilcara.

Las dos formaciones restantes, realizados el 3 y 4 de julio, estuvieron dirigidos a futuros profesionales de educación primaria en la modalidad de Educación Intercultural Bilingüe (EIB) en el Instituto de Educación Superior (IES) n° 3 de San Salvador de Jujuy, así como a estudiantes de la tecnicatura de agentes y promotores sanitarios del IES n° 7 de Perico. El material didáctico se enriqueció gracias a la retroalimentación obtenida durante estas intervenciones formativas. Observamos que un manual de fitoterapia responde a una demanda transversal de nuestros interlocutores, quienes desean contar con un material que reconozca y valide el conocimiento popular en torno a las plantas medicinales. Esta demanda surge tanto a nivel particular y comunitario (por parte de las comunidades originarias) como colectivo, durante nuestras intervenciones de extensión y vinculación.

DISCUSIÓN

El informe “Interculturalidad y Salud” del Ministerio de Salud enfatiza la necesidad de integrar la medicina ancestral indígena en la práctica de salud intercultural, considerando sus alcances y la interacción con la medicina convencional (Magnífico et al., 2011). Sin embargo, este proceso enfrenta desafíos como la falta de personal capacitado y obstáculos burocráticos e institucionales (Azcona, 2020). Ante tales deficiencias, se critica la tendencia de los gestores sanitarios de asignar a los antropólogos el rol de traductores culturales para minimizar conflictos (Lorenzetti, 2017). En cambio, un estudio en CAPS rurales del NOA sugiere que la etnobotánica podría jugar un papel crucial en la armonización de sistemas médicos para alcanzar este objetivo (Hilgert, 2009).

No obstante, creemos que enfocar la problemática a un problema de incapacidad del personal sanitario o científico no es suficiente, sino que hay razones estructurales. El hecho de que la medicina tradicional persista en la informalidad se podría explicar si pensamos el campo de la Salud Indígena como un campo en disputa política, entre la mercantilización y la armonización dentro de un Sistema Sanitario público sólido. La elección de la primera Comunidad Originaria de resguardar el conocimiento tradicional en un contexto de informalidad puede entonces interpretarse como una estrategia para preservar este patrimonio fuera del control del Estado, así como de capitales externos. Ahora bien, las políticas indigenistas han promovido un proceso de autonomización liberal, es decir, ligada a la solución de mercantilización del patrimonio biocultural como modelo de desarrollo de las poblaciones rurales indigenizadas. En el campo de la Medicina Indígena, el Protocolo de Nagoya favorece la mercantilización del conocimiento tradicional. Esta es la respuesta observada en la segunda Comunidad Originaria. Sin embargo, el servicio de “sanación” ofrecido al turista muestra cómo la sacralidad del patrimonio biocultural y del territorio se centra en valores comunitarios, fuera de lógicas de mercado.

¿Qué posibilidades existen? Aunque la Farmacopea Argentina aún no ha recibido solicitudes para registrar Medicamentos Herbarios Tradicionales, existen varios equipos trabajando con plantas nativas del NOA en fase preclínica. Estos grupos participan en redes nacionales como las Jornadas Nacionales de Plantas Medicinales Nativas.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia extensionista demuestra que la resignificación del patrimonio biocultural como un bien público es una tarea necesaria para facilitar la articulación entre comunidades originarias e instituciones públicas de salud. Además, puesto que en Jujuy no hay una fuerte infraestructura de desarrollo biotecnológico, la experiencia de científicos jujeños en bioculturalidad y salud intercultural podría beneficiarse enormemente de colaboraciones estratégicas dentro de redes nacionales de etnofarmacología y bioprospección para promover la armonización de prácticas tradicionales en fitoterapia. Además, la integración de la Medicina Indígena en el sistema público de salud podría materializar un suelo de regulación que dé seguridad jurídica a iniciativas privadas que ofrezcan servicios fitoterapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, M. E., et al. (2022). La etnobotánica en el Noroeste argentino Un recorrido histórico, mirando hacia el futuro. En O. L.

- Sanabria Diago & B. J. Tobar (Eds.), *Diversidad epistémica y bioculturalidad* (1a Edición, pp. 223-259). CLACSO; Universidad del Cauca.
- Acosta, M. et al. (2017). Plantas medicinales comercializadas en la ciudad de San Salvador de Jujuy (Argentina) y su calidad botánica. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 16(1), 34-52.
- Azcona, M. S. (2020). Acerca de la investigación del proceso salud/enfermedad/atención en la población indígena de la Argentina. *Papeles de Trabajo. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, 37, 1-13.
- Bergesio, L. (2010). Continuidades en un territorio dinámico. Turismo, patrimonio y sociedad en la Quebrada de Humahuaca (Argentina). En J. M. Arévalo & R. E. Ledesma (Eds.), *Bienes Culturales, Turismo y Desarrollo Sostenible (Experiencias de España y Argentina)* (pp. 79-115). Signatura Ediciones de Andalucía, S. L.
- Bugallo, L., & Vilca, M. (2011). Cuidando el ánimo: Salud y enfermedad en el mundo andino (puna y quebrada de Jujuy, Argentina). *Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates* 2011.
- Calvo Redondo, A. (2019). La Puna de la Provincia de Jujuy (Argentina): Estudio etnobotánico aplicado a la medicina tradicional andina y revisión geobotánica / Memoria de Informe y Máster: Las plantas medicinales europeas incorporadas en las prácticas de la medicina tradicional andina. [Université de Lille, Francia; Instituto de Ecorregiones Andinas (UNJu - CONICET), Jujuy, Argentina; Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España]. 22-02-2019.
- Cruz, G. M., & Durán, A. G. (2012). Desde la etnobotánica a la reconstrucción de identidades en localidades de la Quebrada de Humahuaca, Jujuy. *ExT: Revista de Extensión de la UNC*, 4(2).
- Hilgert, N. I. (2009). La salud en las yungas ¿Cuáles son los principales problemas según la medicina tradicional y la formal? En N. D. Vignale & M. L. Pochettino (Eds.), *Avances sobre Plantas Medicinales Andinas* (pp. 4-39). CYTED- Programa Iberoamericano Ciencia y Tecnología para el Desarrollo; RISAPRET - Red Iberoamericana de Saberes Y Prácticas Locales sobre el Entorno Vegetal.
- Idoyaga Molina, A. (2001). Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del Noa y Cuyo. *Scripta Ethnologica*, 23, 9-75.
- Lorenzetti, M. I. (2010). Salud intercultural: Articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para

- indígenas [Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras].
- Lorenzetti, M. I. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 10(11), 148-176.
- Magnífico, D. et al. (2011). Interculturalidad y Salud. Capacitación en Servicio para Trabajadores de la Salud en el Primer Nivel de Atención (Salud Comunitaria y Salud Indígena 179; Programa de Equipos Comunitarios. Cobertura Universal de Salud, p. 95). Área de Salud indígena - Programa Médicos Comunitarios equipos de Salud del Primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la nación (Argentina).
- Palma, N. H. (with Mainetti, J. A.). (1978). *La medicina popular del Noroeste Argentino: Sus implicancias médico-sanitarias*. Editorial Huemul.
- Pérez de Nucci, A. M. (1988). *La Medicina Tradicional del Noroeste Argentino: Historia y Presente* (1995.a ed.). Ediciones Del Sol.
- Romeo, R. A. (2015). Plantas empleadas en medicina popular en la provincia de Jujuy. Departamento Capital y alrededores. *Dominguezia*, 31(2), 6.
- Thomas, Y. (1998). Le sujet de droit, la personne et la nature: Sur la critique contemporaine du sujet de droit. *Le Débat*, 100(3), 85.
- Tortoni, G. L. et al. (2021). La flora medicinal andina en las preparaciones tradicionales de la comunidad de Ocumazo (Pueblo Omaguaca), Jujuy, Argentina. *Boletín de la Sociedad Argentina de Botánica*, 56(3).
- Vignale, N. D. (1996). Plantas medicinales del área andina de la provincia de Jujuy. *Anales SAIPA*, 14, 177-182.
- Vilá, B. L. et al. (2022). Miradas etnobiológicas en la Puna de Argentina. *Ethnoscientia*, 7(3), 9-35.

Grupo de trabajo

La salud de los pueblos indígenas y migrantes: acceso, prácticas de cuidado e interculturalidad

Coordinadorxs:

Silvia Hirsch (EIDAES-UNSAM)

Lorenzetti (IESYH-CONICET-UNAM)

María Emilia Sabatella (IIDYPCA-UNRN-CONICET)

Cuidados y diversidad sociocultural en el Barrio Villa Luján, Pte. Derqui, Pcia. Buenos Aires

Paola Diarte*, Mercedes Toscana**, Paula V. Estrella*** y Daniela Mendoza****

INTRODUCCIÓN

El trabajo que vamos a presentar es parte de un proyecto de investigación y transferencia (PITTS) denominado “Enfermería, cuidados y diversidad sociocultural en el Barrio Villa Luján, Derqui, Región Sanitaria V” financiado por la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ) que comenzamos a fines del año 2022. El equipo interdisciplinario está conformado por profesionales de enfermería, ciencias sociales y referentes de la Comunidad Qom. Para la mayoría de los/as integrantes del equipo que somos docentes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de UNPAZ es la primera experiencia en investigación. El acceso al campo ha sido facilitado por la conductora del proyecto que en la etapa inicial del mismo se desempeñaba como encargada/ referente del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se ubica en las cercanías de la Comunidad Qom. Si bien se han desarrollado varias investigaciones y diversos tipos de proyectos en la Comunidad (debido a su predisposición),

* (IESCODE/ UNPAZ). paoladiarte14@gmail.com

** (IESCODE/ UNPAZ). mtoscana@unpaz.edu.ar

*** (IESCODE/ UNPAZ). pvestrella@gmail.com

**** (IESCODE/ UNPAZ). mendozadanielalujan@gmail.com

sabíamos que algunas de esas experiencias no habían sido del toda satisfactorias para ella, por eso nos parecía importante como equipo presentarnos y de a poco intentamos generar mayor confianza. Como ya hemos referido, la con-directora del PITTS que en ese momento y desde hacía unos años se desempeñaba en el CAPS, oficio de “portera”, ya que ella conocía y poseía vínculos de confianza con referentes y familias Qom.

El proyecto también se articula con las prácticas pre profesionales de estudiantes de la Licenciatura, que concurren al CAPS y al comedor Qom. En varias unidades curriculares realizan sus prácticas en el campo comunitario que incluye estos espacios y allí aplican un encuadre socio-histórico- político transmitido/construido en la formación curricular, que apuesta a incorporar una mirada y práctica empática e intercultural respetuosa de la diversidad socio- cultural. La Carrera de Licenciatura de UNPAZ, a partir del cambio del Plan de Estudios en el año 2017, en el marco del proceso de Acreditación de la CONEAU, priorizó una alianza con las ciencias sociales, enfatizando la formación en investigación desde una perspectiva social en el campo de la salud. Las diversas realidades que se observan en el territorio en el contexto de las prácticas pre profesional permiten tener una aproximación a determinadas problemáticas que afectan a las personas que son destinatarias de los cuidados. Se intenta de esta manera plantear miradas e intervenciones alternativas a la del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2006), que predomina en los efectores de salud. Es por ello que, frente a una población originaria, como la comunidad Qom Daviataiqui de Derqui, se propone un abordaje desde el marco de la salud colectiva, respetando sus saberes, conocimientos y necesidades en torno a la salud.

Los intercambios e interacciones que se produjeron durante la investigación permitieron al equipo y a los/as estudiantes, adquirir aprendizajes significativos sobre los cuidados interculturales, el respeto de las diversidades socioculturales, la historia de los pueblos originarios, sus migraciones y los procesos de urbanización, las prácticas de salud, cuidados y terapéuticas nativas. Realizamos entrevistas a referentes de la comunidad y compartimos con ellos sus trayectorias de vida. Además, pudimos indagar sus necesidades y demandas de salud y cuidados. En el año 2023, en pleno proceso de trabajo de campo, fue elegida la primera cacica de la comunidad, Ana Medrano, referente y encargada del comedor y quien posibilitó este trabajo. Nuestro propósito en esta ponencia es compartir algunos resultados de esta investigación que esperamos pueda tener continuidad a partir de la nueva convocatoria de proyectos PITTS.

LA LLEGADA A DERQUI

La Comunidad Daviaxaíqui se encuentra en Pte. Derqui desde 1995. A partir de un proceso de organización que comienza a gestarse cuando familias qom y/o parte de ellas llegan a la ciudad de Buenos Aires a fines de la década de 1980, provenientes de distintas localidades y parajes de la provincia de Chaco. La migración hacia espacios urbanos fue motivada fundamentalmente por dos situaciones: la falta de posibilidades de trabajo y el despojo de sus tierras.

“No vinimos a Buenos Aires porque quisimos, vinimos porque ya no teníamos nuestras tierras ... Si yo tenía la tierra, capaz que no iba a estar acá ahora ... en el año 87, salí del lugar, perdimos la tierra, nos quitaron la tierra que estábamos ocupando no sé cuántos años... mi viejo no tenían ningún comprobante nuestros abuelos tampoco ... y llegaron la gente que no son parte de nuestra comunidad, la gente que viene de otro lado que tiene mucha plata , miran el lugar y compraron el lugar” (R, 53 años)

Es decir que, se vieron obligados/as a desplazarse desde sus lugares de origen a los barrios/ asentamientos urbanos de mayor vulnerabilidad. Los procesos migratorios, incluyendo las situaciones previas a migrar y las condiciones de tránsito, de llegada y de permanencia en el lugar de destino, pueden entenderse en términos de condicionamientos al bienestar, la integridad y la salud de las poblaciones migrantes. En este caso, se suma la condición étnica que agrega otro factor que incide en los procesos de salud- enfermedad-atención-cuidado (Michalewicz et al, 2014). Desde diversas corrientes teóricas y movimientos socio-políticos como la Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva (especialmente su corriente brasilera) se plantean múltiples determinaciones de los procesos de salud- enfermedad atención de las poblaciones. Proponen una mirada crítica hacia el abordaje netamente biomédico o clínico- biologicista de la salud de los colectivos, en tanto deja de lado o minimiza: “las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza” (Breilh, 2013). Desde la propuesta del autor citado, “los procesos de salud enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiares e individuales y las relaciones con la naturaleza y el territorio social”.

En los relatos de miembros de la comunidad expresan algunas dificultades que encontraron en la ciudad y cómo la vida urbana comenzaba a impactar en sus procesos de salud enfermedad:

“estuvimos primero en Fuerte Apache, no se podía salir a veces... tiros, droga... después fuimos a Villa 15 (Ciudad Oculta) en Mataderos... también vivimos en Piedrabuena, Lugano... varias familias empezamos a dar charlas en escuelas, contar nuestra historia... una vez, a L... lo encontraron sentado en la cima de un árbol... ellos no entendían qué le pasaba, no hablaba, extrañaba los árboles, la tierra...” (A, 52 años)

Con el correr de los años acumularon experiencia y práctica en el campo burocrático administrativo estatal, en el que demandaron recursos y un lugar para poder establecerse juntas. Si bien encontraron pocas respuestas desde las políticas públicas y los organismos del Estado, en 1995, el Arzobispado de Buenos Aires les cedió tierras para que se pudieran vivir en el partido de Pilar, en la localidad de Derqui. Allí comenzaron a construir sus viviendas 24 familias Qom del Chaco Argentino, oriundas de Paraje El Colchón, El Espinillo, Paraje Paso Sosa, Las Palmas, Pampas del Indio, Presidente Roque Sáenz Peña y Castelli. Actualmente la comunidad se compone de 42 familias, muchas de ellas mixtas, es decir, que han formado familias con algunas personas que no pertenecen a la comunidad, “criollos” para la comunidad Qom.

CUIDADOS Y SALUD DESDE LA ENFERMERÍA Y LA ANTROPOLOGÍA

Para el abordaje de los procesos de salud- enfermedad y los cuidados de la Comunidad Qom, el equipo ha revisado diferentes fuentes y bibliografía. En el campo de la enfermería, la línea de investigación que se enfoca en la diversidad sociocultural y los cuidados ha sido desarrollada inicialmente por Madeleine Leininger, quien propuso la denominada Enfermería Transcultural mediante la fusión de dos conceptos que procedían de dos disciplinas distintas: la cultura, procedente de la antropología y el cuidado, procedente de la enfermería (Leininger, 1978, 1995). En esta línea se encuentran los trabajos de Rohrbach (1996, 1998) y Martorell Poveda (2001, 2012, 2015), que adoptan enfoques antropológicos y que consideran el factor cultural e ideológico como objeto de estudio en vinculación con los cuidados culturalmente adecuados. Desde los estudios socio- antropológicos en salud en contextos de diversidad socio-cultural, se encuentra una abundante bibliografía que aborda la interculturalidad en el campo de la salud (Arrúe y Kalinsky, 1991; Colangelo, 2012, 2014; Hirsch, 2008; Hirsch y Lorenzetti, 2016; Kalinsky y Arrúe, 1996; Leavy, 2022; Leavy et al, 2018; Lorenzetti, 2007, 2012, 2017; Remorini, 2010; Remorini et al, 2018).

En cuanto a los estudios específicos sobre salud y población Qom en contextos periurbanos se encuentran los trabajos de Tamagno, Colángelo y Cusminsky (1998) en el Barrio Qom de la Plata; y los

trabajos de Stival (2008, 2018) en un Barrio Qom en las periferias de Rosario. Si bien se enfocan en determinadas patologías o problemáticas específicas, estas investigaciones nos sirven para establecer puntos de comparación, acercamiento o distancia. Con respecto a trabajos socio antropológicos que abordan diversos temas no estrictamente de salud, pero sí relacionados con ella, que se realizaron en la Comunidad Qom de Derqui existen varios estudios. Entre ellos, los trabajos de Sarra (2013, 2018), sobre la ontología y cosmología qom en contexto periurbano, analizan a partir de un corpus de dibujos y relatos producidos por niños, las continuidades, incorporaciones y resignificaciones de la cosmovisión qom más allá de los desplazamientos migratorios. Por otro lado, Citro et al. (2016), estudian las memorias, músicas, danzas y juegos qom en Formosa y retoman algunos registros de músicos qom que viven en la Comunidad de Derqui sobre la ejecución del tambor en contextos rituales y sus significados específicos. En otro trabajo, Olmedo y Petit (2019), a partir de las experiencias desarrolladas desde el 2013 con la comunidad Qom Daviaxaiqui de Pte. Derqui, analizan las experiencias sonoro-musicales originarias, como una estrategia de participación comunitaria, en pos del fortalecimiento de la identidad indígena y los procesos de construcción y reconstrucción de la memoria ancestral. Otro estudio de Medrano (2012) indaga y revisa las relaciones hombre/mujer, el esquema de la división sexual del trabajo para los qom, desde las fuentes y voces de las propias indígenas del Gran Chaco e incorporando relatos de un profesor de lengua qom, quien vive en el barrio toba "Daviaxaiqui" (Derqui, provincia de Buenos Aires). Por su parte, la antropóloga Hecht (2010), realizó una investigación sobre la lengua toba en Derqui, en donde observó el potencial que posee la lengua toba para mantenerse vital y cómo está depositado en los estímulos que tienen los niños para que en el futuro "se hallen con la lengua", sobre todo a partir de la reivindicación étnica que muchos efectúan con el devenir del tiempo y la agencia que se le atribuye a aquellos que la van a aprender. Un aporte importante a este estado del arte lo constituye un material compilado por Messineo y Dell'Arciprette (2003): "Lo'onatacpi-na qom derqui l'ecpi", realizado para el taller de lengua y cultura toba. El mismo fue elaborado en conjunto con miembros de la comunidad, entre ellos, la actual presidenta (cacica) de la comunidad, Ana Medrano. A partir de esta experiencia han podido recuperar algunos aspectos de la lengua y cultura qom, en el marco del programa participativo de capacitación y fortalecimiento de la lengua y la cultura toba. Allí comenzaron a escribir su historia en qom y a partir de las canciones recrear sus prácticas artístico-culturales. Los estudios citados nos permiten abordar las problemáticas desde un marco

más amplio y complejo y comprenderlas en un contexto multisituado, ya que las familias qom que viven en la comunidad de Derqui también pertenecen y son parte de otras comunidades qom, que se encuentran en diversas localidades del país.

SALUD Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD QOM DAVIAXAIQUI DE DERQUI

Durante el trabajo de campo hemos abordado las problemáticas de salud de familias de la comunidad. A partir de ello identificamos que existían reparos y/o resistencia a asistir a efectores de salud pública locales (municipales y provinciales). Al indagar sobre ello, la gente de la comunidad ha referido que una de las causas de no querer ir a consultas médicas se vincula a que ha padecido maltratos, destratos, discriminación y violencias tanto en instituciones de salud, como en educativas, entre otras.

Muchas mujeres de la comunidad evitan hacerse los “controles” de embarazo, incluso parir en el hospital, y a lo largo de los últimos años se han producido numerosos partos domiciliarios a pesar de la cercanía con las instituciones.

“Cuando recién llegamos nosotros nos peleamos mucho con los médicos de Pilar, para que nos entreguen la placenta, después entendieron, eso duró unos meses, se cortó eso... la placenta nosotros la pedimos, porque si uno quiere tener uno o siete hijos, se le entrega la placenta al papá, eso nosotros nos manejamos en el Chaco. Se hace un pozo, solo lo hace el esposo, agarra un pisón grande y la rompe todo (la placenta), allí lo tapan y ya ahí nunca más va a tener hijos, si el día de mañana quiere tener otro hijo el cacique tiene esa canción y habla de nuevo con la placenta y ahí puede tener otro hijo” (R, 53 años). El logro de que les entregaran la placenta que cuenta R, fue cuando su hijo menor nació (actualmente tiene 15 años).

En ese momento la maternidad estaba ubicada en la misma localidad en donde se encuentra la comunidad, y la relación con médicos/as y enfermeras era más cercana y conocían sus prácticas y su cultura. Luego, con el traslado de la maternidad a otra localidad y el cambio de ese personal de salud, dejaron de entregarles la placenta obstaculizando la continuidad de sus prácticas.

En determinadas ocasiones prefieren además utilizar su propia medicina, como nos cuenta R (53 años):

“A mi hija se le rompió acá (la mano), yo le hice el remedio, grasa de chivo con alcohol, le pasé todo y le até. Después ya tenía todo para

poner los clavos, (en el hospital) y después cuando llegó le sacaron la placa y ya se unió dijeron los médicos. También suelen usar otras hierbas medicinales como nos cuenta A (52 años): “tenemos paico acá”, “mi hija me estaba llamando mamá tengo fiebre no puedo respirar y le digo busca paico hervido, o palo santo”

Es decir, que prefieren realizar otras prácticas de cuidado y curaciones que concurrir a efectores públicos de salud o en el caso de la placenta, debido a su carácter simbólico y la negativa de las instituciones a entregarla, la única opción que les dejan es parir en sus casas. En este sentido, las trabas burocráticas que impiden la entrega de la placenta representan una de las tantas existentes en las instituciones públicas. Otros obstáculos que han expresado se vinculan con la obtención del DNI, que muchas veces les solicitan para atenderse o asistir a la escuela, y que a pesar de las diversas gestiones de miembros del equipo de investigación no se han podido resolver. Se hizo evidente que las burocracias “administrativas” no eran azarosas, tal como plantea Menéndez (1972), encubren racismos y desigualdades. En este sentido, la resistencia a concurrir a efectores de salud, así como la falta de adherencia a tratamientos no pueden ser consideradas separadamente de estas situaciones constantes y continuas, explosivas y de discriminación que padecen.

Con respecto a problemáticas de salud de las familias qom, hemos registrado algunas vinculadas a las condiciones de vida, como la falta de recursos e insumos en el Comedor, en el que sólo se realizan meriendas o almuerzos cuando consiguen los alimentos, a partir de donaciones. Esta situación alimentaria viene empeorando desde mediados de 2023 en relación a la crisis económica. Por otro lado, enfermedades como dengue y diabetes afectan a la comunidad y ocasionan situaciones de gravedad, que se tornan más críticas aún debido a la deficitaria atención, a la falta de insumos, a las barreras de accesibilidad como los obstáculos de comunicación y la discriminación, que representan a su vez, casos de violencia institucional.

Otra problemática relevada que condiciona y daña la salud de la población se vincula con las situaciones de inseguridad producidas por la falta de iluminación de las calles, lo que ha llevado a que el barrio se convierta en un espacio vulnerable y vulnerado, ocurriendo hechos delictivos y violentos que anteriormente no sucedían. Esto constituye un problema para la comunidad en términos de cuidado, ya que sienten que la oscuridad provoca peligros y no pueden cuidar ni cuidarse o evitar los riesgos y daños que produce.

Por otro lado, la salud de las familias que concurren a actividades comunitarias se ve afectada y en riesgo debido a las condiciones

edilicias del comedor que presentan falencias, hay roturas, filtraciones, el techo tiene una parte no cubierta porque le falta una chapa y cuando llueve entra el agua, perjudicando el desarrollo de las actividades que se hacen como talleres de costura, música, cerámica, apoyo escolar entre otros. A ello se suma el frío que entra en el invierno, que repercute en la salud de los/as concurrentes, en su mayoría niños/as.

Con respecto al CAPS de Villa Luján, próximo a la comunidad, hemos establecido contacto, realizado reuniones y observación participante en la institución. También pudimos acompañar el seguimiento de algunos padecimientos que implican tratamientos crónicos o de larga duración, comunicándonos con los/as profesionales encargados y con las personas de la comunidad que debían ser cuidadas. Es importante señalar que la gestión del CAPS ha cambiado hace un año y medio y ello ha implicado modificaciones en los procesos y dinámicas de trabajo, a la vez que hay menos personal y algunos/as están con licencia. El acompañamiento que describiremos en esta oportunidad se realizó mediante comunicación telefónica y visitas domiciliarias a las personas afectadas y/o sus familiares, lo que nos permite mostrar una escena que se repite en las experiencias de padecimientos en la comunidad. Se trata de una persona mayor de la comunidad que padecía diabetes tipo 2, a lo que se le sumó una neumonía y además sufrió una caída por la cual se fracturó la muñeca y en una de sus piernas se le abrió una herida antigua que fue empeorando produciendo nuevamente una úlcera. Por todo este cuadro precisaba curaciones diarias y múltiples medicaciones. A continuación, describimos más detalladamente la situación: nos comunicamos con la profesional del CAPS P que estaba en contacto con él y su familia. Ella relató que la ambulancia no lo quiso llevar al hospital porque *“la herida no estaba cortopunzante, no sangraba y porque para la médica no tenía síntomas de infección”* (P, 54 años). Además, se mostró preocupada porque *“desde el día que se cayó no tomó la “amoxi” (Amoxidal) así que imagínate cómo está”* (P, 54 años).

Posteriormente, una de las profesionales del CAPS y parte del equipo de investigación pudieron conseguir algunas de las medicaciones y hablar con los familiares para que lo cuidaran, ya que desde el efector plantearon la imposibilidad de enviar a alguien a su domicilio para realizarle las curaciones necesarias. A su vez, tampoco era posible que una persona mayor dependiente que no podía caminar y cuyos familiares trabajan y/o estaban con otras tareas, recorriera varias cuadras para ir al CAPS, aunque le consiguieron una silla de ruedas. La situación fue empeorando junto con la herida, que ya no requería curaciones que pudiera brindar el primer nivel de atención, pues era imprescindible un nivel de asepsia e higiene y un tipo de intervención

de mayor complejidad. En el Hospital, cuando fueron a consultar por la herida, le detectaron neumonía. Le realizaron una curación profunda y si bien la obra social no reconocía la mayoría de los medicamentos, algunos como ya hemos mencionado se pudieron conseguir. Con los días la situación continuó empeorando, en la última conversación con otra de nuestras informantes clave F (30 años) relató:

“Lo llevaron al centro de salud, estaba muy mal, descompensado, llamaron a la ambulancia, lo atendieron y lo dejaron ahí, lo mandaron a la casa, y ayer fueron al centro de nuevo a buscar insumos y lo fueron a llevar de nuevo, lo dejaron internado y hoy murió” (F, 30 años, julio de 2024).

La situación que hemos compartido refleja injusticias, tensiones, la ausencia de ética del cuidado, irresponsabilidades, negligencias, mala praxis, problemas de articulación entre niveles de atención de la salud, violencias institucionales, escasez de recursos y vulneración de derechos en contextos de desigualdad.

A partir de este caso podemos ver cómo la determinación social de la salud, resulta un modelo explicativo que permite analizar los diferenciales de salud de acuerdo con la matriz de triple inequidad -de etnia, de clase y de género- estructural (Breilh, 2013 en: Hirsh y Alonso, 2020).

El registro seleccionado representa una situación recurrente cuando se trata de la salud en contextos de diversidad sociocultural. Si bien, como docentes investigadoras trabajadoras de salud nos produce indignación y angustia, el desafío que asumimos es poder pensar en conjunto alternativas de trabajo colectivo transformadoras de las prácticas en salud hegemónicas que reproducen situaciones crueles, injustas y desiguales.

ALGUNAS IDEAS FINALES

En contextos de diversidad socio-cultural atravesada por la desigualdad y pobreza, de escasez de recursos de todo tipo, en los que lo que predomina son los descuidos, o el “no cuidado” conocer las problemáticas y necesidades de salud que posee la población qom, adquiere una relevancia significativa ya que permite considerarlos/ tenerlos en cuenta, situar los procesos de salud para entenderlos y proponer posibles respuestas. Además, los vínculos con la comunidad posibilitan el mejoramiento de la formación en enfermería en términos interculturales y de derechos, así como también a mediano y largo plazo ello redundará en mejorar la accesibilidad y la adecuación cultural de la atención dirigida a la población qom (que esperamos realicen los/as estudiantes cuando sean profesionales).

El trabajo de campo realizado por el equipo de investigación, que contó con la participación de estudiantes de la Carrera de Enfermería, ha posibilitado un acercamiento a realidades y situaciones de salud y enfermedad que eran desconocidas para la mayoría de nosotros/as. El conocimiento de la comunidad y los acompañamientos mutuos están nutriendo relaciones y vínculos que esperamos nos permitan continuar trabajando para mejorar la accesibilidad desde una perspectiva intercultural y en pos del cuidado humanizado y que permitan evitar situaciones dolorosas e injustas como la que hemos descrito.

BIBLIOGRAFÍA

- Arrúe, W., & Kalinsky, B. (1991). De la médica y el terapeuta: la gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén. Buenos Aires, CEAL.
- Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 31:13-27.
- Citro, S et al. (2016). Memorias, músicas, danzas y juegos de los Qom de Formosa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires.
- Colangelo, MA. (2012). La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de La Plata.
- Colangelo, MA. (2014). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. En *Primeras jornadas Diversidad en la Niñez*. Hospital El Dique.
- Colangelo, M., Tamagno, L., & Cusminsky, M. (1998). Atención de la salud infantil en una comunidad toba de un medio urbano. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 96(6).
- Hecht, A. C. (2010). “Todavía no se hallaron hablar en idioma” Procesos de socialización lingüística de los niños en el barrio toba de Derqui, Argentina. Munich: LINCOM EUROPA, academic publications.
- Hirsch, S. (2008). Mujeres indígenas en la Argentina: cuerpo, trabajo y poder. Buenos Aires, Biblos.
- Hirsch, S. y Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud colectiva*, 16, e2760.
- Hirsch, S y Lorenzetti, M. (2016). *Salud Pública y Pueblos Indígenas en Argentina*. Encuentros, tensiones e interculturalidad. Buenos Aires, UNSAM Edita.
- Kalinsky, B., & Arrúe, W. (1996). *Claves antropológicas de la salud: el*

- conocimiento en una realidad intercultural. Buenos Aires, Miño y Dávila editores.
- Leavy, P. (2022). Tensiones en torno a la (des) nutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica. *Salud colectiva*, 18, e3839.
- Leavy, P., Szulc, A. P., & Anzelin, I. (2018). Niñez indígena y desnutrición: análisis antropológico comparativo de la implementación de programas alimentarios en Colombia y Argentina. *Cuadernos de antropología social*, (48), 39-54.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Practices*. Columbus, OH: Mc Graw Hill.
- Lorenzetti, M. I. (2007). Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena. In IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Lorenzetti, M. (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 2(1), 41-54.
- Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de estudios marítimos y sociales*, 1(11), 148-176.
- Martorell- Poveda, MA. (2001). "¿Antropoenfermería o enfermeantropología?" *Cultura de los Cuidados*, Año V, (9): 5-9.
- Martorell Poveda, MA. (2012). La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura De Los Cuidados*. (34): 71-80 - 2012-01-01 (34)
- Martorell Poveda, MA., & Rodríguez Pola, T. (2015). La fecundidad en las mujeres gitanas: creencias, valores y prácticas. *Index de Enfermería*, 24(4), 202-206
- Medrano, M C. (2012). Cazando a la cazadora: cuestiones sobre la posición de la mujer toba en los ámbitos políticos y públicos, domésticos y privados. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines / 2012*, 41 (1): 123-146.
- Menéndez, E. (1972). "Racismo, colonialismo y violencia científica". *Revista Transformaciones*. Centro Editor de América Latina.
- Menéndez, E. (2006). "Interculturalidad, Diferencias, y Antropología". Algunas cuestiones metodológicas. En: Fernández Juárez, G. (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Ecuador, Ediciones Abya Yala.
- Messineo, C y Dell'Arciprette, A. (2003): "Lo'onatapi-na qom derqui

- l'ecpi". Materiales del taller de lengua y cultura toba N°1. Proyecto de documentación y fortalecimiento de la lengua y cultura toba en la comunidad urbana de Derqui (Bs As- Argentina).
- Michalewicz, A, Pierri, C, & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de investigaciones, 21(1), 217-224. Recuperado en 21 de septiembre de 2024, de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100021&lng=es&tlng=es.
- Olmedo, M C y Petit, L. (2019). El trabajo comunitario desde las experiencias sonoro musicales para abordar los procesos de memoria y de subjetividad en comunidades indígenas. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. pp. 71-75.
- Remorini, C. (2010). Crecer en movimiento: Abordaje etnográfico del desarrollo infantil en comunidades Mbya (Argentina). Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8(2), 961-980.
- Remorini, C., Palermo, M. L., & Schwartzman, L. (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). Salud colectiva, 14, 193-210.
- Rohrbach, C. (1996). "Reflexión sur le diversité dans les soins". Revue soins infirmiers, 7: 69-73.
- Rohrbach, C. (1998). "Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger". Cultura de los Cuidados, 3: 41-45.
- Sarra, S E. (2013). Lobison, Pomberos y Duendes. Continuidades y transformaciones en un contexto urbano desde la mirada de los niños Qom. Kula, Antropólogos del Atlántico Sur N°8:28-41.
- Sarra, S E. (2018). "Mi abuela que es un elefante está en el cielo" Percepción del espacio periurbano entre los qom de Derqui (Buenos Aires). Runa N° 39, (1): 41-58.
- Stival, M. (2008). Significados y sentidos asociados al VIH-Sida de las poblaciones tobas (Qom) del barrio " Los Pumitas" de Rosario. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- Stival, M. (2018). Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos Qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario. Tesis Doctoral. UBA.

Síndromes culturales en la isla de Chiloé reverberaciones sobre nuestros quehaceres en el campo del psicoanálisis

Ana Graciela Holand*

Estando en la isla de Chiloé, además de tomar contacto con la historia particular de ese archipiélago chileno y de su profusa creación de seres imaginarios y relatos míticos, encontré un trabajo de investigación llevado a cabo en 2010 por un equipo interdisciplinario perteneciente a la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud de Chiloé. El equipo está integrado por antropólogas, médicos, psicólogas, una kinesióloga y una asesora cultural. Está auspiciado por el Ministerio de Salud chileno, el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). La investigación se llama “Síndromes culturales en la isla de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto y Corriente de aire.” (Ibacache Burgos et al, 2010)

El trabajo me pareció importante por describir detallada y sistemáticamente los Síndromes Culturales propios de la región. Plantea múltiples reverberaciones sobre nuestros quehaceres profesionales que se despliegan en el campo psicoanalítico.

* Directora Equipo Terapéutico Interdisciplinario La Barca- Buenos Aires Miembra del Colegio de Psicoanalistas- Buenos Aires graholly@yahoo.com.ar

A partir de este trabajo de investigación en salud, tomando como concepto eje la diversidad cultural, analizaré ciertos puntos de encuentro entre la medicina tradicional en la isla de Chiloé y el psicoanálisis, la interculturalidad en la transferencia, y las vicisitudes de la transmisión inter y transgeneracional y sus efectos en la clínica psicopedagógica pensada desde el campo psicoanalítico. Desarrollaré en particular el Síndrome del Susto.

Voy a contarles primero ciertas características de la isla. Está situada al sur de Puerto Montt, donde Chile continental se angosta y se fractura. En ese punto, hacia el oeste y el sur hay una infinidad de islas, la mayor de las cuales es la isla grande de Chiloé. Por su aislamiento del continente, tiene una historia propia diferente a la de Chile continental y también una cultura particular.

Dada su condición insular, el mar fue históricamente la única vía de contacto entre comunidades. Es un escenario de una gran biodiversidad y fue un mundo cerrado sobre sí mismo durante miles de años. Creó su economía, la construcción de sus casas, etc. a partir del autoabastecimiento. (Urbina Burgos, 2016: 23)

Después de un primer momento de desembarco de la ocupación española en la isla, continuó el aislamiento ya que no recibió corrientes migratorias durante los siglos XVII y XVIII, sobre todo durante el alzamiento mapuche entre 1598 y 1604, años de repliegue del invasor español. Se fue perfilando así, una cultura “mixta”, de sincretismo cultural. (Urbina Burgos, 2016:24)

La tierra y su producción económica, la utilización de materiales de construcción, la dieta cotidiana, la mitología fueron contribuciones indias. Es interesante el sistema de colaboración solidaria aborígen llamado “minga”, para realizar obras particulares o públicas, donde las personas que necesitaban construir o trasladar una casa, pedían ser ayudados por su comunidad. Luego se ofrecía el parabién, comida de agradecimiento colectiva y solidaria. Esto todavía se ve en ciertos grupos de inmigrantes bolivianos en barrios populares de ciudades como Buenos Aires, donde familiares o amigos colaboran los fines de semana para construir la casa de alguna familia.

Los españoles impusieron la religión católica, que para los colonizados se sincretizó con la propia. Las concepciones de la medicina española renacentista se introdujeron en la medicina aborígen. La encomienda modificó el ritmo y los tiempos de la vida local, las relaciones laborales asimétricas de dominación, la significación del trabajo. No es claro de qué modo la cultura ancestral local se imprime en la del invasor español. Una mestización heterogénea.

Tal como dice la socióloga boliviana Silvia Rivera Cusicanqui (2018), un mundo ch'ixi, de complejidad identitaria permanente, con

coexistencia de elementos múltiples, a veces contradictorios, aún en un mismo sujeto.

Volviendo a la investigación, ésta transita desde el paradigma de una Salud Pública centrada en la enfermedad y en el modelo “bio-médico”, hacia otro, el de una medicina social latinoamericana, más enfocada en los ejes socioeconómicos que determinan la accesibilidad de los sistemas de salud, y su incidencia en los modos de enfermar y morir, así como sobre variables históricas, geográficas, ecológicas, antropológicas, culturales que dan sentido a la vida, la enfermedad, los procesos terapéuticos, la muerte. Está implicado en esta investigación, un concepto de salud-enfermedad necesariamente interdisciplinario, transdisciplinario, político. Y me refiero no sólo al carácter político de su concepción, sino también a que este tipo de modelos de organización de la salud colectiva requiere una política pública nacional que le permita su desarrollo y, sobre todo, su sustentabilidad en el tiempo.

Anahí Sy, antropóloga, en un artículo para la revista *Topía*, analiza las diversas miradas sobre la salud y la enfermedad: la de la medicina, la psiquiatría, la antropología. Dice “...la antropología, especialmente una antropología o etnografía de la enfermedad, a partir del extrañamiento que desarrolla en sus observaciones, nos permite acercarnos a la forma en que la experiencia de la enfermedad es representada, y a la diversidad de prácticas que se desarrollan en torno a su atención, mediante descripciones que provienen de la observación directa de la propia realidad o de la de culturas muy diferentes a la nuestra. Así, se convierten en objetos de su saber; no sólo las tradiciones médicas de pueblos remotos, sino también las que se hallan presentes en la cultura o sociedad a la que pertenece el investigador, hasta abarcar las representaciones y prácticas que se elaboran al interior de las propias “culturas profesionales”.” (Sy, 2018)

En Chiloé conviven tres sistemas de salud a los cuales recurre la población: el sistema de salud originario o tradicional indígena que incluye la medicina de las familias y la de los sanadores tradicionales, el sistema oficial biomédico, alopático (como es llamado en este trabajo) y el sistema de salud energético o de terapias alternativas: reiki, flores de Bach, etc.

Las comunidades han desarrollado una forma propia de entender la salud y la enfermedad creando un modelo de salud colectiva territorial mestizo.

En el sistema médico originario, las causas de las enfermedades pueden ser: naturalistas por un desequilibrio con el entorno como, por ejemplo, no pedir permiso al bosque antes de ingresar a él o irrespetar los espacios naturales, personalistas causadas por la intervención de personas o agentes con poderes sobrenaturales quienes envían

una enfermedad al individuo cuando éste rompe una norma o mantiene relaciones personales o comunitarias conflictivas, o emocionales como un encuentro inesperado, situaciones traumáticas o problemas sin resolver. Las causas pueden aparecer conjuntamente. Por ejemplo, existen Aires, que pueden darse por cambios bruscos de temperatura especialmente en el sobreparto, concepto que es herencia de la medicina española de los siglos XV y XVI, o como cuando la persona se encuentra con un Aire Malo que son energías que circulan en el mundo sobrenatural. Lo sobrenatural es una presencia activa del imaginario comunitario ancestral en la vida cotidiana, con alta eficacia simbólica.

¿QUÉ ES UN SÍNDROME CULTURAL?

El médico y antropólogo Roberto Campos define los síndromes culturales como “aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una población y que sólo tienen explicación dentro de una cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura”. Agrega que los Síndromes Culturales “están mediados por la existencia de un determinado contexto político, económico, territorial y que dependen de la fuerza de la matriz sociocultural presente, donde la gente recrea y revitaliza su cultura. La existencia de estos espacios es parte permanente de una reivindicación cultural.” (Campos, 2002: 186)

En el concepto de salud/enfermedad está implicado entonces toda la concepción del mundo que tenga esa comunidad, incluida su historia, su geografía, su paisaje, su idioma, y determina las maneras de sentirse enfermo, de dar sentido a lo que le pasa, de buscar caminos hacia la sanación. No está en juego aquí el par verdadero/falso, propio de una lógica positivista, sino aquello que es válido, que está presente en la realidad, que tiene valor por su eficacia simbólica.

Este trabajo de investigación analiza cuatro síndromes: Mal, Susto, Sobreparto y Corriente de Aire.

Como anticipé, voy a centrarme en el síndrome llamado Susto, porque me parece que tiene muchos puntos de contacto con nuestros quehaceres.

El Susto es uno de los síndromes propiamente latinoamericanos, identificado por la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico y que se caracteriza como “padecimientos somáticos crónicos muy diversos, atribuidos a pérdida de ánimo, inducidos por miedo intenso a menudo sobrenatural. En algunos casos los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal; los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan”. (Ibacache Burgos et al. 2010: 129)

Estuvo asociado originalmente a la pérdida del alma según la cultura chamánica que trajeron los cazadores paleolíticos que poblaron el continente, y luego sincretizado con las culturas europeas.

Si bien el Síndrome es común a las culturas latinoamericanas, también se contextualiza en sus particularidades locales, vinculadas con la historia, la naturaleza, la geografía. En Chiloé, el susto, espanto o pesar, es un síndrome que se presenta especialmente en niños, aun cuando también afecta a adultos. Tiene una causalidad que a veces se identifica con factores naturales, sobrenaturales o personalistas. Sin embargo, en general se asocia a factores emocionales, principalmente al haber sufrido una experiencia imprevista, que produjo temor o miedo. Se presenta sola o junto con alguna enfermedad orgánica, y se trata principalmente en el sistema tradicional o en forma conjunta con el biomédico cuando hay un trastorno orgánico.

Se extiende por todo el archipiélago, en comunidades urbanas y rurales, en personas de las diferentes etnias y de todos los estratos económicos. Se da preferentemente en niños y adultos jóvenes y no hay una distribución diferenciada en uno u otro sexo, dice la investigación.

Si bien actualmente no aparece la pérdida del alma como consecuencia de haberse asustado, esta idea está en los orígenes latinoamericanos de este síndrome, y también en las ceremonias y oraciones que están destinadas a recuperar el alma perdida.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS POSIBLES DEL SUSTO?

Hechos imprevistos o accidentales que provocan un temor muy fuerte. Según un testimonio de su madre, un niño de tres años se asustó cuando un ternero que estaba castrando su padre se fue corriendo en dirección a él. Incendio de casas, terremotos, peligro de hundimiento del bote de pesca.

También el susto que pudiera sufrir una mujer estando embarazada, y que luego se traspase a la niña o niño en gestación, y al nacer o en su infancia presente sintomatología propia del síndrome, especialmente la que tiene que ver con lo emocional.

SUFRIMIENTO DE VIDA

Es la vivencia de hechos, como los mencionados anteriormente o aún de mayor compromiso emocional, que provocaron temor en las personas afectadas, y que de alguna manera se fueron acumulando o quedaron en la “memoria corporal” dice la investigación, generando una labilidad emocional que después de transcurrido el tiempo vuelve a provocar síntomas y emociones que se asocian al Susto. Citan el testimonio de una mujer de 32 años que atribuyó los distintos episodios de

susto a sufrimientos vividos a lo largo de su vida: maltrato de una madrastra, violación a los 13 años y posterior muerte del hijo engendrado producto de esa violación. La mujer explica el síndrome, diciendo que “todo ese susto que uno pasó de niña va guardándose, es una acumulación de todo lo que ha vivido de niño hasta que llega al corazón cuando uno ya no da más”. Al momento de llegar al corazón ella tuvo un ataque de tipo epiléptico, después de soñar que estaba acostada con sus hermanas menores, cuando aparece un hombre vestido de negro que la toma de un brazo y dice que la va a matar.

MALTRATO Y ABUSO SEXUAL

Una de las causas de lo que las personas identifican como Susto, es el maltrato o abuso, en especial el infantil. Los síntomas identificados por la familia son similares a los que pudiera presentar una niña o un niño abusado o maltratado. La sintomatología descrita es: cambios de comportamiento, desconcentración, llanto sin explicación aparente, retraimiento, temor a personas o a permanecer en ciertos lugares, inapetencia, pesadillas, tendencia a escapar de su casa, en algunos casos alopecia por estrés o depresión. Como no siempre se identifica a tiempo este tipo de situaciones, el equipo que lleva adelante la investigación, recomienda que “sin estigmatizar ni formarse prejuicio” los equipos de salud indaguen la posibilidad de abuso sexual y o maltrato en los casos en los que la persona afectada o su familia manifiesten creer que existe un Susto.

FENÓMENOS ANORMALES O SOBRENATURALES

La investigación cita el caso de una madre que relata síntomas de Susto en sus tres hijos. En el hijo mayor, parálisis de rodilla estando el joven solo en la playa. El joven no recuerda qué le ocurrió porque se desmaya, por lo que no existe una causa precisada del Susto. Algunos síntomas se repiten en sus otras dos hijas en forma secuencial al escuchar risas en el lugar donde el hermano fue encontrado, o al ver aparecer la figura de un hombre en la ventana del dormitorio. Lo interesante es que el diagnóstico biomédico del hijo mayor fue un síndrome de Guillain Barre, pero la madre siguió considerando el Susto como su causalidad, y a la enfermedad orgánica como complementaria a ese Síndrome Cultural.

Subyace a las explicaciones que las personas le dan a la enfermedad, sus causas y terapéuticas, la representación interna que tienen sobre el cuerpo y su funcionamiento, relacionada ésta con el conjunto de la cultura en sus distintos estratos históricos en un verdadero sincretismo cultural. Por ejemplo, del cuerpo como con orificios múltiples por donde circula la energía, la cual puede penetrar desde

el exterior con origen sobrenatural, transformándose en patógena y desequilibrando a la persona, representación intercultural entre la medicina tradicional y la española.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS?

Entre los síntomas generales del Susto, se involucran manifestaciones emocionales, cognitivas y somáticas. Se describen con ciertas diferencias en las diversas culturas latinoamericanas. Para Chiloé, los síntomas emocionales están descritos en relación con trastornos en el sueño y el dormir, debilidad, tristeza, desmayos, inapetencia, llanto en los niños y sueños interrumpidos por pesadillas. Escondarse para evitar ver a otras personas o ser visto, escaparse de la casa, diversos tipos de parálisis, sensaciones precordiales, ataques similares a los de tipo epiléptico, pérdida de conciencia.

PREVENCIÓN

Si bien no existen referencias a la prevención del Susto, la idea general es la de fortalecer a la persona. Sanadoras y sanadores usan remedios tradicionales para contribuir a que los niños crezcan sanos y fuertes.

TRATAMIENTO

Considerado el Susto una pérdida del alma, de la energía vital, del ánimo, de la sombra, según la cultura y el territorio, en general los tratamientos incluyen remedios en base a hierbas tomadas de la naturaleza del lugar y ceremonias mágicas rituales para ir a buscar el alma donde esté y devolvérsela a su propietario.

Esta investigación sostiene que, en general, en todo tipo de tratamientos ya sean del sistema biomédico, del tradicional u otros, actúan distintos factores que intervienen en el proceso de sanación. Además de la medicación a través de drogas específicas, de tratamientos como la quimioterapia o de un preparado con hierbas medicinales, deben existir igualmente otros elementos que contribuyen a que la persona avance en su sanación y que son menos tangibles, pero altamente subjetivos. Por ejemplo:

- Una cosmovisión compartida entre el profesional y el paciente: el sólo acto de nombrar el problema es terapéutico -es decir, ponerle palabra-, pero para que esto funcione, el sanador debe usar símbolos que sean acordes a la visión y vivencias del paciente. El poder de la palabra y de la ritualidad (oraciones, encantamientos, conjuros) tiene una importancia relevante, así como la investidura de la chamana o chamán y es de una enorme eficacia simbólica.

- El efecto curativo de una relación humana benigna o favorable entre el sanador y el paciente.
- La esperanza de sanación por parte del paciente, el poder hablar de su enfermedad y de las emociones que ella le genera.
- El uso de procedimientos que promueven un sentido de control de parte del paciente sobre las adversidades que le han tocado vivir. El paciente interviene en las ceremonias de sanación y se espera de él una actitud activa.
- La presencia de lo colectivo a través del sanador, de la participación familiar, de la pertenencia a un imaginario común, instituyen modos comunitarios de tramitación de lo traumático.

Es interesante destacar que cuando la sanadora se interna en el bosque o en el monte antes de que salga el sol a recoger productos naturales, lo hace pensando en la persona para la que el brebaje está dirigido. Es decir que la medicación es singularizada y en base al ecosistema del lugar.

La propuesta de abordaje de la salud y la enfermedad poblacional de este grupo de investigadores es el trabajo terapéutico complementario entre el sistema biomédico, como es llamado aquí, y el tradicional originario.

Algunas cuestiones me gustaría puntualizar, a partir de esta investigación tan rigurosa y profunda, de la que he presentado un recorte.

EN PRIMER LUGAR, LOS PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE MEDICINAS ANCESTRALES Y CIERTAS CONCEPTUALIZACIONES DEL PSICOANÁLISIS

A partir de los relatos transcritos en la investigación como testimonios, surgen diversas cuestiones que bien podemos relacionar con la clínica y teoría psicoanalítica. Entre otras:

La identificación de lo traumático como etiológico, no sólo de la enfermedad mental, sino del posible origen o concomitancia de enfermedades orgánicas.

La importancia del segundo tiempo del trauma en el proceso terapéutico: el “ir a buscar el alma” en el lugar de los hechos que dieron origen al susto. La idea de captura del alma, es decir del repliegue libidinal implicado, y del trastocamiento concomitante en el psiquismo. La impreparación como factor relevante en la escena traumática.

La fuerza de la transferencia en el proceso terapéutico a través de la intervención de alguien investido e imbuido de la cultura ancestral para ayudar a la elaboración del dolor traumático, a la recuperación del alma. En este contexto queda claro cómo la investidura implica a la o al machi sanador, a la comunidad por ellos representada y a la familia, presente en los rituales. La relevancia de la familia y de la

comunidad como espacios de contención y de significaciones compartidas supone una mirada social inclusiva sobre la salud mental.

La importancia de hacer un lugar para poner palabra al sufrimiento humano. La impronta subjetivante de dicho proceso, donde la machi “piensa al paciente” en su singularidad al preparar brebajes o llevar a cabo rituales y lo incluye como parte activa.

EN SEGUNDO LUGAR, LA INTERCULTURALIDAD EN LA CLÍNICA

A partir de trabajar con niñas y niños migrantes o hijos de migrantes latinoamericanos, pobladores de barrios carenciados en los bordes de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, me empecé a interesar por las cuestiones culturales que iban apareciendo de soslayo en el trabajo terapéutico. Son cuestiones que muchas veces quedan silenciadas en la transferencia, tal vez por ser parte de tradiciones e idiomas de pueblos colonizados y discriminados socialmente, y se corre el riesgo de confundir la manifestación de una cultura diferente y desconocida por el terapeuta con un síntoma psíquico.

En realidad, esto también puede suceder en una relación transferenceal terapéutica donde damos por sentado que tenemos las mismas referencias culturales y sociales que nuestros pacientes, y ahí la percepción de las diferencias se hace más finita al punto de invisibilizarse, sumado a los prejuicios derivados de nuestra formación patriarcal, a las representaciones sociales epocales, al sesgo que pueda imprimir el corpus teórico clínico que sustenta nuestra labor.

Es decir, que la investigación de la interculturalidad me parece muy interesante para deshilvanar estas cuestiones, sean culturas migrantes, urbanas, o las diversas culturas infantiles. La articulación de nuestros quehaceres con la Antropología permite profundizar en estos aspectos.

EN TERCER LUGAR, LA FRACTURA EN LA TRANSMISIÓN INTER Y TRANSGENERACIONAL

Muchos de los padres y madres de los niños con los que trabajo, han sido pastores en el cerro boliviano o peruano, han migrado primero a la periferia de alguna ciudad cercana debido a la pobreza, violencias familiares, abuso sexual, escasa accesibilidad educativa y casi ninguna accesibilidad al sistema sanitario.

Muy jóvenes luego, vienen a Argentina. Viven en los barrios más pobres de Buenos Aires en condiciones de hacinamiento que poco a poco van mejorando y que son cada vez más zonas de riesgo por violencia social, muy diferentes al mundo del cual partieron. La transformación cultural en estos seres valientes es enorme: pasan de una vida casi premoderna en el cerro boliviano de espacios abiertos y tiempos

regidos por la naturaleza, a la vida urbana donde el tiempo, el consumo, el éxito individual o el sálvese quien pueda como valor supremo, las relaciones sociales y laborales, están enmarcadas por el neoliberalismo. Es otra la lengua que designa la realidad, que también es otra.

Muchas familias conservan los lazos del origen a través de viajes para visitar a las familias y a los pueblos donde los padres crecieron, participan de ceremonias con fuerte contenido cultural, preparan comidas típicas, celebran a la virgen de la Urkupiña o a la chaya del carnaval en sus casas, preparan mesas de muertos, colaboran familiarmente en la construcción y mejora de las casas similar a la minga indígena, se reúnen en iglesias que congregan a miembros de las comunidades migrantes de los barrios pauperizados, elementos éstos, que van apareciendo en las sesiones y entrevistas a medida que se va trabajando la ligadura con los orígenes, las experiencias, los recuerdos, las pertenencias.

Sin embargo, en otras familias, se produce una fractura en los procesos de transmisión cultural, en las constelaciones de significaciones en relación con la realidad, en la contención intergeneracional, en los procesos identificatorios.

Esto da lugar a una suma de empobrecimientos de los procesos simbólicos, de las herramientas de pensamiento y de afrontamiento de la realidad, lo que también sucede con relación a poder comprender qué les pasa a los hijos, y de dar respuestas a las vicisitudes de la crianza. Algunas mamás migrantes dicen que al nacer su primer bebé no sabían qué hacer, no tenían a nadie que les cuente sobre la crianza. Vacíos simbólicos.

Los niños nacidos después de la migración parental suelen no conocer a sus abuelos, tampoco el idioma y las tradiciones ancestrales de los orígenes. Desgajados de su genealogía, crecen en entornos muy diferentes a los que lo han hecho sus padres.

Por otro lado, en relación con las familias donde hay fracturas en los procesos de transmisión transgeneracional cabe preguntarse cuáles son los modos en que se han tramitado -o no- los diversos acontecimientos con potencialidad traumática que han vivido acumulativamente y qué efectos proyectan sobre las generaciones siguientes. La mamá embarazada de un niño con discapacidad intelectual y severas dificultades en el lenguaje, ella misma con vacíos significantes, cuenta que en su país no se debe comprar ropita nueva al bebé por nacer, pero cuando le pregunto por qué, no lo sabe y tampoco le hace pregunta. Queda fracturada la transmisión transubjetiva y escindidas la historia, la genealogía, la lengua y la cultura de origen. Lo enigmático no se puede instituir plenamente, y con ello tampoco la pregunta y la curiosidad.

En cuarto lugar, la fractura en la transmisión trans e intergeneracional y el impacto en la organización cognitiva del aparato psíquico. Dice Silvia Gomel, en *Transmisión generacional, familia y subjetividad* (1997: 19): “La historia de una familia se construye en su transmisión: transmitir un pasado es en verdad, construirlo. El pasado como tal está perdido y solamente advenido en hecho histórico podrá lograr algún tipo de encadenamiento. El apres-coup ubica en sus respectivos andariveles las complejas relaciones entre trama familiar, transmisión y efectos de subjetividad”.

Los procesos cognitivos, responsables del andamiaje instrumental de las diferentes lógicas que llevan a cabo las composiciones y recomposiciones del psiquismo, son la otra cara de la moneda del orden libidinal en la constitución de ese psiquismo y en la producción de subjetividad. Ambos órdenes de la constitución del sujeto humano fueron conceptualizados por Silvia Bleichmar (1999). En la alucinación primitiva se anudan como efecto de un mismo movimiento generador, la pulsión y la representación.

Cuando en una generación se da una fractura en la transmisión de los significantes transgeneracionales, cuando hay acontecimientos traumáticos sin elaboración y un déficit de recursos con que dar sentido a la realidad, sumado a la condición de pobreza social cronicada, a la inseguridad alimentaria, a la escasa accesibilidad al sistema de salud y educativo, en la generación siguiente, -y es el caso de muchos niños con problemas tempranos de aprendizaje y de lenguaje, y posterior sentimiento de inadecuación en la escena escolar-, se producen o reproducen pobreza y vacíos simbólicos, dificultad para establecer relaciones lógicas que den lugar a ligaduras representacionales metaforizantes, pauperización de los contenidos del conocimiento y de las estrategias cognitivas en general. Los procesos cognitivos, si bien tienen un correlato biológico, no son una suma de funciones adscriptas a un órgano. El cociente intelectual no es un dato inmóvil, esencialista ni previo a la experiencia.

Un relato fundante de la historia chilota, bordado de leyenda y realidad, cuenta la historia del encuentro en épocas de la conquista española entre el navegante español José de Moraleda -sospechado de capturar esclavos en sus incursiones, para lo que hacía creer que era hechicero y así atraer a los indígenas-, y la machi Chilpila de Quetalco. “Ella tenía nombrada de hechicera auténtica y los mismos paisanos le suplicaron que compitiera con el extranjero. Entre las varias pruebas que hizo consiguió dejar en seco al buque con toda la tripulación adentro, para después volver a ponerlo a flote en el mismo punto en que se hallaban... El español se retiró a su buque y en señal de reconocimiento, regresó junto a la Chilpila con un libro forrado en cuero y se lo regaló.” (Véliz Pérez-Millán, 2019: 28-29)

Ese libro, de poderes mágicos, fue custodiado a través del tiempo en la Cueva de Quicavi que estaba protegida por una serie de personajes fantásticos que se convertían en tales después de horrendos procesos de transformación. En ella se reunían en Cabildo las brujas y los brujos, llamados la Mayoría, presidido por el Rey de la Recta Provincia. Discutían cuestiones relativas a la defensa del territorio y de la cultura, impartían justicia resguardando la ley indígena, el *azmapu*. A fines del siglo XIX, se produce una caza de brujas y brujos por parte del Estado Chileno, en proceso de consolidación. Tomaron tierras, impusieron una nueva concepción sobre el derecho, impartieron justicia, administraron el poder, amenazaron la sobrevivencia de la cultura ancestral.

Dice Héctor Véliz Pérez-Millán (2019: 6): “En Chiloé, a comienzos de 1881, fueron acusadas de brujos más de treinta personas, incluidas varias mujeres, por constituir una alianza de resistencia indígena denominada La Recta Provincia. Dicha organización muy bien estructurada y jerarquizada, representaba un alto riesgo de insurrección para la República en momentos en que se consolidan las fronteras de Chile.”

También la construcción cognitiva, esencial en la potencialidad humanizante para pensar el mundo -uno mismo incluido-, es política, social, cultural, histórica y está arraigada en el lecho profundo de lo imaginario, siempre en vilo, tantas veces amenazada.

BIBLIOGRAFÍA

- Ibacache Burgos, J. et al. (2010) Síndromes culturales en el archipiélago de Chiloé. Sobrepardo, Mal, Susto y Corriente de Aire. Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud de Chiloé. Tomado de <https://www.museodeancud.gob.cl/sites/www.museodeancud.gob.cl/files/2022-07/Libro%20Sindromes%20Culturales%20en%20el%20Archipelago%20de%20Chiloe..pdf>
- Urbina Burgos, R. (2016) *Chiloé y Chile: Dos mundos coetáneos*. Tomado de <https://museo.precolombino.cl/wp-content/uploads/2020/09/Chiloe%CC%81.pdf>
- Rivera Cusicanqui, S. (2018) Un mundo ch'ixi es posible. Tinta Limón. Tomado de: https://static1.squarespace.com/static/5a554ed012abd93f99fec26b/t/5eadb14f5f50e02b1608c36d/1588441448541/Rivera+Cusicanqui_Un+mundo+ch%CC%81+es+posible_.pdf
- Sy, A. (2018) Locura en la Literatura Latinoamericana de 1983 a 2009. Una mirada crítica de la medicina. *Revista Topía*. Ed. N° 100. Tomado de <https://www.topia.com.ar/articulos/locura-literatura-latinoamericana-1983-2009-una-mirada-critica-medicina>

- Campos, R. (2002) Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En: *La Antropología Sociocultural en el México del Milenio*. Fondo de Cultura Económica, Biblioteca Mexicana. 162-201
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Sección de Diagnóstico y Clasificación. (2004) *Guía Latinoamericana de diagnóstico Psiquiátrico*. OMS
- Gomel, S. (1997) Transmisión generacional, familia y subjetividad. Lugar Editorial. Buenos Aires
- Bleichmar, S. (1999) Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo. *Revista del Ateneo Psicoanalítico* N°2 Buenos Aires
- Véliz Pérez-Millán, H. (2019) *La recta provincia. Un tiempo indigno de creer*. Mentanegra Editorial. Chiloé

Grupo de trabajo

Debates sobre géneros y sexualidades en la Antropología de la Salud

Coordinadorxs:

Romina Del Monaco (CONICET-Instituto de Investigaciones Gino Germani-FSOC)

Eugenia Brage (Facultad de Filosofía y Letras-UBA/ Instituto de Investigaciones Gino Germani CONICET- FSOC)

Rocío Zuviria, IIEGE (UBA/ Subsecretaría de protección contra la violencia de género)

Conocimientos expertos psi e identidades trans: relatos de profesionales a partir de la ley de identidad de género en Argentina

Romina Del Mónaco*

INTRODUCCIÓN

Argentina se ha caracterizado en los últimos años por realizar transformaciones legales en materia de género y sexualidad pioneras en relación a otros países de la región y del mundo. La ley de matrimonio igualitario n° (2010) y la ley de identidad de género n° (2012) han instalado una serie de debates en distintas esferas sociales e institucionales que repercuten en los modos de abordar, nombrar y categorizar los procesos identitarios. Específicamente, la ley de identidad de género 26.743 regula el cambio de nombre y acceso registral y el acceso a intervenciones y tratamientos médicos para construir una imagen corporal acorde a la identidad de género (Farji Neer, 2020). Asimismo, si bien estos debates se han ampliado a distintos sectores de la sociedad visibilizando el reconocimiento de derechos en los últimos años, se trata de reclamos y demandas que los activismos de la disidencia sexual vienen realizando al Estado desde hace décadas.

Uno de los espacios que se ha visto fuertemente interpelado a partir de dichas transformaciones ha sido el campo de la salud. Tanto al interior de los saberes biomédicos como psi se visualizan tensiones y discusiones en torno a las “nuevas” formas de decir que discuten con presupuestos epistemológicos tradicionales.

* CONICET/ FSOC-UBA, rominadelmonaco@gmail.com

Específicamente, los saberes expertos psi están conformados por concepciones en torno a los modos de pensar y abordar las dimensiones de género y sexualidad que atraviesan las técnicas de intervención, manuales, categorías diagnósticas y terapéuticas dentro del campo de la salud mental e incluyen determinados modelos corporales. Consecuentemente, al mismo tiempo que se incrementan las consultas de personas en torno a temáticas vinculadas al género y la sexualidad, se describen las dificultades desde los servicios de salud *de hacer frente a las nuevas demandas*. En las narrativas de profesionales se trata de temáticas que *irrumpen* y ante las que deben empezar a *adaptarse* ya que es *un campo nuevo que no se entiende mucho* (Del Monaco, 2022).

Asimismo, tanto desde disciplinas como la psicología y psiquiatría, se han producido, a lo largo del tiempo, técnicas como manuales, herramientas de intervención, teorías que han patologizado identidades que no se corresponden con el binarismo heteronormativo basado en la biología. Así, frente a este escenario, se asiste a discusiones en torno a los modos de nombrar e intervenir. A partir de lo mencionado previamente, en este escrito, se analiza en las narrativas de profesionales psi en torno a modos de hacer referencia y nombrar experiencias referidas a la identidad de género. Especialmente, se focaliza en las formas de referir a procesos identitarios a partir de retomar categorías diagnósticas.

METODOLOGÍA

Las discusiones al interior de los saberes expertos psi en torno a los procesos identitarios a partir del reconocimiento de derechos de los activismos de la disidencia sexual en las últimas décadas en Argentina han crecido exponencialmente. Este estudio es parte de una investigación mayor que tiene por objetivo analizar algunas de las particularidades en los modos de decir e intervenir del campo psi a partir de las transformaciones legales en Argentina. La aproximación teórico-metodológica es cualitativa y se inscribe en el dominio de los estudios socio-antropológicos de la salud. Para realizar la investigación confluyen distintas perspectivas que permiten pensar la articulación entre ambas temáticas (campo psi y estudios de género y sexualidad). Se retoman los estudios desde las ciencias sociales sobre el campo psi, los estudios de género y queer en torno a los modos en que los géneros son performados y cómo son problematizados y la perspectiva de los estudios sociales de las ciencias con el objetivo de explorar y analizar cómo estos saberes son producidos y adquieren legitimidad y reconocimiento.

La herramienta metodológica para acceder a los datos fue la entrevista en profundidad a profesionales (psicólogas/os y psiquiatras) a través de la técnica de bola de nieve y las mismas fueron analizadas a

partir de la técnica de análisis de narrativas. Esta perspectiva permite analizar en detalle cómo los saberes expertos construyen sus objetos de estudio, técnicas de intervención, categorías diagnósticas y experiencias de profesionales teniendo en cuenta que las mismas se originan en un tiempo y espacio determinado (Good, 1994). Considerando este aspecto, se indaga en los argumentos centrales que estructuran los relatos de profesionales.

El trabajo de campo constó de dos etapas. Teniendo en cuenta que esta investigación comenzó en el año 2020 en el contexto de pandemia, la primera etapa del trabajo de campo se realizó mediante entrevistas a profesionales de manera virtual a través de plataformas como zoom y meet. Luego, se realizó una segunda etapa durante el año 2022 de manera presencial a profesionales en sus lugares de trabajo o espacios cercanos a los mismos. Con respecto a la población de estudio, se trató de profesionales dentro de la disciplina de psicología y psiquiatría con distintas perspectivas y abordajes teóricos. Se establecieron dos recortes metodológicos para llevar a cabo este trabajo. En primer lugar, se trata de profesionales que trabajan en instituciones y/o consultorios privados de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En segundo lugar, el principal criterio metodológico fue la cuestión etaria y se ubica en un rango de 28-40 años. Este aspecto se corresponde con la necesidad de realizar un recorte cronológico teniendo en cuenta la relación entre las modificaciones en el campo social y jurídico en torno a cuestiones vinculadas al género y la sexualidad y cómo interviene la variable generacional de personas que se hayan formado en los últimos años en las formas de nombrar, abordar, diagnosticar y tratar. Se realizaron treinta (30) entrevistas con el objetivo de identificar, documentar y analizar los saberes, prácticas, abordajes, concepciones acerca de los modos de nombrar distintos aspectos del campo de la salud mental y su relación con la dimensión de género y sexualidad.

Consideraciones éticas: este trabajo se adecua a los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de las personas entrevistadas así como también de resguardar su identidad. Con respecto al manejo de la información y para evitar cualquier rasgo identificatorio o personal se modificaron los nombres, además, las profesionales son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del Comité de Ética del Instituto en el que se realiza dicha investigación.

SABERES EXPERTOS PSI, TENSIONES Y RECONOCIMIENTOS

A nivel mundial, los saberes expertos psi constituyen un campo amplio y heterogéneo en el que convergen distintas perspectivas teóricas

y abordajes. Estas terapéuticas, mediante tecnologías como discursos, categorías diagnósticas, instituciones legitimadas por ciertos criterios de verdad, producen formas de hacer sujetos a través de diferentes prácticas sobre sí mismos (Foucault, 2008a). A su vez, estas técnicas se corresponden con lógicas de poder y de saber que intervienen en las formas en que nos entendemos y actuamos respecto de sí mismos y adquieren particularidades en contextos específicos (Rose y Miller, 2008).

Desde las ciencias sociales, en América Latina y, teniendo en cuenta las particularidades de Argentina a partir de la preminencia que tiene el psicoanálisis, el campo psi ha sido un objeto de estudio en el que se ha profundizado en distintos aspectos y perspectivas teóricas en relación con procesos sociales, económicos, políticos y como los mismos intervienen en los modos de categorizar e intervenir terapéuticamente (Dagfal, 2009; Plotkin, 2013; Epele, 2016). La heterogeneidad interna de estos saberes incluye distintos abordajes que se corresponden con diferentes técnicas y formas de intervención terapéutica. A pesar de estas diferencias al interior del campo psi argentino, es posible identificar –con distintos matices– las tensiones y cuestionamientos que surgen alrededor de las intervenciones corporales por motivos de identidad de género.

Si bien en espacios minoritarios desde el campo psi y con mayor énfasis a principios del nuevo milenio se discuten ciertas teorías patologizantes en torno a identidades de género, la promulgación de la ley de identidad de género en el año 2012 instala otro tipo de debate sobre los fundamentos sobre los que se constituyen determinados saberes con fuerte raigambre biologicista, categorías diagnósticas y nociones patologizantes.

Desde los estudios de género, teorías feministas y queer se ha problematizado la relación en los espacios de salud entre el binarismo sexo/género, categorías diagnósticas y formas de intervenir desde los saberes expertos dando cuenta de las normas, discursos que rigen y le dan forma a los cuerpos (Butler, 2002). A su vez, en Argentina, los movimientos sexo disidente articularon –históricamente– el vínculo entre la experiencia creativa de la sexualidad y las prácticas represivo regulatorias del Estado (Figari, 2017). De hecho, los debates al interior del campo psi se relacionan con la instalación de temas vinculados al género y sexualidad que desde los activismos sexo-disidentes se dan en distintas esferas de la sociedad y que repercuten –significativamente– en los ámbitos de la salud. Desde dichos movimientos se han denunciado los efectos patologizadores que a lo largo del tiempo los saberes expertos del campo de la salud han tenido y se ha reclamado el acceso a derechos y promulgación de leyes. Estas discusiones permiten visualizar los criterios normativos y cissexistas que atraviesan las distintas tecnologías

psi como manuales, criterios diagnósticos, modalidades terapéuticas, entre otras cosas. Es decir, si bien, a partir de leyes hay cuestiones que dejan de estar bajo la esfera de la decisión médica, permanecen elementos patologizadores en los relatos que son resultado de los modos en que se (re) producen determinados saberes a lo largo del tiempo. Así, el estudio de las narrativas de profesionales permite examinar las categorías recurrentes, particularidades de los modos de intervención y, también, sus transformaciones a lo largo del tiempo.

CONCEPCIONES SOBRE LA CORPORALIDAD, CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS Y ABORDAJES PSI

A partir de las discusiones y reclamos a nivel mundial desde los activismos sexo disidentes hacia el campo de la salud, hay nociones que desde los saberes psi son puestas en cuestión y comienzan a ser problematizadas y discutidas. En Argentina, si bien las demandas al Estado desde los colectivos lgtbiq data de hace décadas, es a partir del carácter legal que le otorga la promulgación de la ley en 2012 que nociones como autopercepción y reconocimiento adquieren otro sentido y legitimidad (ya que el no cumplimiento de la ley implica la posibilidad de judicialización). De esta forma, el análisis de los relatos de profesionales da cuenta de las tensiones al interior de estos saberes entre lo que se habilita a decir en los contextos actuales y las características de la formación académica y en distintos espacios hospitalarios. De hecho, en reiteradas ocasiones mencionan el surgimiento cada vez mayor de “otros lugares” para formarse en género” que quedan por fuera de ciertos marcos institucionales y académicos.

La psiquiatría siempre estuvo atada al modelo binario, biologicista positivista, se suma que nuestra casuística, los casos de personas no binarias o transgénero, son numéricamente muy pocos, además nuestra casuística es sesgada, porque nos llegan gente que probablemente ya tienen una patología. Todos los casos de transgéneros o no binarios, que no llegan al psiquiatra, nosotros no lo conocemos y ahí se genera una visión sesgada, nos llegó un trans psicótico, entonces todos los trans son psicóticos, hay mucho esa falacia y todo es muy nuevo entonces parece que apareció ahora (Psiquiatra, varón cis, 39 años).

Las tensiones entre “otras teorías más tradicionales” y las experiencias identitarias en las cuales el género asignado al nacer no se corresponde con el género autopercebido producen dudas e incertidumbre en las formas de decir de profesionales. De hecho, en algunas narrativas aparecen cuestionamientos a los abordajes biologicistas que incluyen determinada concepción de los cuerpos como algo material que

antecede a quienes consultan. En estos “choques de paradigmas” se combina la búsqueda de “no patologizar”, “estar atentos a lo que dice la legislación nueva sobre el tema” con el hecho de “tener en cuenta la realidad del cuerpo”.

En este sentido, a pesar de la heterogeneidad de abordajes señalados, predomina en las narrativas psi un esquema binario y heteronormado de pensar la sexualidad. Es decir, los saberes dentro de la psicología y psiquiatría constituyen tecnologías que producen un tipo de cuerpos, emociones y subjetividades sexo-generizadas las cuales se inscriben dentro de una matriz que genera inclusiones y exclusiones (Butler 2002). En las últimas décadas, desde los estudios de género y queer se han cuestionado determinados modos de pensar y tratar la corporalidad desde las instituciones de salud (Del Monaco, 2024). De hecho, a lo largo del tiempo, determinados cuerpos han sido marcados por los discursos médicos y legales en términos de “enfermo mental”, “psicótico”, entre otras categorías. Es decir, desde estas posiciones de enfermos mentales los saberes expertos colocan a determinados sujetos en ciertos criterios patologizantes a partir de discursos y prácticas clínicas (Preciado, 2021).

Sin embargo, Hacking (2006) ha problematizado los modos en que las clasificaciones y las denominaciones son vividas y contestadas por las personas que quedan incluidas en dichas categorías. Su análisis (a partir de, por ejemplo, la homosexualidad) focaliza en como las modificaciones de las categorías y de los sistemas clasificatorios no solo expresan transformaciones sociales y políticas, sino también como las personas se ajustan a estas categorías y clasificaciones. Así, mientras que ciertas clasificaciones psiquiátricas crean clases de personas (a través del proceso que denomina “making up people”), estas últimas responden a dichas denominaciones, transformando las clasificaciones a las que se ven sometidas (Hacking, 2006).

No se puede decir el homosexual es un perverso, sino es volver a patologizar el género o la elección. Sí yo he conocido y he escuchado pacientes trans que tenían alguna cuestión psicótica, pero yo no sé si puedo hacerlo alusivo al género, pero es eso, se lo asocia con esta categoría porque se relaciona con que si niego mi propia genitalidad, entonces, por ejemplo niego que en realidad soy hombre y me creo mujer, lo “toman” como una cuestión delirante, a eso le llaman psicosis algunas corrientes. (Psicóloga, mujer cis, 42 años)

En las narrativas es posible identificar, al momento de hacer referencia a cambios corporales por motivos de identidad de género, profesionales señalan que “no todos son psicóticos pero hay que descartar

esa posibilidad porque puede haber una desconexión con la realidad”. En este sentido, interesa señalar que no es objetivo de esta ponencia indagar en las especificidades de estas nociones sino dar cuenta de los modos en que ciertas categorías patológicas funcionan en las narrativas como algo previo y que, por momentos, pre-existe las percepciones de los sujetos. Es decir, si bien los debates en distintas esferas de la sociedad instalan la discusión al interior del campo psi, persisten en las narrativas elementos patologizantes que permean los abordajes teóricos, técnicas de intervención y se combinan y tensionan con las nuevas legislaciones en torno a la autopercepción de los sujetos. También, en los fragmentos mencionados, las profesionales destacan las dudas y cuestionamientos que se generan en las guardias, ateneos, residencias respecto de las temáticas de género y la presencia de pacientes que exponen ciertos temas que “no se hablan mucho”. En ambas citas de entrevistas, surge el cuestionamiento a saberes establecidos y legitimados a lo largo del tiempo a partir situaciones que problematizan ciertas categorías diagnósticas.

Asimismo, estos choques no sólo evidencian el carácter generizado de estas nociones sino también el aspecto histórico y producido de estos diagnósticos y las formas en que adquieren legitimidad y reconocimiento.

TENSIONES ENTRE DISTINTOS SABERES EXPERTOS: CHOQUES ENTRE LO PSI Y LO LEGAL

Es complejo todo, hay como choques entre paradigmas porque por un lado estamos de acuerdo con los derechos pero, también, es pensar que hay cosas que pasan en lo médico, en el cuerpo, que hay que tener en cuenta (Psicóloga, mujer cis, 35 años)

Desde las ciencias sociales se ha problematizado a lo largo del tiempo la relación entre los saberes expertos psi/biomédicos y el campo del derecho. No obstante, la promulgación de la ley de identidad de género permite visualizar una serie de rupturas que surgen entre estas esferas, hasta el momento, articuladas entre sí. Es decir, la producción de saberes psi (como también sucede con los saberes biomédicos) ha estado históricamente en relación con la producción de leyes que sancionan prácticas, patologizan (o no) identidades y producen sujetos (i) legibles. Esta articulación ha permitido, a lo largo del tiempo, que a partir de los correlatos médicos legales se legitimen ciertos sujetos (y prácticas) por sobre otras (Foucault, 2008). Así, desde los estudios sociales, se ha analizado cómo las disciplinas del campo de la salud (biomedicina, psiquiatría, psicología, etc.) han llevado a cabo procesos de

objetivación y normalización de minorías sexuales (Preciado, 2021). Sin embargo, es a partir de la noción de autopercepción que estructura la ley de identidad de género que no sólo se le da un lugar central a las experiencias subjetivas de las personas sino que, al mismo tiempo, se limita el carácter protagónico de perspectivas y abordajes psi en torno a las formas de pensar e intervenir sobre los cuerpos.

Estas modificaciones son resultado, principalmente, de las estrategias de lucha que desde los activismos de la disidencia sexual se han llevado a cabo a lo largo de los años en la historia argentina. Siguiendo a Theumer (2020), la historia de los movimientos de la resistencia sexual surge como la historia de políticas sexuales que buscan disputar y renegociar un campo normativo. Así, en América Latina, frente a estados fuertemente neoliberales y excluyentes, se han incrementado a partir de la década del 90 los reclamos desde los activismos sexo-disidentes por el reconocimiento de los derechos políticos y de ciudadanía (Figari y Ponce, 1999). En este contexto, en los movimientos en Argentina, se da una articulación entre los derechos humanos con los derechos sexuales como un elemento distintivo que lo distingue de otros movimientos latinoamericanos. Esta politización de lo sexual marcó el terreno para discusiones teóricas compartidas por movimientos globales (Figari, 2017).

Las repercusiones de estos debates teóricos y políticos tienen efectos en distintos espacios de las instituciones de salud. De hecho, las narrativas profesionales destacan la incorporación de otras temáticas, consultas, discusiones en congresos y jornadas en las que el género y la sexualidad ocupan un lugar que hasta el momento no tenían.

Quizás antes la norma era que la homosexualidad era una perversión y después eso se recontra se desestimó y ya se sacó hasta de los manuales que decían que era una perversión. Por ahí uno tiene que tener mucho cuidado en ciertas cuestiones de no verlo como algo patológico. Por ejemplo lo transexual podría ser visto o leído como algo más desde la psicosis (Psicóloga, mujer cis, 29 años).

Como menciona la profesional, las narrativas visualizan dudas e incertidumbre frente al carácter normativo de categorías diagnósticas y de formas de decir. Más aún, teniendo en cuenta que una de las decisiones metodológicas centrales fue el rango etario de las personas entrevistadas, es posible dar cuenta de los cuestionamientos que se generan en profesionales cuya formación y comienzo en la clínica es contemporáneo con los debates y promulgación de derechos como el matrimonio igualitario y la ley de identidad de género. En algunos casos señalan que “hay muchas áreas de la psiquiatría que pueden

pensar esta cuestión de transgénero como algo patológico”. De hecho, se ha investigado el lugar que en distintas partes del mundo han tenido los movimientos lgtb en las disputas con la asociación de psiquiatría americana (APA) para sacar en 1973 la homosexualidad como una enfermedad (Drescher, 2010). Como resultado, se visualiza no sólo el carácter histórico y producido de ciertas nociones diagnósticas sino también las modificaciones que se habilitan cuando se tensionan y contradicen los discursos biomédicos/psi con los del campo legal. Farji Neer señala que hay organizaciones como la Campaña Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans *Stop Trans Patologization* (STP-2012) que tiene entre sus objetivos discutir el lugar de los dispositivos psiquiátricos. Más aún, han reclamado por la eliminación de categorías patologizantes en torno a las experiencias trans del capítulo correspondiente a los trastornos mentales de la CIE-11¹ (Farji Neer, 2020). Estas discusiones dan cuenta de las tensiones que surgen en ámbitos de salud a partir de las transformaciones en el campo legal y las demandas desde distintas esferas de la sociedad (Del Monaco, 2024). A su vez, ponen de manifiesto la coexistencia entre categorías patologizantes con otros modos de abordar y problematizar las experiencias identitarias en los que los efectos de las legislaciones no son inmediatos ni algo que una vez que se consigue su promulgación perduran de una vez y para siempre.

CONCLUSIONES

El estudio de la relación entre el campo psi y las transformaciones legales en materia de género y sexualidad adquiere un carácter relevante para ser problematizado desde las ciencias sociales ya que Argentina se ha convertido en referente a nivel mundial de estas legislaciones. La ley de identidad de género del año 2012, ha modificado ciertos procesos de legitimación subjetiva desde el momento en que su promulgación se estructura alrededor de la noción de autopercepción sin intervención previa de saberes expertos (biomédicos y psi). De este modo, esta ley discute con la centralidad de nociones diagnósticas y perspectivas psi (psicología y psiquiatría) como intermediarias en las experiencias identitarias. Más aún, se ponen en tensión y problematización abordajes biologicistas centrados en explicaciones esencialistas y heteronormativas. No obstante, el análisis de las narrativas de profesionales que se han formado en las carreras de grado y posgrado a la luz de estas transformaciones sociales y legales permite visualizar dudas, incertidumbre y tensiones al interior de los espacios de salud

1 Las siglas del CIE-11 son: Clasificación Internacional de enfermedades.

en los que chocan las modificaciones legales con criterios diagnósticos y perspectivas psi patologizantes. De este modo, si bien los efectos de la ley instalan otra legitimidad, en los relatos también se pone de manifiesto el carácter –todavía- precario y fragmentado de ciertos saberes y formas de abordar los cuerpos y procesos subjetivos. Es decir, si bien los quiebres entre lo médico/legal y las tensiones entre ambas esferas (históricamente unidas) dan lugar a otras formas de reconocimiento, persisten teorías, formas de producción y reproducción de saberes en los que las nociones diagnósticas tienen un lugar relevante y producen efectos en instancias de formación e intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Barcelona: Paidós.
- Dagfal, Alejandro. 2009. *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Del Monaco, R. (2024) Conocimientos psi y cissexismo: transformaciones y discusiones en los modos de decir en torno al género y sexualidad en Argentina. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, N° 100, pp.39-53
- Del Monaco, R. (2022) Saberes psi y género: narrativas de psicólogos/as y psiquiatras a partir de las transformaciones en torno a derechos y demandas de los movimientos de la disidencia sexual en Argentina. *Revista Sexualidad, salud y sociedad*, N° 38, pp-2-26
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: parallels and contrast in the history of homosexuality, gender variance and the diagnostic and statistical manual. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 427-460. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9531-5>
- Epele, M. (2016). Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina. *Anthropology & Medicine*. December 2016. Vol. 23, n° 3, p. 244-258.
- Farji Neer, A. (2020). Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans. Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas. *Revista de estudios de género la ventana*. 6(52), 132-160.
- Figari, C. y Ponce, E. (1999). De los fusiles a las plumas: movimientos sociales de identidad de género en Argentina. *Separata Red de Filosofía y teoría social, Secretaria de ciencia y tecnología*, Universidad Nacional de Catamarca, pp. 1-11
- Figari, C. (2017). Consideraciones sobre el movimiento LGTB en Argentina. *Onteaiken*. 24, 30-39.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*.

Siglo veintiuno.

- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hacking, I. (2006). *Making up people*. London review of books, 28(16). <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v28/n16/ian-hacking/making-up-people>
- Ley Matrimonio Civil, 26.618. Sancionada 15 de julio de 2010. Promulgada 15 de julio de 2010. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>
- Ley Identidad de Género, 26.743. Sancionada 9 de mayo de 2012. Promulgada 23 23 de mayo de 2012. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Plotkin, M. (2013). Historia y Psicoanálisis. Encuentros y desencuentros. *CulturasPsi/PsyCultures*; vol. 1 p. 25 – 44.
- Preciado, P. B. (2021). *Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas*. Editorial Anagrama.
- Rose, N. y Miller, P. (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge Polity Press.
- Theumer, E. (2020). The Self-perceived gender identity. *Interventions*, 22, 498-513 <https://doi.org/10.1080/1369801X.2020.1749708>.

Grupo de trabajo

Dilemas y tensiones en el abordaje de la diversidad y las desigualdades en el cuidado y el acceso a la salud. Pasado y presente

Coordinadorxs:

Anahi Sy (Departamento de Salud Comunitaria. Instituto de Justicia y Derechos Humanos. CONICET, UNLa)

Laura S. Teves (Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada. FCNYM, UNLP Y CICPBA)

María Gabriela Morgante (Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada. FCNYM, UNLP Y CICPBA).

Abordaje Sindémico del Cuidado de la Salud en Enfermería en Salta: Diversidad y Desigualdades en el Cuidado y Acceso a la Salud

Laura P. Sánchez*, Felipe Lescano**, Laura M. Orosco***, Martín H. Justo Ricci****, María del Carmen Medina****, Sergio Flores Aguirre*****, Bernardo Daniel Taverna*****

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolla en el marco del proyecto “Voces de enfermería: panenfermeridemias y sinenfermeridemias con género” (PICTO-2022 REDES), financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Mar del Plata, cuenta con la colaboración de una red de nueve nodos de investigación distribuidos en distintas regiones de Argentina.

En el caso del nodo 9, situado en la provincia de Salta, se ha llevado a cabo un análisis preliminar orientado a comprender las determinaciones sindemicas que afectan las posibilidades de cuidado y atención de la salud de la enfermería en una región marcada por altos

* Instituto Nacional de Epidemiología ANLIS/ UNMDP FCSyTS

** UNSa

*** UNMDP FCSyTS

**** Instituto Nacional de Epidemiología ANLIS

***** UNSa

***** UNSa

***** Instituto Nacional de Epidemiología ANLIS/ UNMDP FCSyTS

niveles de desigualdad y vulnerabilidad. Este análisis tiene como objetivo principal estudiar de qué manera la sindemia, entendida como la interacción de factores biológicos y sociales que agravan la carga de enfermedad (Singer et al., 2012), impacta en las posibilidades de cuidado y autocuidado de los profesionales de enfermería en Salta. Esta teoría permite analizar cómo las desigualdades estructurales, género y condiciones laborales insuficientes aumentan la susceptibilidad a enfermedades y deterioro de la salud (Singer et al., 2012; Breilh, 2003).

En particular, se busca analizar cómo estas condiciones afectan su bienestar y limitan su capacidad para brindar un cuidado adecuado, considerando además factores de diversidad y desigualdad en el acceso a la salud. El objetivo general del proyecto es identificar y visibilizar las voces de los profesionales de la enfermería en torno a sus necesidades y desafíos en el contexto post-pandémico, promoviendo el desarrollo de políticas de salud pública que respondan a las necesidades específicas de este colectivo.

En este sentido, el presente trabajo se orienta a exhibir los resultados obtenidos del análisis en el nodo 9, resaltando las experiencias, limitaciones y desafíos que enfrenta el personal de enfermería en Salta. Estos primeros hallazgos, proporcionan una visión detallada de las múltiples dimensiones sindémicas que afectan a este colectivo y resaltan la importancia de implementar políticas públicas inclusivas y de apoyo a los trabajadores de la salud en esta región.

METODOLOGÍA

El enfoque metodológico de este estudio se basa en un diseño cualitativo, adecuado para explorar en profundidad las experiencias y percepciones del personal de enfermería en relación con su salud, cuidado y atención en contextos de alta vulnerabilidad social y laboral. Este abordaje permite capturar la complejidad de las condiciones de trabajo y salud en Salta, una región que enfrenta importantes desafíos estructurales en el ámbito sanitario (Breilh, 2003; Menéndez, 2005).

Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas en profundidad a 20 profesionales de enfermería que ejercen en los tres niveles de atención de salud, del sector público. Las entrevistas se estructuraron en torno a dimensiones como el cuidado y la atención de la salud en relación a categorías como condiciones laborales, riesgos asociados al pluriempleo, disponibilidad de recursos y prácticas de autocuidado.

El análisis se llevó a cabo mediante un proceso de codificación y categorización temática, lo cual permitió organizar y sistematizar las respuestas en función de las categorías establecidas. Se utilizó un enfoque sindémico para interpretar los datos, en el que se integran elementos contextuales, estructurales y sociales para comprender

cómo los factores externos, como las desigualdades económicas y de género, intensifican la carga de enfermedad y estrés en el personal de enfermería (Singer et al., 2012; Laurell, 2003). Este enfoque resulta crucial para analizar los problemas de salud y trabajo en su totalidad, considerando no sólo los aspectos clínicos, sino también los determinantes sociales y las intersecciones de clase y género que afectan a los profesionales (Haraway, 2017; Hirata, 2014).

La elección del nodo 9 en Salta responde a la necesidad de analizar en una región con altos niveles de inequidad las implicaciones de la sindemia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la enfermería, enfocándose en cómo estas condiciones afectan la capacidad de los profesionales para brindar y recibir cuidados. El análisis se enriqueció con el uso de la perspectiva feminista interseccional, que permite visibilizar las dinámicas de género, en las experiencias de la profesión de enfermería, quienes representan una mayoría significativa de mujeres en este colectivo y enfrentan una doble carga laboral y familiar (Hirata, 2014; Couto et al., 2019). Este enfoque metodológico integrado responde a la complejidad del fenómeno en estudio y proporciona la posibilidad de profundizar en múltiples factores que condicionan la salud y el bienestar del personal de enfermería en Salta.

HALLAZGOS

El análisis de los datos reveló una serie de problemáticas complejas que afectan al personal de enfermería en su capacidad para ocuparse de su propia salud, aumentando el riesgo de morbimortalidad y discapacidad. Estos hallazgos destacan cómo las condiciones laborales adversas, sumadas a las desigualdades estructurales y los factores socioeconómicos y de género, amplifican la carga de estrés y enfermedad en este colectivo, una situación que se alinea con el enfoque sindémico planteado en la literatura (Singer et al., 2012). Los resultados han sido organizados en tres grandes categorías: condiciones laborales y pluriempleo, acceso a la atención y al autocuidado, y limitaciones de recursos y apoyo institucional.

CONDICIONES LABORALES Y PLURIEMPLEO

Uno de los aspectos más destacados en los testimonios del personal de enfermería es la alta carga laboral derivada del pluriempleo, que muchos profesionales adoptan como estrategia para compensar los bajos salarios. Esta condición no solo aumenta el desgaste físico y mental de los trabajadores, sino que también limita sus posibilidades de autocuidado y atención de su propia salud. Como señalan Breilh (2003) y Menéndez (2005), la precarización laboral y la sobrecarga de trabajo en los sectores de salud tienden a reproducir y reforzar desigualdades

estructurales que impactan negativamente en el bienestar de los trabajadores. En Salta, esta situación es particularmente aguda debido a la falta de estabilidad laboral y la escasez de recursos, que llevan al personal de enfermería a enfrentar jornadas extensas en múltiples instituciones sin el apoyo necesario.

Los resultados también indican que el pluriempleo incrementa los riesgos de salud ocupacional y reduce la capacidad de los profesionales para recuperarse adecuadamente entre turnos, exacerbando su vulnerabilidad a enfermedades y lesiones. En palabras de una de las entrevistadas, “trabajamos en dos o tres lugares porque no alcanza el sueldo, pero el cuerpo ya no da; no podemos ni pensar en cuidar de nosotras mismas” (E7N9GM). Este comentario resalta el agotamiento extremo y la dificultad para mantener una salud equilibrada, lo cual es coherente con los hallazgos de Hirata (2014) sobre la doble carga laboral y familiar que afecta a las mujeres en sectores tradicionalmente feminizados.

ACCESO AL AUTOCUIDADO

Otra dimensión relevante identificada en el análisis es la limitación en el acceso al autocuidado y a los servicios de salud para los mismos profesionales. A pesar de estar en la primera línea de atención, el personal de enfermería en Salta enfrenta múltiples barreras para acceder a servicios de salud de calidad, en parte debido a los costos y a la falta de tiempo derivada de sus largas jornadas de trabajo. Este fenómeno, denominado por Sánchez (2020) como “sinenfermeridemia”, hace referencia a la paradoja en la que el personal de salud, encargado de velar por el bienestar de otros, ve limitada su propia capacidad para cuidarse y atender su salud.

Además, el análisis reveló que, en muchas ocasiones, las enfermeras priorizan el cuidado de sus pacientes y familiares por sobre su propio bienestar; lo cual refuerza patrones de autoexigencia y desgaste físico y emocional. Las entrevistadas describieron una “cultura de sacrificio” donde el autocuidado se percibe como un lujo inaccesible, reforzando la desatención de su salud. Esto coincide con las observaciones de Couto et al. (2019) sobre cómo los roles de género afectan la autopercepción de los cuidados en profesiones feminizadas, donde las mujeres asumen una responsabilidad excesiva y descuidan su autocuidado en pro de otros.

LIMITACIONES DE RECURSOS Y APOYO INSTITUCIONAL

Un tercer tema emergente en el análisis es la falta de recursos y el limitado apoyo institucional en los lugares de trabajo, una situación que agrava la carga de trabajo y afecta la calidad del cuidado brindado.

Las entrevistadas manifestaron que la escasez de insumos básicos y la falta de infraestructura adecuada imponen barreras adicionales al ejercicio de su labor. Como resultado, los profesionales de enfermería se ven obligados a trabajar en condiciones subóptimas, muchas veces improvisando soluciones para compensar las carencias materiales. Estos desafíos generan un alto nivel de frustración e impotencia, ya que sienten que no pueden cumplir adecuadamente con sus responsabilidades debido a factores que escapan de su control.

Este déficit de recursos también se refleja en el limitado apoyo psicológico y emocional disponible para el personal de enfermería, quienes enfrentan altos niveles de estrés y desgaste emocional en su trabajo diario. Algunas entrevistadas mencionaron la necesidad de contar con programas de apoyo psicológico y actividades de autocuidado promovidas desde las instituciones de salud, lo cual podría mejorar su bienestar general y reducir los efectos negativos de la sobrecarga laboral. Como indican Haraway (2017) y Menéndez (2005), el bienestar del personal de salud debe considerarse como un pilar fundamental de las políticas sanitarias, y es esencial promover el acceso a recursos que faciliten su salud integral y la práctica de autocuidado.

Estos hallazgos evidencian la urgencia de implementar políticas y estrategias de apoyo que aborden tanto las necesidades materiales como las emocionales del personal de enfermería en Salta. A través de este análisis, se hace evidente que la sindemia del cuidado, que integra factores laborales, estructurales y de género, plantea desafíos significativos para el bienestar del colectivo de enfermería y exige una respuesta que contemple tanto la salud pública como el bienestar de los trabajadores del sector.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados sugieren la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan tanto el cuidado de la población como el autocuidado del personal de enfermería, adoptando un enfoque que reconozca de qué forma la sindemia de las enfermedades crónicas no transmisibles está afectando también el cuidado y el acceso a la atención oportuna por las múltiples cargas de enfermedad que enfrenta este colectivo. Las recomendaciones incluyen la implementación de estrategias que mejoren el acceso a recursos de apoyo, la creación de ambientes de trabajo seguros y el desarrollo de políticas de género inclusivas que reduzcan la carga desproporcionada sobre las enfermeras. Como argumenta Haraway (2017), este tipo de intervenciones no solo son esenciales para mitigar las desigualdades estructurales, sino que también representan un imperativo ético en el marco de un sistema de salud inclusivo y equitativo.

La necesidad de reconocer a la enfermería como un pilar esencial en el sistema de salud implica no solo garantizar su salud y bienestar, sino también reconocer las implicancias sociales y económicas de su labor en la promoción de la salud pública. Este análisis contribuye al entendimiento de cómo las desigualdades en el entorno laboral y las condiciones de vida afectan la calidad del cuidado que pueden ofrecer los profesionales de la salud a los sujetos de cuidado y a ellos mismos, particularmente en un contexto donde la sindemia expone la fragilidad y la sobrecarga que enfrentan estos trabajadores (Singer et al., 2012; Laurell, 2003).

BIBLIOGRAFÍA

- Breilh, J. (2003). *La determinación social como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*.
- Canguilhem, G. (1971). *Estudios de Historia y de Filosofía de las Ciencias: concernientes a los vivos y a la vida*.
- Couto, M. T., et al. (2019). *La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico metodológicas*.
- Haraway, D. (2017). *Las historias de Camille: los niños del compost*.
- Hirata, H. (2014). *Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais*.
- Laurell, A. C. (2003). *La Salud-Enfermedad como proceso social*.
- Menéndez, E. L. (2005). *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*.
- Sánchez, L. P. (2020). *Liderazgo de enfermería: urgencia de los gobiernos para gestionar la salud global durante la post pandemia*.
- Singer, M., et al. (2012). *Syndemics and human health: Implications for prevention and intervention*.

Grupo de trabajo
Prácticas de investigación y aspectos éticos en
antropología de la salud

Coordinadorxs:

Raquel Irene Drovetta (Universidad Nacional de Villa María/CONICET)

Agustina Rúa (Universidad Nacional de Rafaela/CONICET)

Camila Liberal (Instituto de Antropología de Córdoba-CONICET)

Salud, género y cannabis: explorando las estrategias de mujeres cannabicultoras en Argentina frente a la regulación estatal

Raquel Irene Drovetta*

INTRODUCCIÓN

El cultivo de cannabis con fines medicinales ha adquirido relevancia en Argentina desde la sanción de la Ley Nacional 27.350 en 2017, que establece un marco legal para el uso terapéutico de esta planta y sus derivados. Diseñada para garantizar el acceso seguro a tratamientos basados en cannabis, esta legislación reconoce sus propiedades terapéuticas y fomenta su investigación científica. Sin embargo, a pesar de avances importantes como la implementación del Registro Nacional de Personas Autorizadas al Cultivo Controlado con Fines Medicinales y/o Terapéuticos (REPROCANN) en 2021, las experiencias en torno a esta regulación evidencian desafíos que exceden su marco técnico. El cultivo de cannabis con fines medicinales ha adquirido relevancia en Argentina desde la sanción de la Ley Nacional 27.350 en 2017, que establece un marco legal para el uso terapéutico de esta planta y sus derivados. Este marco fue diseñado para garantizar el acceso seguro y controlado a tratamientos basados en cannabis, reconociendo sus propiedades terapéuticas y abriendo posibilidades para su investigación científica. Un avance destacado en este sentido fue la implementación, en 2021, del Registro Nacional de Personas Autorizadas al Cultivo

* Universidad Nacional de Villa María (UNVM) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Controlado con Fines Medicinales y/o Terapéuticos (REPROCANN), administrado por el Ministerio de Salud. Este registro permite a pacientes, cultivadores solidarios y organizaciones no gubernamentales obtener autorizaciones para el autocultivo, promoviendo un acceso seguro a la materia prima. Secundariamente, la inscripción en este registro también contribuye a la desestigmatización del consumo de la planta y un paulatino separamiento entre la figura de consumidores recreacionales o consumo recreativo, y las variantes de consumo con fines medicinales o terapéuticos. Si bien a los fines de la literatura científica se utilizan estas conceptualizaciones, es posible que esta diferenciación deba ser revisada ya que parece obedecer a objetivos de clasificación moral y contribuye a reproducir estereotipos que actualmente se encuentran envueltos en dinámicas de cambio social.

A pesar de los progresos en la ampliación de derechos que supone ofrecer opciones para quienes quieran utilizar la planta, el contexto legal y social en torno al cannabis medicinal en Argentina sigue siendo complejo y contradictorio. La vigencia de la Ley 23.737, conocida como ley de drogas, que penaliza la producción, tráfico y posesión de estupeficientes, crea tensiones significativas para los cultivadores y usuarios medicinales en el marco legal vigente (Labiano 2018).

En la práctica, se advierte una falta de articulación efectiva entre las políticas de salud pública y las normativas de control de drogas, lo que genera incertidumbre y vulnerabilidad entre quienes dependen del cannabis medicinal para mejorar su calidad de vida. Se advierte tres situaciones principales, que ofician como indicadores de estos desencuentros. Por un lado, las fuerzas de seguridad aún deben adecuara su accionar a las normativas vigentes, disruptivas para lo que históricamente ha sido el comportamiento policial frente a la búsqueda de drogas. En segundo lugar, quienes se han inscripto el registro, deben ajustar todas sus prácticas de producción a la figura que se le ha otorgado en el rol de cultivador solidario o cultivador-paciente, respetando las formas que describe el registro (cantidad de plantas lugares de cultivos, entre otras). En tercer lugar, existen un grupo de cultivadores, algunos de ellos activistas visibles públicamente, que se resisten a inscribirse en el registro, porque consideran que se trata de prácticas de control establecidas por el Estado, o bien porque consideran innecesario regular el cultivo y debe legalizarse la planta en la totalidad de sus usos.

Actualmente (año 2024) el REPROCANN enfrenta problemas operativos que limitan su funcionamiento y alcance. Entre ellos destacan las demoras en la aprobación de solicitudes, la insuficiencia de personal y recursos asignados para su implementación, y las restricciones normativas que han endurecido los requisitos para su acceso,

tanto para pacientes como para prestadores de salud que median para obtener la solicitud. Estas barreras evidencian una brecha entre el reconocimiento legal del cannabis medicinal y la capacidad del Estado para garantizar su acceso efectivo.

Dado que los consumos que no se condicen con la figura de “paciente” se inscriben en prácticas entendidas como fuera de la legalidad, el acercamiento a la medición de estos fenómenos es complejo. Las cifras oficiales más recientes se ofrecen a través de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (en adelante ENCoPraC) una encuesta desarrollada por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Esta investigación analiza el consumo de sustancias psicoactivas en la población urbana de 16 a 75 años, incluyendo alcohol, tabaco, marihuana, tranquilizantes y cocaína

La información sociodemográfica que ofrece la encuesta ENCoPraC de 2022 permite describir que, de la población que consumió marihuana con fines no terapéuticos durante el último año, el 66,5% son varones y el 33,5% son mujeres, el 96,4% tiene entre 16 y 49 años y el 76,5% pertenece a hogares con clima educativo medio y alto. El 95,8% refirió consumir marihuana fumada (en cigarrillos/porros o pipas) y el 88,1% de la población dice haber utilizado las flores de marihuana y el 10,1% la marihuana prensada. Al indagar en la forma de obtención más frecuente, al 53,9% de las personas le convidaron o se la regalaron, el 20,6% de esa población compró la marihuana que consumió y el 7,4% de las personas mencionó que alguien la compró por ellas. El 17% de las personas que consumieron recientemente refirieron consumir marihuana autocultivada. Estos datos buscan mostrar que la práctica del autocultivo es promisorio, pero todavía está lejos de constituir la fuente principal de obtención de la materia vegetal para el consumo propio.

Los datos también indican que el 82,4% de quienes usan marihuana lo hacen prioritariamente de forma recreativa y el 17,6% lo hace con fines medicinales, dividido a su vez en tres categorías: medicinal para uso propio (13,5%), medicinal para un tercero (3,7%) y medicinal para una mascota (0,4%). La población que consumió marihuana con fines terapéuticos alguna vez es del 9,3%, siendo esa proporción ligeramente mayor entre las mujeres (9,8%) que entre los varones (8,9%). En síntesis, la encuesta permite apreciar que la proporción de quienes consumieron marihuana con fines medicinales en el último año, es mayor entre las mujeres y entre las personas que pertenecen a hogares con clima educativo medio y alto. El 53,1% de dicha población lo hizo utilizando cremas, el segundo producto mayormente utilizado fue el

aceite, mencionado por el 45,9% de la población y el 13,8% mencionó haber utilizado otro tipo de productos, categoría que contempla el uso de flores, tinturas madre, cera, parches, chicles, comprimidos, cápsulas y óvulos vaginales. El 75% de la población que alguna vez durante los últimos 12 meses consumió marihuana con fines terapéuticos tiene entre 25 y 65 años (INDEC 2023).

Los datos presentados de la ENCoPraC ofrecen una caracterización demográfica y estadística del consumo de cannabis en Argentina, y permiten describir el contexto general del consumo, aunque no aportan información sustantiva sobre las prácticas, motivaciones y estrategias de quienes cultivan cannabis medicinal, especialmente desde una perspectiva de género. Su inclusión en este estudio responde únicamente a la necesidad de contextualizar el fenómeno en el marco social y legal argentino, reconociendo la brecha existente entre los registros estadísticos oficiales y las experiencias concretas de los sujetos.

MARCO TEÓRICO

Históricamente dentro de las unidades domésticas, las mujeres han desempeñado funciones esenciales en el cuidado de sus integrantes, actuando como primeras terapeutas del hogar y sosteniendo la salud familiar mediante saberes y prácticas transmitidas intergeneracionalmente (Módena 1990; Scheper-Hughes 1997; Schumann y Mosley 1994). Numerosos estudios fundamentalmente desde la antropología médica han descripto extensamente y en diferentes contextos, la compleja interacción entre los saberes femeninos y los sistemas médicos formales, evidenciando tanto espacios de complementariedad como de tensión (Osorio Carranza 2001; OMS 1983).

Proponemos pensar que el cultivo de cannabis medicinal emerge como una extensión contemporánea de este rol histórico de cuidado, donde las mujeres redefinen los límites entre lo terapéutico, lo político y lo personal. Estas prácticas representan una forma de agencia que desafía las estructuras médicas tradicionales, al tiempo que reafirman su capacidad para producir y prescribir tratamientos terapéuticos. Al apropiarse de los procesos de producción de salud, las mujeres adaptan sus tradicionales estrategias de cuidado a las demandas actuales, confrontando las limitaciones impuestas por sistemas médicos y legales que frecuentemente no responden a las necesidades de salud comunitaria.

La investigación sobre el cultivo de cannabis medicinal y las experiencias de quienes lo cultivan ha ganado relevancia en los últimos años, particularmente en contextos donde las regulaciones estatales están en evolución. Las investigaciones con perspectiva de género revelan dinámicas que afectan particularmente a las mujeres

involucradas en esta práctica. Por ejemplo, algunas investigaciones están describiendo las estrategias que emplean las mujeres para navegar los riesgos legales asociados al cultivo de cannabis en contextos de criminalización. Su estudio revela que las mujeres desarrollan redes de apoyo y comunidades solidarias que les permiten compartir conocimientos y recursos, fortaleciendo su resiliencia frente a las adversidades. Mientras algunos trabajos buscan problematizar la relación entre cuidados y mujeres, otros destacan las prácticas constitutivas de redes solidarias y prácticas autogestivas, que acontecen de manera particular en el movimiento cannábico (Corbelle 2018; Pellagatti y Weber 2018). Particular visibilidad han adquirido organizaciones como Mamá Cultiva Argentina, Madres Cultivadoras Argentina y Madres que se Plantan, entre otras, que han visibilizado el rol de las mujeres en el cultivo de cannabis medicinal, destacándose las vinculaciones afectivas y los cuidados que establecen con la planta. Frecuentemente motivadas por la necesidad de tratar afecciones de sus hijos o familiares, desafían tanto las barreras legales como los estereotipos de género al asumir roles activos en la producción de tratamientos terapéuticos y roles públicos en la defensa de la libertad del autocultivo (Díaz 2016; Nuñez et.al 2019). A nivel local, en Córdoba el colectivo Alpa Kamasca Mujeres Cannábicas representa un espacio de articulación que promueve no solo el acceso al cannabis medicinal, sino la construcción de una ciudadanía más consciente y comunitaria.

A nivel internacional, las investigaciones sobre género y cannabis han explorado principalmente la vinculación de las mujeres con el consumo de drogas desde perspectivas criminológicas. En América Latina, diversos estudios se han concentrado en analizar el impacto de las políticas de drogas en las comunidades, y cómo las políticas prohibicionistas afectan desproporcionadamente a las mujeres. Investigaciones como la de Fraga en Brasil (et al. 2017) han documentado la participación femenina en contextos de cultivo ilícito, revelando las múltiples vulnerabilidades legales y sociales que enfrentan.

Sin embargo, la literatura específica sobre las experiencias de mujeres cultivadoras en Argentina es aún limitada y está siendo producida. Teniendo esto presente, mostramos resultados iniciales de una línea de investigación en construcción, que explora las narrativas, prácticas y estrategias de las mujeres cultivadoras de cannabis medicinal en la provincia de Córdoba, en Argentina. Desde una perspectiva de género, se analizan sus motivaciones para cultivar y las formas en que navegan las regulaciones estatales y el estigma. Nos proponemos aportar al debate académico y a la construcción de políticas públicas más inclusivas y equitativas en el ámbito del cannabis medicinal.

Algunas preguntas orientadoras de la investigación son: ¿qué motiva a las mujeres a cultivar cannabis medicinal? ¿Cómo enfrentan los desafíos legales y sociales asociados al cultivo? ¿Qué significados construyen en torno a esta práctica?

Nuestra hipótesis excede a los resultados aquí presentados, pero sostiene que autocultivo de cannabis medicinal por parte de las mujeres trasciende su función como estrategia de cuidado familiar y comunitario, constituyéndose en un acto de resistencia activa frente a un marco normativo que invisibiliza sus necesidades. En este proceso, las mujeres redefinen sus roles tradicionales como cuidadoras al transformarse en agentes de cambio, promoviendo nuevas formas de entender el cuidado, la salud y la participación social, al tiempo que construyen redes de solidaridad que generan un nuevo paradigma en la producción de salud comunitaria, desafiando tanto los roles de género como las estructuras médicas y legales tradicionales.

METODOLOGÍA

Este estudio se enmarca en un enfoque cualitativo exploratorio, orientado a comprender las experiencias y estrategias de las mujeres cultivadoras de cannabis medicinal en la provincia de Córdoba, Argentina. La exploración inicial se centró en recoger narrativas detalladas a través de entrevistas en profundidad a 6 participantes. La selección de entrevistadas se realizó mediante un muestreo bola de nieve, partiendo de una participante inicial que refirió a otras mujeres cultivadoras. Para garantizar la confidencialidad de las participantes, se optó por la anonimización de los datos, asignando iniciales ficticias y omitiendo detalles que pudieran identificar a las entrevistadas. Esta estrategia buscó proteger su privacidad en el contexto de una actividad que, pese a sus fines terapéuticos, permanece parcialmente criminalizada.

Las entrevistas fueron acordadas previamente con cada participante, quienes fueron informadas del propósito de la investigación, los temas a tratar y su derecho a interrumpir su participación en cualquier momento. El consentimiento fue otorgado de manera oral.

Este estudio presenta limitaciones propias de una investigación exploratoria. La muestra, aunque relevante, no es representativa de todas las mujeres cultivadoras de cannabis en la región, lo que podría excluir las experiencias de sectores socioeconómicos más vulnerables. Asimismo, la dependencia del referenciamiento personal podría haber introducido sesgos relacionados con las redes específicas a las que se tuvo acceso. Estas limitaciones subrayan la necesidad de ampliar y diversificar futuras investigaciones para obtener una comprensión más completa de esta población.

PRINCIPALES RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio son indicadores de la complejidad de las experiencias de las mujeres cultivadoras de cannabis medicinal en la provincia de Córdoba, destacando las tensiones legales, sociales y económicas que enfrentan en su práctica diaria. A través de sus testimonios, se identifican tanto los motivos que las impulsan al autocultivo como los temores que deben gestionar en un marco normativo y cultural que aún no logra brindarles plena seguridad ni reconocimiento.

A. L.: enfermera retirada, A. comienza a cultivar cannabis medicinal tras presenciar la mejoría de su hijo, quien padecía epilepsia refractaria. Ante el fracaso de los tratamientos convencionales, decide garantizar la calidad y disponibilidad del aceite necesario para su tratamiento, adoptando una estrategia activa de cuidado dentro de su núcleo familiar.

M. G.: profesora de yoga y terapeuta holística, incorpora el autocultivo de cannabis medicinal en sus prácticas después de enfrentar dificultades para acceder a productos confiables. Su interés en métodos naturales para el bienestar la lleva a cultivar para asegurar la calidad de los aceites que utiliza en terapias con sus pacientes.

L. F.: agricultora y artesana, comienza a cultivar cannabis medicinal para tratar dolores crónicos asociados a su labor física. Además, busca responder a las necesidades de su comunidad semi-rural, elaborando remedios naturales accesibles que combinan su experiencia personal con un compromiso social.

S. M.: estudiante de biología, se interesa por el cultivo de cannabis como parte de su formación académica. A través de esta práctica, explora las propiedades terapéuticas de la planta y contribuye a la desestigmatización de su uso, conectando su aprendizaje con iniciativas de divulgación científica.

E. R.: emprendedora en cosmética natural, incorpora el autocultivo de cannabis medicinal para garantizar la calidad de los ingredientes utilizados en sus productos. Las limitaciones del mercado y la necesidad de asegurar estándares efectivos la motivan a cultivar de manera independiente.

V. D.: jubilada, recurre al autocultivo de cannabis medicinal para tratar dolores crónicos causados por reumatismo. Su decisión, impulsada por la recomendación de su nieto, le permite mantener su autonomía en el cuidado de su salud y mejorar su calidad de vida.

1. CONEXIÓN CON LOS ROLES HISTÓRICOS DE LAS MUJERES COMO CUIDADORAS

El autocultivo de cannabis medicinal emerge en este estudio como una práctica contemporánea que resignifica los roles tradicionales de las mujeres como cuidadoras, permitiéndoles responder de manera activa y adaptativa a los desafíos de salud en contextos donde las estructuras médicas formales no satisfacen plenamente sus necesidades. Este fenómeno se vincula con una trayectoria histórica de las mujeres como gestoras principales del cuidado en los hogares, un rol que se ha sostenido a través de conocimientos empíricos y prácticas intergeneracionales.

A., una enfermera retirada, relató cómo el cultivo de cannabis se convirtió en una herramienta crucial para garantizar la calidad del tratamiento de su hijo, afectado por epilepsia refractaria. “Cuando vi a mi hijo mejorar con el aceite, supe que no podía depender de nadie más. Yo siempre fui quien cuidó de su salud, y ahora tenía que ser también quien le garantizara este tratamiento.” Este testimonio evidencia cómo las mujeres ven impulsadas a buscar soluciones terapéuticas alternativas, y asumen un rol central en la producción de salud en entornos donde las opciones institucionales son limitadas o inaccesibles.

El autocultivo reafirma esta función histórica de cuidado, pero las transforma al incorporar elementos de resistencia frente a las limitaciones impuestas por el sistema médico y el marco legal. Las entrevistadas, como cuidadoras, se posicionan como responsables directas del bienestar de sus familias, y a la vez desafían los parámetros normativos que marginan o invisibilizan estas prácticas. Este doble rol, como cuidadoras y agentes de cambio, refleja un vínculo dinámico entre las prácticas tradicionales y la agencia contemporánea.

Desde una perspectiva teórica, el autocultivo conecta directamente con el marco propuesto por autoras como Módena (1990), que identifican a las mujeres como las primeras terapeutas en el ámbito doméstico. En este contexto, las entrevistadas amplían ese rol histórico al apropiarse de tecnologías y conocimientos contemporáneos en el cultivo y producción de aceite de cannabis medicinal, mostrando cómo los cuidados ancestrales evolucionan para enfrentar las demandas actuales de salud comunitaria y familiar.

Además, el cultivo de cannabis se configura como una herramienta que permite a las mujeres establecer nuevas narrativas sobre el cuidado, basadas en la autogestión y la autonomía. Estas prácticas fomentan una visión más inclusiva y holística de la salud, en la que las mujeres son protagonistas activas, capaces de transformar tanto sus realidades inmediatas como los discursos socioculturales que las atraviesan.

2. MOTIVACIONES PARA EL AUTOCULTIVO

El autocultivo de cannabis medicinal emerge en las entrevistas como una respuesta a las limitaciones del sistema de salud formal y como una estrategia para tomar el control sobre la salud, ya sea propia, de un ser querido o de una comunidad. Este acto responde a una diversidad de motivaciones que se enmarcan en contextos de cuidado, innovación, resistencia y compromiso social, reflejando una resignificación del rol de las mujeres en la producción de salud.

A., enfermera retirada, destacó cómo el cannabis ofreció una solución efectiva frente a la epilepsia refractaria de su hijo, lo que la llevó a asumir el cultivo como una extensión de su rol de cuidadora. Este caso evidencia una reactivación de prácticas terapéuticas donde la agencia femenina redefine los límites entre lo doméstico. De manera similar, M., profesora de yoga, señaló: “la desconfianza en los productos que venden fue lo que me empujó a cultivar. Así puedo estar segura de lo que estoy dando a mis pacientes.” En su experiencia, el autocultivo asegura la calidad terapéutica, reforzando su compromiso con el bienestar integral en un contexto profesional y personal.

El compromiso con la comunidad también emergió como una motivación central. L., agricultora y artesana, reflexionó: “muchas personas acá no tienen acceso a medicamentos caros. Cultivar cannabis es mi forma de ayudar, de devolver algo a mi comunidad” Su relato subraya cómo el autocultivo puede convertirse en un acto solidario, anclado en prácticas de cuidado colectivo que evocan los saberes tradicionales de las mujeres en la gestión de la salud comunitaria.

Por otro lado, algunas entrevistadas encontraron en el cultivo una oportunidad para explorar intereses profesionales y académicos. S., estudiante de biología, manifestó: “para mí, cultivar es entender mejor la planta. Quiero investigar sus propiedades y contribuir a que se normalice su uso”. Su motivación trasciende el ámbito terapéutico y se enmarca en la búsqueda de conocimiento y desestigmatización del cannabis, mostrando cómo el autocultivo puede operar como una herramienta de transformación de los imaginarios sociales. En paralelo, E., emprendedora en cosmética natural, señala: “el cannabis me permite crear productos efectivos y naturales para mis clientes. Pero para garantizar la calidad, necesito cultivarlo yo misma”. Aquí, el autocultivo aparece como un medio para sortear barreras estructurales y garantizar la sostenibilidad de prácticas económicas alternativas. En su conjunto, estas narrativas evidencian que el autocultivo no solo se limita al cuidado de la salud, sino que también actúa como un vehículo de resistencia frente a las estructuras normativas restrictivas.

3. DESAFÍOS LEGALES Y SOCIALES

Los datos revelan que las mujeres cultivadoras enfrentan una zona gris legal y social. La coexistencia entre el REPROCANN, diseñado para regular y proteger el autocultivo medicinal, y la ley de drogas, que penaliza el cultivo y la posesión de cannabis, genera tensiones significativas. Esta dualidad normativa expone a las cultivadoras a riesgos legales, como la confiscación de cultivos o imputaciones penales, incluso cuando operan dentro de un marco aparentemente autorizado. Las demoras y los requisitos burocráticos del programa incrementan esta incertidumbre, afectando tanto su bienestar emocional como la viabilidad de su práctica.

El testimonio de V., jubilada de 62 años, ilustra esta disyuntiva: “si esperar fuera una opción, esperaría. Pero mientras mi salud dependa de esto, voy a seguir cultivando, con o sin permiso”. Este relato subraya la compleja decisión de priorizar la salud propia o de un ser querido frente a un marco legal que no garantiza protección efectiva.

El estigma social asociado al cannabis medicinal es otra barrera que las entrevistadas deben enfrentar. M., profesora de yoga, mencionó: “la gente no entiende que esto no es droga, es medicina. A veces me siento culpable de no decirlo públicamente, pero también sé que no todo el mundo lo va a aceptar.” Este estigma refuerza la invisibilización de sus contribuciones a la salud familiar y comunitaria, limitando su capacidad de expresar abiertamente su actividad.

Otro factor de preocupación es el riesgo de denuncias por parte de vecinos, lo que podría desencadenar intervenciones legales no deseadas. L., agricultora y artesana, comentó: “siempre está el riesgo de que alguien denuncie mis plantas. Es como vivir con una espada sobre la cabeza.” Esta vulnerabilidad genera una constante sensación de inseguridad que atraviesa las experiencias de las cultivadoras.

Aunque el estigma social hacia el cannabis está en retroceso debido a la apertura pública hacia su uso medicinal, muchas entrevistadas eligen restringir la información sobre su actividad a círculos de confianza. La preocupación por ser asociadas con prácticas ilícitas o inmorales sigue siendo significativa, reflejando un doble desafío: combatir la criminalización y dismantelar prejuicios profundamente arraigados.

En síntesis, estos desafíos legales y sociales destacan la tensión entre la búsqueda de soluciones terapéuticas efectivas y las restricciones impuestas por el marco normativo vigente. Esta situación enfatiza la necesidad de políticas públicas inclusivas que reconozcan y respalden su labor, asegurando su derecho a la salud y la autonomía sin temor a represalias legales o sociales.

4. SOLIDARIDAD Y REDES DE APOYO

Ante las tensiones legales y sociales que enfrentan, las mujeres cultivadoras resaltaron la importancia de las redes de apoyo como pilares fundamentales para sostener su práctica. Estas redes actúan como espacios para el intercambio de conocimientos, semillas y recursos, y también como contenedores emocionales frente a las dificultades. Las cultivadoras encuentran en estos colectivos un entorno de confianza y colaboración que les permite resistir colectivamente los desafíos estructurales.

S., estudiante de biología, enfatizó el impacto de estas redes: “entre nosotras nos ayudamos mucho. Compartimos semillas, experiencias. Esta comunidad es mi mayor soporte”. Este testimonio refleja cómo la solidaridad trasciende el apoyo práctico, fortaleciendo los lazos de confianza y sentido de pertenencia en un contexto donde la criminalización y el estigma son constantes.

Además, estas redes funcionan como plataformas de articulación colectiva que desafían la invisibilización de su labor. En ellas las cultivadoras comparten estrategias para sortear las restricciones legales, al tiempo que construyen narrativas que reivindican el autocultivo como una práctica legítima y necesaria para la salud comunitaria. Estas dinámicas reflejan un proceso de fortalecimiento colectivo donde las mujeres se convierten en agentes de cambio, subvirtiendo los roles tradicionales de género y disputando el control sobre la producción de salud.

La solidaridad entre cultivadoras también crea oportunidades para la transferencia de saberes, fortaleciendo prácticas basadas en conocimientos científicos, ancestrales y empíricos. Esta mezcla de aprendizajes permite consolidar estrategias más efectivas, no sólo en términos técnicos, sino también en la generación de una red de seguridad frente a posibles conflictos legales o sociales.

En este contexto, el autocultivo no es solo una herramienta terapéutica, sino también un acto de resistencia que conecta a las cultivadoras con un sentido más amplio de comunidad y agencia. A pesar de las barreras, estas redes solidarias demuestran que el cuidado y la colaboración son fundamentales para enfrentar las adversidades, mientras se promueve un cambio cultural que legitime el uso del cannabis medicinal como una herramienta de salud pública.

Este doble desafío —gestionar los riesgos legales y sociales y al mismo tiempo, promover un cambio cultural— subraya la necesidad de políticas públicas que no solo reconozcan, sino que también respalden el papel crucial de estas redes en la transformación del acceso al cannabis medicinal.

CONCLUSIONES

El presente estudio explora las experiencias de las mujeres cultivadoras de cannabis medicinal en Córdoba, poniendo de relieve sus motivaciones, estrategias y los desafíos que enfrentan en su práctica diaria. Los testimonios recabados muestran que el autocultivo representa para ellas una forma de cuidado autónomo que responde a la insuficiencia del sistema de salud tradicional para atender sus necesidades, así como las de sus familias y comunidades. Esta práctica, aunque atravesada por tensiones legales y sociales, evidencia el compromiso de estas mujeres con la búsqueda de soluciones terapéuticas efectivas y seguras.

Entre los principales hallazgos se destacan las dificultades asociadas al marco normativo, que combina los avances del REPROCANN con las restricciones de la Ley 23.737, creando incertidumbre y riesgos legales para quienes cultivan. Además, se identifican barreras sociales, como el estigma que aún persiste en torno al cannabis, aunque las entrevistadas reconocen una paulatina apertura en ciertos entornos.

Este trabajo se limita a un grupo reducido de mujeres cultivadoras y no pretende generalizar sus experiencias, pero abre preguntas relevantes sobre el papel del género en el cultivo de cannabis medicinal y las implicancias sociales y legales de esta práctica. Los resultados invitan a reflexionar sobre la necesidad de políticas públicas que reconozcan y apoyen estas iniciativas, promoviendo un acceso más equitativo y efectivo al cannabis medicinal. En particular, queda pendiente incorporar perspectivas de sectores socioeconómicos más vulnerables y de otros contextos geográficos.

Debido al carácter exploratorio de este estudio, no se abordaron con profundidad todas las categorías emergentes de las entrevistas. Sin embargo, se plantea como una línea de trabajo futura el análisis detallado de ejes específicos, como las redes de solidaridad entre mujeres cultivadoras, las tensiones entre los roles tradicionales de cuidado y las nuevas formas de agencia y el impacto del autocultivo en sus comunidades. Por último, se espera que investigaciones futuras puedan ampliar esta línea de análisis, incorporando perspectivas diversas y contextos diferentes, para comprender mejor las complejidades de esta práctica en el marco de un sistema legal y social en transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Carranza, R. M. O. (2001). *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Vol. 7. CIESAS.
- Corbelle, F. (2018). Amistad, solidaridad y activismo en el

- movimiento cannábico argentino. *Revista Cultura y Droga*, 23(26), 13–36. <https://doi.org/10.17151/culdr.2018.23.26.2>
- Díaz, M. C. (2016). “El dolor no puede esperar”: madres por el cannabis medicinal en Argentina. Ponencia presentada en el VI Coloquio Educación, Género y Sexualidades/4º Congreso Género y Sociedad. Recuperado de <http://conferencias.unc.edu.ar/index.php/gyc/4gys/paper/viewFile/4421/1451>
- Díaz, M. C. (2020). Impacientes: activistas por la regulación del uso terapéutico de cannabis. *Avá*, (36), 137–164. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942020000100137
- Fraga, P. C. P., Silva, J. K. N. y Martins, R. S. (2017). Mujeres y criminalidad: un estudio sobre la participación de las mujeres en el cultivo de cannabis en el Vale do São Francisco, Brasil. *Estudios Sociológicos*, 35(105), 547–570. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n105.1498>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). *Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022 (ENCoPraC)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC y SEDRONAR. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encoprac_2022.pdf
- Labiano, V. I. (2018). Cannabis medicinal en Argentina: cambio menor en el subsistema de política de drogas. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 27(2), 75–98. <https://doi.org/10.26851/RUCP.28.2>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Resolución 800/2020. Reglamentación de la Ley 27.350 sobre el uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados. Buenos Aires, Argentina.
- Módena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.
- Núñez, C. M. V., Hermosilla, A., Sepúlveda, S., Riffo, M. R., & Martínez, C. R. (2019). Ocupación colectiva como medio de superación del apartheid ocupacional: el caso de la lucha por el derecho a la salud de la agrupación Mama Cultiva. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27, 4–16. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1786>
- Pellagatti, F., & Suardiaz, C. W. (2018). Acceso a la salud y cannabis. Las instituciones en pugna, las realidades en disputa. Autogestión y solidaridad versus monopolio y represión. *ConCiencia Social*, 1(2), 9.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel.

Schumann, D. A., & Mosley, W. H. (1994). The household production of health: Introduction. *Social Science & Medicine*, 38(2), 201–204.

Som ao redor: Entrevistas, gravações, audições e metodologia

Soraya Fleischer*

INTRODUÇÃO

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas nas Ciências Humanas, na Antropologia, em especial (Ferreira, 2014), e foi a principal técnica em muitas das pesquisas que realizei (Fleischer, 2002, 2011a, 2011b, 2018). E numa primeira etapa de um longo projeto de pesquisa, gravamos entrevistas curtas com 14 mães de crianças que, entre 2014 e 2015, nasceram em Pernambuco com a Síndrome Congênita do Vírus Zika (Fleischer e Lima, 2020). O principal e mais visível sintoma apresentado por estas crianças foi a microcefalia. Por isso, as famílias começaram a identificar o universo da epidemia pelo prefixo “micro” como, por exemplo, “família de micro”, “ambulatório de micro”, “dentista de micro” etc.

Foram muitas as vezes em que eu, sozinha ou acompanhada por outras antropólogas, convidei a pessoa do outro lado da mesa, do sofá, do banco de espera para falar diante de um gravador – abastecido com fitas cassetes, chips ou HD. Mas, em todas estas experiências, nunca tomei o áudio como ponto de partida, nunca considerei as suas nuances para além do discurso, do *verbatim*, como chamamos. O áudio era apenas o meio, o registro, o material bruto. Era o substrato de

* Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília

“empíria” a ser transcrito, analisado e transformado, em geral, em palavras escritas. Depois, ao final, virava um arquivo a ser cuidadosamente guardado em pastas de elástico, de computador ou de nuvem. Neste texto, proponho como desafio metodológico, partir do som, do ruído, do silêncio.

O projeto mais recente segue sobre a epidemia do vírus Zika na região metropolitana do Recife/PE. Na segunda etapa desta pesquisa, conhecemos e entrevistamos 78 cientistas que se dedicaram a entender o vírus e suas consequências. Esta etapa teve quatro visitas de campo. Participei de duas delas, em outubro de 2018, quando 13 pesquisadores foram entrevistados, e em setembro de 2022, quando outros 17 nos receberam. Em maio de 2022, quando a equipe realizou 18 entrevistas. E a última temporada na capital pernambucana aconteceu em maio de 2023. Esta foi a mais intensa empreitada, quando quatro pesquisadoras realizaram 43 entrevistas. Destas últimas, 37 foram realizadas presencialmente e, quando as entrevistadas estavam indisponíveis (férias, licença, puerpério etc.), aconteceram remotamente. Quando *in loco*, a entrevista foi gravada em aparelhos de celular. À distância, a gravação aconteceu pela plataforma de vídeo e um *backup* foi feito nos celulares das entrevistadoras. Estes arquivos eram depois nomeados e armazenados na pasta virtual do projeto. Outra equipe, que ficara em Brasília, transcreveu e subiu o material para a referida pasta. Sempre contamos, portanto, com duas fontes, sonora e textual.

Pelo fato de eu não ter conseguido participar desta quarta e última viagem, para conhecer os dados e conseguir orientar a elaboração de dissertações e teses que daí derivariam, eu me incumbi de conhecer bem este material. Minha opção, porém, não foi apenas ler e categorizar as entrevistas, como é mais costumeiro. Antes disso, resolvi **ouvir** todas estas 43 entrevistas na ordem cronológica em que foram realizadas. A ideia foi imergir no material, associar o tom de voz ao léxico, notar informações nas pausas, nos barulhos ao redor, perceber os mal-entendidos e insucessos de comunicação e de tecnologia. Testei o quanto o som seria capaz de me transportar para aqueles hospitais no Recife, para tantas formas de fazer pesquisa coletivamente, na fase de formação, presencial ou *online*. Apostei que o som me ofereceria mais algumas camadas de compreensão do que somente ler as transcrições que já estavam prontas. A seguir, comento como me beneficiei dos estudos sonoros recentes e depois teço comentários metodológicos de como estas sonoridades me ajudaram a permanecer perto da pesquisa, acompanhar os passos da equipe e entender como a ciência do Zika foi realizada no Recife, pelas pesquisadoras de lá e por nós, de cá.

OS SONS COMO PISTAS DE REVELAÇÃO DO MUNDO

Passei a prestar mais atenção aos sons quando criamos o podcast *Mundaréu*, ainda em 2019. Deixávamos a seara da visão que a Antropologia havia estabelecido como segura e principal (Souza Campos, 2020: 199) e investimos em afirmar que o som, diferente do senso comum, tem sua própria materialidade (Wisnik *apud* Souza Campos, 2020: 199; Barad, 2007). Fui notando que “raras são as pesquisas que experimentam e expressam informações antropológicas a partir de sons, temperaturas, cheiros, gostos, emoções e incorporações” (Gama, 2016: 118). Estas pesquisas compõem uma “crítica contemporânea do visualismo” (Souza Campos, 2020: 203) e pleiteiam por “equilibrar o peso” do sonoro na cultura eminentemente visual (Martin e Trejo, 2017).

Para etnomusicólogos, em especial, captar os sons é o mais importante (Feld, 2014). Não só para guardá-los (antes que desapareçam?), mas para poder depois editar e reproduzi-los com qualidade técnica. As nossas entrevistas com as cientistas pernambucanas serão, claro, mantidas para futuras audições e interpretações, mas, neste texto, concentrarei na experiência de conviver e aprender sinestésica e afetivamente com suas sonoridades. Invisto no fazer, na prática, no presente ao produzir e consumir sons e não no futuro do arquivo, curadoria, álbum, catálogo, coleção. Em todas as etapas mais usuais de captação e edição, a escuta acontece porque “falar de som nos convida necessariamente a pensar sobre a escuta” (Vedana, 2018: 120). Afinal, “o som e a escuta [são] como processos em constante produção e que nos permitem aproximações particulares às práticas e sociabilidades que observamos em campo” (idem: 121).

Sigo com os autores que sugerem que não “associ[emos] o ouvir à passividade” (Souza Campos, 2020: 220) e, sim, “envolv[amos] uma dimensão imaginativa” (idem). Dominguez, que estudou o *arete guasu*, uma grande festa dos *chané* no Chaco sul-americano, reforçou que, além dos sons produzidos pelos instrumentos musicais, há “um ambiente saturado de outros sons, ou sons não musicais, que são fundamentais na constituição da trama de sentido que a festa produz” (2018: 3). Havia muito material sonoro “sem sentido”, “aleatório” e “repetido” nos espaços hospitalares visitados pela nossa equipe em Recife e minha imaginação e experiência sonora anterior da e na cidade se converteram em ferramentas auxiliares e ativas à audição.

Uma “escuta profunda e analítica dos registros obtidos” foi proposta por Martin e Trejo (2017: 109). Para acompanhar (e gravar) as marchas de protesto contra os “sumiços” impunes de dezenas de pessoas no México nas últimas décadas, atentaram para “sinais sonoros” e “rastros sonoros” (Schafer 1977 *apud* Martin e Trejo, 2017). Os sinais “representan los sonidos que se encuentran en el primer

plano. Son aquellos que escuchamos esporádica y conscientemente, por ejemplo, las sirenas de la policía o las ambulancias, los cláxones de los automóviles, el barullo de la gente, etc.”. E os rastros “son los sonidos característicos de un área, de uma situación en específico; aquellos que adquieren un valor simbólico y afectivo. Estos suelen ser acontecimientos únicos, pues emergen de la vida acústica de cada comunidade” (2017: 111). Os sinais de fundo foram perceptíveis ao redor dos hospitais e espaços terapêuticos e os rastros, mais específicos e únicos, emergiram de dentro dos consultórios com as cientistas do Zika.

Feld apontou para a importância de “sintonizar a floresta em momentos e locais particulares com vigilância acústica aguçada, certa paciência para detectar com os ouvidos uma maneira de estar auramente copresente com a floresta, absorvendo a gestalt do entorno e seus efeitos sonoros caleidoscópicos” (2014: 24). A partir de sua estratégia de gravação dentro de florestas na América do Norte, eu atentei para os tempos e espaços particulares de cada entrevista que a nossa equipe gravou e também para a minha presença ao ouvir aqueles caleidoscópios hospitalares.

E Vedana (2018: 131) sugeriu que, ao “seguir ações e sonoridades” de movimentos, aproximações, afastamentos, gestos, ritmos e comunicação dos atos de fala e de técnicas corporais, os sons não fossem tomados como uma “anterioridade” nas feiras públicas em Porto Alegre, São Paulo e Paris, no caso dela, e nos encontros clínicos em Recife, no nosso caso. Quer dizer, o “som não é apenas um conjunto de ruídos que fazem parte compulsoriamente de eventos ou cenas das quais participamos, mas são indícios de interações e ações específicas” (idem: 124). Ouvir acontece “como parte de um sistema que envolve os ouvidos, a cabeça, o corpo em movimento [que] nos possibilita conhecer um determinado ambiente e seus acontecimentos” (idem). Por isso, como uma habilidade treinada, “ouvir torna-se uma ação de direcionar [...] os nossos ouvidos para fora de nossa consciência habitual” (Helmreich, 2016: 196 *apud* Vedana, 2018: 137). Embora eu não estivesse presente corporalmente naquelas gravações, as flutuações de volume e foco ao longo das gravações me informaram sobre o “engajamento corporal no registro sonoro” (idem: 131) feito pelas entrevistadoras e entrevistadas. Seus corpos, no momento da gravação, e o meu corpo, no momento da escuta, formaram, sugiro, um compósito sensorial.

Operar uma escuta ativa, imaginativa, profunda, vigilante, treinada, direcionada, não-habitual, corporal e sensorial me ajudou a chegar perto do que Dominguez chamou de “ambiente acústico”, composto por muitas sonoridades diferentes, com uma “multiplicidade de fontes” (2018: 4). Ou do que Martin e Trejo definiram como

“paisagem sonora”: “um sistema construído pelo ouvinte e o entorno” (2017: 108-9). Já Feld sugeriu que estamos produzindo um “campo sonoro” bem como um “testemunho acústico” que, ao ser “mais repetível, mais expansível, mais compartilhável, mais aberto a novos tipos de participação”, se tornará um convite ao “testemunho de novos ouvintes” (2014: 25). E Vedana, que tem me inspirado muito neste debate, espera que façamos uma “etnografia sonora”, que “demanda uma consciência desse processo de escuta” e “uma forma de atenção (...) para os ritmos, as intensidades, as vibrações e mudanças” a partir “das presenças percebidas nas relações entre todos os seres envolvidos naquela cena” (2018: 135-136). Este texto tem intenções mais módicas, contudo: apenas começo a experimentar ampliar a minha consciência auditiva, afinar o meu processo de escuta e aproximar-me de uma paisagem sonora da ciência recifense.

Neste experimento, portanto, valem algumas ressalvas. Eu não entrevistei as pessoas sobre suas relações com o sonoro (Souza Campos, 2015), não captei (Feld, 2014) nem editei o som (Vedana, 2018; Dominguez, 2018). Tampouco tomei a música (Menezes Bastos, 2013; Seeger, 2001) ou suas transcrições (Montardo, 2018) como mote de pesquisa. O nosso material empírico não foi gravado para ser analisado enquanto som, nem para ser editado enquanto tal. Não foi gravado por mim nem conhecido por mim no momento da gravação. Foi escutado para conhecer o material, identificar e analisar “práticas sonoras” que aconteceram entre entrevistadas, entrevistadoras e todas ao redor. Foi escutado para perceber sons aleatórios, mas também sinais e rastros sobre a ciência do Zika em Recife.

O nosso material não foi gravado ao caminhar, como é comum entre quem etnografa os sons urbanos. Por exemplo, Gama, que acompanhou 200 ativistas de esquerda que viajaram por quatro dias de ônibus dentro de Bangladesh, propôs “andar com o vídeo” (Pink, 2007 *apud* Gama, 2016). As gravações – e as minhas audições – se aproximaram mais da ideia do “passeio sonoro” realizado por Feld (2014). Mas, diferente do que o termo sugere, este pesquisador não perambulou entre as, mas parou abaixo das árvores. No nosso caso, também estávamos todos fixos dentro de consultórios e laboratórios: gravadores, microfones, entrevistadas, entrevistadoras e ouvintes. Feld me ensinou que os movimentos acontecem também em mim, com minha memória, imaginação, subjetividade que sente e se emociona. “O passeio sonoro ocorre em minha cabeça e em meu corpo à medida que escuto e gravo”, afinal, “o que se ouve nesses passeios são compósitos em camadas, não só de altura e profundidade ou de espaço e tempo da floresta, mas também de uma história de escuta” (Feld, 2014: 24). Feld, Vedana e seus colegas estão me ensinando sobre “uma

maneira de escutar”.

Além disso, o nosso material não foi produzido em ambientes públicos e abertos, onde a rua, a feira, a festa, as viagens, os bosques, as marchas de protesto, por exemplo, geraram sons. Adentramos um espaço muito menor, mais íntimo, institucional. Em salas de reunião ou ambulatórios hospitalares (durante a gravação) ou gabinetes (durante a audição), pude aprender e formular sobre aquele campo sonoro. Gama, inspirada por Tim Ingold, me lembra que “os lugares são criados enquanto nos movimentamos neles e não *a priori*” (2016: 127). Dentro de pequenos espaços de hospitais e universidades, tento imaginar uma polifonia sonora da ciência do Zika. Na escuta atenta, com paciência auditiva e copresença, o trabalho etnográfico se torna um “sistema de aquisição de pistas” e o som, em particular, se consolida como “uma das pistas de revelação do mundo” (Vedana, 2018: 129).

ALGUNS COMENTÁRIOS

À certa altura da entrevista com uma neuropediatra, a entrevistadora Thais Valim perguntou como era, especificamente, fazer pesquisa com as crianças do Zika, tão pequenas e com tantas deficiências. Para responder, primeiro, a médica descreveu um tipo de teste que utilizou. Lembrou que este instrumento seguia “critérios muito específicos” e contava com “muita objetividade”, bastava seguir um *checklist* e informar se a criança “fazia ou não” certo movimento, se “contava ou não” com certa habilidade. Em seguida, comparou com outro tipo de avaliação mais geral em que muitos critérios – fisiológico, familiar, ambiental etc. – poderiam ser considerados para justificar o “atraso” daquela criança. Por fim, para concluir a resposta, disse, “Então, eu acho que a dificuldade é muito nisso, de você fazer pesquisa tentando separar o que é que aquele instrumento de pesquisa pode responder sem a interferência desses fatores de confusão”.

Diferentemente, pretendi o exercício de levar a sério os “fatores de confusão” que encontrei nas gravações: os sinais e rastros de sons mais ou menos evidentes que, isolados ou compostos, me contaram daqueles ambientes, personagens e diálogos. Os serviços de saúde, seja em termos de assistência ou de pesquisa, aconteciam em espaços intensos, com muitos sons acontecendo ao mesmo tempo, alguns perceptíveis, muitos indecifráveis. Eram pessoas e objetos, palavras e silvos, interrupções e silêncios, tudo muito significativo. Se eu tentei distinguir os sons, também acolhi sua simultaneidade e incompreensibilidade. Se eu ouvia como antropóloga à distância, também tentei imaginar como as minhas colegas de lá e daqui, as mães e acompanhantes e também as crianças com a SCVZ (que viviam com diferentes desafios para escutar o mundo) circulavam *in loco* por estas

sonoridades múltiplas. Operei, a todo tempo, aproximações e comparações, tentando evitar separar instrumentos (gravadores, roteiros, canetas etc.) de cientistas (fonoaudiólogas, antropólogas, assistentes sociais etc.) e evitar pensar só na Antropologia ou só no lado de quem realiza as pesquisas. Apostei que hospitais e os seus sons ao redor são sonoramente muito expressivos.

Este experimento me convenceu da importância de considerar os conteúdos sonoros de nossos materiais de pesquisa, não apenas a gravação como um substrato, arquivo, garantia e testemunho; não apenas como degravação textual citável. Com a ajuda de tantos atores e actantes – microfone, gravador, fone de ouvido, mesa, jarra d'água etc. – “estamos produzindo aí efeitos de presença e diferença que nos permitem contar as histórias em campo, mas também descobrir estas histórias” (Vedana, 2018: 139). Assim, segue a autora, “tanto os processos de gravação [e de escuta] como de edição constituem-se como condições importantes de produção de sentido para a Antropologia e etnografia” (idem). Uma etnografia sonora que considere a materialidade do som/ruído/silêncio, a atenção como habilidade a ser desenvolvida, a participação de interações, corpos e emoções.

O conjunto de sonoridades revelou muito mais do que apenas o *verbatim*, mas de tantas camadas de contexto que o cercaram e o possibilitaram. Por exemplo, notei que algumas pessoas precisavam e outras poderiam escolher atender (ou não) o telefone. Um aspirador, serviram a água, pediram licença para entrar numa sala. Outras nem tiveram que explicar o que estavam fazendo por ali perto. Os sons de atores e actantes desvelaram dinâmicas de poder naqueles recintos todos, hospitalares ou domésticos. Além disso, o conjunto revelou, com grande rendimento metodológico, como nossa equipe realizou a pesquisa de campo, as estratégias para encontrar e dialogar com as pessoas, os desafios para contornar (e acolher) interferências, tantos elementos que cotidianamente povoam os serviços de saúde. A partir das 43 gravações, pude conhecer “o modo de interação característico” (Martin e Trejo, 2017) que acontece numa entrevista antropológica e também, por mimese e proximidade, numa entrevista biomédica. Afinal, imagino que nossas interlocutoras tenham feito escolhas para receber a nossa equipe – em termos de espaço, postura, tom, tempo, por exemplo – muito semelhantes àquelas que orientaram os momentos em que, em seus próprios projetos, entrevistaram as famílias de micro. As pesquisadoras da equipe brasileira me levaram às pesquisadoras das equipes recifenses e vice-versa. Bem como levaram outras integrantes de nosso projeto que, como eu, por alguma razão, não chegaram a fazer pesquisa de campo e, de seus gabinetes, analisaram o material sonoro e escrito.

Este texto, portanto, é um convite para desacelerarmos a realização do trabalho de campo e das suas etapas posteriores. Retomarmos os materiais, ouvi-los com calma e na velocidade com que foram produzidos. Relacionarmos gravações e transcrições, sons e diários de campo, memória e imaginação. Em tempos de novas velocidades para se ouvir um áudio de *WhastApp* ou um vídeo de *YouTube*, por exemplo, não desejo que a proposta soe saudosista, mas de valorização dos diferentes sentidos, sensorialidades e composições que são produzidos e mediados nos encontros de pesquisa.

Estamos envolvidas a todo tempo com sons, mas podemos atentar mais para eles. A paisagem sonora não existe a princípio, não está lá só aguardando que a escutemos, a desvendemos. Segundo Vedana, ela é uma “experiência vivida” (2018), aos poucos construída com todo mundo que ouvimos em campo e com todo mundo que ouvimos de volta do campo. O som e também a escuta são produtivos e narrativos, não só biológicos e naturalizados. Quis, neste texto, passar por reflexões sobre gravar, ouvir e produzir Antropologia da ciência a partir do som. Seguindo a movimentação dos corpos, a participação de tantos atores e actantes, eu fui buscando “pistas”. Fui “seguir[ndo] os processos perceptivos que o sistema microfone-gravador-pesquisador-ambiente-práticas-interlocutores pode nos proporcionar, descobrindo suas particularidades também por meio do som” (Vedana, 2018: 129).

Apreendi sobre o fazer ciência lá e registrei como pretendi o fazer ciência aqui. Pude, portanto, me aproximar das “formas com que se materializam as culturas [clínicas] atrás de seus rituais e modos de interação característicos” (Martin e Trejo, 2017, p. 119). Parafraseando Vedana, que buscou “fazer a feira emergir”, eu pude seguir as pistas de “ações que derivam umas das outras e assim constituem sistemas comunicativos que [fazem a ciência] emergir” (2018: 131). Termino, ainda inspirada pela autora, com uma de suas perguntas: “Será que os sons apenas cercam a produção de conhecimento nos laboratórios, ou eles também estão ligados no conhecimento que é feito?” (2018: 136).

REFERÊNCIAS

- Barad, Karen. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter*. Durham: Duke University Press.
- Dominguez, María Eugenia. (2018). “Sons, ritual e história indígena no oeste do Chaco”. *Ilha* 20(1), pp. 45-66.
- Feld, Steven. (2014). “Pensando na gravação de paisagens sonoras. Entrevista a Carlos Palombini”. *Música e cultura - Revista da Associação Brasileira de Etnomusicologia* 9(1), pp. 23-29.

- Ferreira, Vitor Sergio. (2014). "Artes e manhas da entrevista compreensiva". *Saúde e sociedade* 23(3), pp. 979-992.
- Fleischer, Soraya. (2002). *Passando a América a limpo: O trabalho de housecleaners brasileiras em Boston, Massachussets*. São Paulo: Annablume.
- Fleischer, Soraya. (2011a). *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. Santa Cruz do Sul/RS e Belém/PA: EDUNISC e Paka Tatu.
- Fleischer, Soraya. (2011b). "É muito duro esse trabalho: Investindo nos funcionários da Secretaria de Estado de Saúde/DF". Relatório final do projeto de extensão. Brasília.
- Fleischer, Soraya. (2018). *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos.
- Fleischer, Soraya; Lima, Flávia. (2020). *Micro: Contribuições da Antropologia*. Brasília: Editora Athalaia.
- Gama, Fabiene. (2016). "Sobre emoções, imagens e os sentidos: Estratégias para experimentar, documentar e expressar dados etnográficos". *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* 15(45), pp. 116-130.
- Martin, José Luis; Trejo, Santiago Fernández. (2017). "La dimensión acústica de la protesta social: apuntes desde una etnografía sonora". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* 59, pp. 103-122.
- Mendonça Filho, Kleber. (2013). *O Som ao Redor [longa-metragem]*. Recife: Cinemascópio, Vitrine Filmes. 131 mins.
- Menezes Bastos, Rafael José de. (2013). *A Festa da Jaguatirica: Uma partitura crítico-interpretativa*. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina.
- Montardo, Deise Lucy Oliveira. (2018). "Sons e espacialidade, os caminhos nos cantos e danças Guarani". *Ilha* 20(1), pp. 145-162.
- Seeger, Anthony. (2013). "Fazendo parte: Sequências musicais e bons sentimentos". *Revista Antropológicas* 24(2), pp. 7-42.
- Souza Campos, Tamara. (2020). "O regente sem orquestra: notas de uma etnografia da audição". *Vivência* 56, pp. 98-223.
- Valim, Thais; Fleischer, Soraya. (2024). "Extended childcare"? Reflections on the science of the Zika virus. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 34, e34SP103.
- Vedana, Viviane. (2018). "Escutar no Som: gravação e edição de etnografias sonoras a partir de um paradigma ecológico". *Ilha* 20(1), pp. 117-144.
- Vedana, Viviane; Dominguez, María Eugenia. (2018). "Apresentação - Sons e Etnografia". *Ilha* 20(1), pp. 9-16.

Grupo de trabajo

**Alimentación, Inseguridad alimentaria
y Malnutrición: De cómo las crisis y
desigualdades impactan en los cuerpos y en la
salud**

Coordinadorxs:

María Laura Bergel Sanchís (CEREN/CIC-PBA)

Díaz Córdova Diego (DESACO-UNLa)

Vera Noelia Marcela (Facultad de Medicina - UBA)

Consumo alimentario y seguridad hídrica en una comunidad originaria del norte de Argentina

Sofía I. Olmedo*

INTRODUCCIÓN

Las formas de vida y cosmovisión de los pueblos originarios han estado tradicionalmente vinculadas a los recursos naturales como el agua y la tierra (Barúa & Mir, 2009). Debido a la pérdida de estos recursos y al contexto sociopolítico actual, la investigación se ha centrado en la seguridad alimentaria y del agua. La FAO define la seguridad alimentaria como el acceso constante a alimentos nutritivos y suficientes (FAO, 2015), lo cual es una preocupación creciente, ya que, en 2022, el 30% de la población mundial sufría inseguridad alimentaria. Esto es especialmente evidente en comunidades indígenas como las de Formosa, Argentina, donde el acceso a dietas adecuadas es limitado (Olmedo et al., 2020).

La seguridad hídrica, que abarca la infraestructura, la calidad del agua y el bienestar socioeconómico (Crown & Mcpike, 2009; Wutich & Ragsdale, 2008a), comparte principios con la seguridad alimentaria, como disponibilidad, acceso y estabilidad (Rosinger & Young, 2020a; Young et al., 2021). El acceso al agua afecta directamente la disponibilidad y calidad de los alimentos (Boateng et al., 2022; Young et al., 2019).

* Instituto de Investigaciones sobre Lenguaje, Sociedad y Territorio (INILSyT)/ Universidad Nacional de Formosa (UNAF) CONICET

Este estudio utiliza el modelo Ecológico de Alimentación y Nutrición (Pelto & Goodman, 2000) para evaluar la relación entre alimentos y agua en los pueblos indígenas de Argentina, con el objetivo de comprender los factores nutricionales y socioculturales que afectan el consumo de alimentos y la seguridad hídrica en la comunidad Pilagá de Formosa.



Figura 1. Modelo ecológico de alimentación y nutrición (adaptado de Pelto, Goodman y Dufour, 2000)

MÉTODOS

POBLACIÓN Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio transversal mixto se llevó a cabo en la comunidad Pilagá de La Bomba en Formosa, Argentina, entre abril de 2022 y julio de 2023. La muestra incluyó 59 claustros familiares, seleccionadas de manera no probabilística e intencional.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recopilaron mediante la escala HWISE, que evalúa la inseguridad hídrica en el hogar, y tres recordatorios de 24 horas para analizar el consumo alimentario. La escala HWISE mide experiencias de inseguridad hídrica, como emociones negativas y problemas cotidianos relacionados con el agua, mientras que los recordatorios

dietéticos incluyeron detalles sobre la frecuencia y tipo de alimentos consumidos. También se utilizó una entrevista semi estructurada para identificar preferencias alimentarias, explorando alimentos considerados “lujosos” en un contexto de pobreza.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis cuantitativo se realizó con Stata V.14, calculando el promedio de consumo de alimentos y las puntuaciones de la inseguridad hídrica. La confiabilidad de la escala fue alta (alfa de Cronbach de 0,81). Las entrevistas semiestructuradas, junto con observaciones etnográficas, se utilizaron para el análisis cualitativo, proporcionando información sobre la percepción del agua, los alimentos y su impacto en la salud comunitaria. Los datos cualitativos fueron analizados mediante transcripción, identificando patrones culturales sobre el agua y la alimentación.

Las cuestiones éticas del estudio fueron aprobadas por el comité de revisión institucional de Yale (protocolo N° 14456) antes de comenzar la recolección de datos. La investigadora visitó a las familias para explicar el propósito del estudio, entregando hojas informativas con detalles sobre los objetivos, la confidencialidad y los beneficios de la investigación. Las entrevistas se realizaron en una segunda visita con los participantes que dieron su consentimiento. Dado que los pueblos indígenas del Gran Chaco valoran la palabra hablada más que la escrita, solo se solicitó consentimiento verbal, siguiendo las pautas aprobadas.

RESULTADOS

La edad media de los participantes fue de $36,8 \pm 12,7$ años, siendo el participante más joven de 17 años y el mayor de 70 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los participantes de una comunidad Pilagá en Formosa, Argentina (N=59).

		Frecuencia
Sexo	Mujeres	85%
	Varones	15%
Edad	17-25 años	22%
	26-35 años	34%
	36-50 años	25%
	>50 años	19%
Nivel de escolaridad	Nivel primario completo	42%
	Nivel secundario incompleto	29%
	Nivel secundario completo	17%
	Nivel terciario o universitario	12%

CARACTERÍSTICAS ALIMENTARIAS DE ESTA COMUNIDAD PILAGÁ

Los hábitos alimentarios de los participantes se caracterizaban por pocas comidas al día: el 71% hacía dos comidas, el 19% una y el 10% tres. La dieta era monótona y poco saludable, basada en alimentos procesados. Casi todos consumían pan y agua, a menudo con mate. Aunque la mayoría indicaba consumir verduras, la variedad era limitada, centrándose en papas, cebollas, zapallo y, en menor medida, tomates y zanahorias, que se utilizaban en guisos o sopas con caldo de res o pollo. Casi tres cuartas partes consumían azúcar diariamente. La dieta básica consistía en arroz hervido o guisado, o sopa con 2 o 3 verduras y granos, a veces con algo de carne.

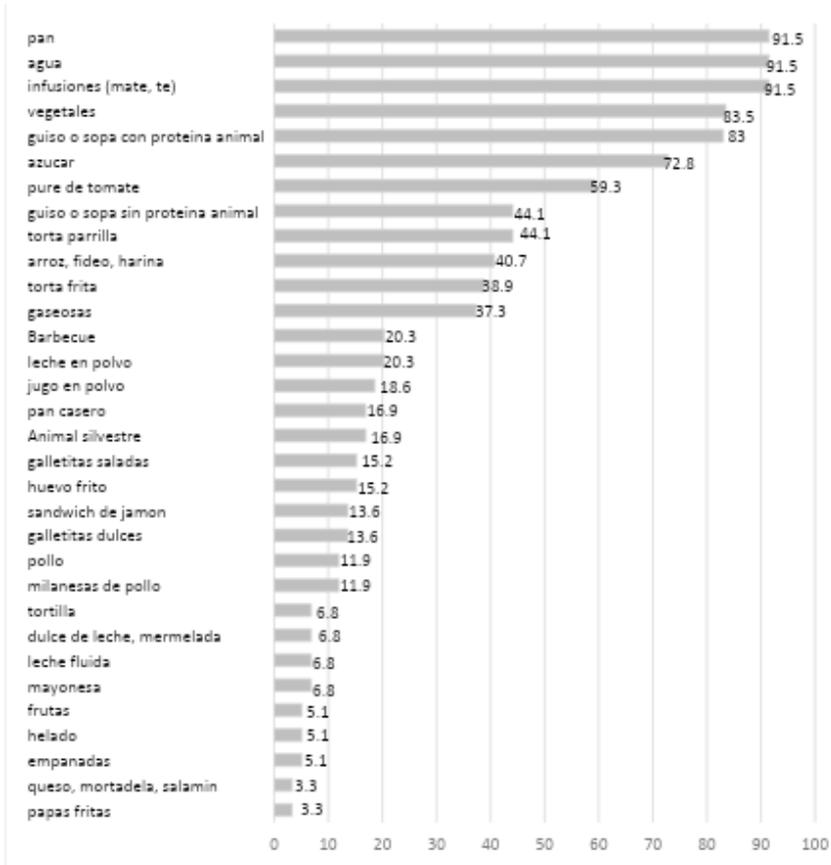


Figura 2. Frecuencia diaria de alimentación (%) reportada por los Pilagá en Formosa (N=59).

Los participantes Pilagá tenían una variedad relativamente pobre de alimentos, mencionaron el guisado y el arroz hervido como sus alimentos favoritos, alineándose con su consumo diario. Solo el 28,2% expresó interés en probar nuevas comidas, mencionando ñoquis (17,6%), canelones (11,7%), platos tradicionales argentinos (locro, bori-bori) (11,7%) y pizza (11,7%). De las entrevistas y observaciones emergieron tres temas clave relacionados con la alimentación: la transición nutricional, la percepción cultural y los factores socioeconómicos, que reflejan la complejidad de la alimentación en la comunidad Pilagá.

TRANSICIÓN NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA DE LA COMUNIDAD PILAGÁ

Los análisis cualitativos revelaron que la comunidad estaba experimentando cambios en la dieta, con un aumento en el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados, aunque seguían consumiendo alimentos no procesados a diario. Los participantes señalaron que esta transición dietética a menudo comenzaba en la escuela primaria. Los encuestados también mencionaron que el desplazamiento de su gente del monte a la comunidad periurbana fue una razón clave para la transición de alimentos silvestres a industrializados.

Nació en El Descanso. Cuando era niña se mudó con su madre a “La Bomba”. Allí empezaron a comer “comida del pueblo”, ella empezó a comer pan (nota de campo)

En las entrevistas, los participantes señalaron que el consumo de alimentos envasados, procesados y ultraprocesados tenía consecuencias negativas. Las preferencias gustativas cambiaron del sabor suave de los alimentos silvestres al sabor intenso de los industrializados, debido a aditivos como azúcar y sal, lo que llevó a una pérdida de preferencia por los alimentos silvestres.

“Antes me gustaban mucho los porotos silvestres, pero ahora ya no me gustan, ya no siento su sabor” (mujer, 30 años).

Durante las entrevistas, los participantes indicaron que la pérdida de territorio fue un factor clave en el aumento del consumo de alimentos procesados y ultraprocesados. La caza se volvió peligrosa debido a que los montes ahora son propiedad privada.

“Ya no puedo comer frutas y animales del monte porque mi marido no puede cazar porque el monte es privado” (mujer, 65 años)

Percepción cultural sobre los alimentos

Los participantes destacaron sus conocimientos sobre la relación entre los alimentos silvestres e industrializados con el estilo de vida y la salud. Mencionaron una división del trabajo por género: los hombres se encargan de la caza de animales silvestres y las mujeres de la recolección de frutos silvestres.

“Son madres solteras, no tienen un hombre que vaya a cazar al bosque, entonces les dan a comer a sus hijos pan y mate cocido o compran mercadería en el pueblo” (Mujer, 30 años)

Los participantes mencionaron que los alimentos silvestres tenían un impacto positivo en la salud, podían prevenir o tratar enfermedades y mejorar la salud general.

“A veces como pescado como el sábalo... como pescado asado con aceite y sal. El pescado es una excelente opción para una persona con diabetes.” (mujer, 65 años)

“Una persona me recomendó tomar doca (fruto silvestre) para estimular mi apetito” (hombre, 70 años)

Por el contrario, cuando se trata de alimentos procesados envasados, comentaron que era importante evitarlos durante el embarazo o la menstruación, y en su lugar recomendaron frutas silvestres.

“Cuando las mujeres están embarazadas no pueden comer carne ni alimentos a la parrilla, sólo pueden comer arroz hervido. En este momento, se recomienda que coman frutas silvestres.” (Mujer, 30 años)

FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

Los participantes mencionaron que realizan viajes mensuales al mercado del pueblo tras recibir ayuda de programas sociales, compran alimentos como azúcar, yerba mate, harina, fideos, arroz, aceite, sal y gaseosas. Las mujeres contribuyen vendiendo artesanías o animales y apoyándose en redes económicas informales. El compartir y regalar es parte de la identidad cultural Pilagá. Las transferencias sociales juegan un papel crucial en su acceso a recursos. Culturalmente, las comidas son privadas y familiares, y aunque el consumo de alimentos silvestres es limitado, algunos mantienen vivas sus tradiciones alimentarias enseñando a otros a prepararlos.

“Le enseñé a mi hijo a cocinar porotos silvestres hervidos cinco veces para asegurarme de que fueran seguros para comer y que no tuvieran sustancias tóxicas” (mujer, 30 años)

Además, los participantes profundizaron sobre las diferencias en la forma en que los pilagá y los no indígenas consumen frutos silvestres. Esto se debe a que en la comunidad Las Lomitas, cerca de allí, viven

“criollos” (nombre que usan los indígenas para referirse a los no indígenas) que también consumen alimentos silvestres, pero consumen de diferente modo.

“El chañar (fruto silvestre) se consume molido en mortero y mezclado con grasa de pescado. Los criollos lo hierven con leche de vaca para comerlo.” (Hombre, 70 años)

SEGURIDAD HÍDRICA DE LA COMUNIDAD PILAGÁ

El barrio La Bomba, cercano a Las Lomitas, no tiene acceso a una red de agua potable. Su nombre proviene de la bomba que abastece de agua a las familias. El 79% de los hogares obtiene agua de una perforación con bomba, mientras que el resto la recibe de un camión cisterna municipal. También se mencionaron otras fuentes de agua, como el agua de lluvia del molino cercano y el agua superficial de la laguna.

“Si no tengo agua limpia para cocinar o beber, utilizo agua de lluvia del tanque” (mujer, 24 años)

“Su principal fuente de agua es el municipio, pero cuando no tenían agua la conseguían del molino” (notas de campo)

“Cuando no tenía agua potable, buscaba en el madrejon” (mujer, 28 años)

El acceso al agua en la comunidad está vinculado a su seguridad, y algunos participantes denunciaron contaminación, como olor a cloro o agua sucia. Durante épocas de escasez, la calidad del agua pasa a ser una preocupación secundaria. Las familias con acceso a agua bombeada comparten el recurso con otros hogares, especialmente debido a la distribución espacial donde varios hogares familiares comparten terreno. Un tercio de la muestra comparte agua con 1 a 5 casas. Esta red de distribución refleja las prácticas comunitarias de compartir, pero ha generado tensiones entre el deber de compartir y el de reservar agua para el hogar, provocando conflictos familiares en situaciones de escasez.

Su fuente de agua es del municipio que viene una vez a la semana. Ella pelea con su hermana por el agua cuando no hay (notas de campo).

La escala HWISE reveló que el 62% de los hogares Pilagá experimentan inseguridad hídrica, con dos tercios de ellos preocupados “a veces” o “a menudo” por el agua, y cerca del 50% no se sintieron enojados o avergonzados por su falta. Existe una fuerte relación entre

inseguridad alimentaria e hídrica, ya que el 44% de los hogares modificaron su alimentación debido a problemas de agua. En cuanto a las preferencias de agua potable, el 45,2% prefiere agua de perforación, el 38,1% agua de lluvia, y solo el 4,8% opta por agua de camiones cisterna, mientras que algunos prefieren agua embotellada.

“Me gusta beber el agua que sale de la perforación y usar el agua de lluvia para ducharme” (mujer, 46 años)

Aunque tienen acceso a agua mediante perforaciones, su disponibilidad está limitada por factores como altas temperaturas que secan la bomba, cortes de energía, motores averiados o la necesidad de compartir agua con vecinos o visitantes. Tradicionalmente, las mujeres Pilagá son responsables de asegurar el agua para el hogar, obteniéndola de pozos o cuerpos de agua cercanos. Están profundamente preocupadas por la inseguridad hídrica y siempre piensan en cómo obtener este recurso esencial.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La comunidad Pilagá enfrenta una sindemia de inseguridad alimentaria e hídrica, en un contexto marcado la falta de acceso a necesidades básicas. La economía informal y las percepciones culturales también influyen. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) buscan reducir estas desigualdades (Ringler et al., 2020). Comprender el consumo de alimentos y la seguridad hídrica en comunidades indígenas de Formosa es crucial para la salud pública y la economía local.

El consumo alimentario en la comunidad estudiada era monótono, con una o dos comidas al día, similar a otras poblaciones indígenas en transición, como los Qom en Argentina (Lagranja et al., 2015) y los Munda en India (Ghosh-Jerath et al., 2021a). Para mejorar la seguridad alimentaria en comunidades indígenas, es esencial proteger su derecho a alimentos saludables y nutritivos que respeten sus preferencias culturales. Se recomienda que los programas de alimentación escolar incluyan alimentos tradicionales y culturalmente apropiados. Ejemplos de éxito incluyen la comunidad Inga de Colombia, donde se usan alimentos recolectados de la naturaleza en los menús escolares, (Caicedo & Chaparro, 2013) y la comunidad Karen en Tailandia (Sirisai et al., 2013), donde los niños aprenden a cosechar y preparar alimentos del bosque.

Las actividades tradicionales de caza y recolección en la cultura Pilagá están marcadas por el género, con diferencias en las tareas de hombres y mujeres determinadas por normas sociales (Ghosh-Jerath et al., 2021b; Kuhnlein, 2015). Los hombres cazaban y pescaban,

mientras que las mujeres recolectaban frutos, agua y leña, y cuidaban de la familia (Wright, 2010). Históricamente, los Pilagá eran cazadores-recolectores nómades o seminómades, dependiendo de la distribución de las plantas (Hermitte & Carrera, 1995).

Actualmente, debido a la falta de un sistema de distribución de agua en la ciudad, la comunidad Pilagá accede al agua principalmente a través de una bomba y un camión cisterna, aunque este último servicio es limitado e impredecible. Esto ha llevado al uso de recursos hídricos inseguros, como agua de lluvia o de la laguna cercana, lo que puede afectar la salud. La comunidad prioriza la accesibilidad física al agua sobre su seguridad. Aunque existe una escalera de servicios de agua potable que clasifica el acceso, la comunidad solo reconoce el acceso físico, sin considerar la calidad del agua. Este hallazgo es similar a un estudio de los Tsimane en Bolivia, quienes también carecen de acceso a agua segura (Rosinger et al., 2021).

La falta de acceso a agua segura y saludable ha impactado negativamente las relaciones sociales, la distribución espacial y las responsabilidades de género en la comunidad. La desigualdad de género y socioeconómica en el acceso al agua (Wutich & Ragsdale, 2008b), junto con las tareas mentales y físicas asociadas a su búsqueda, son fuentes de estrés crónico. Así, el papel del agua en la vida de las personas es un factor crítico en el desarrollo de enfermedades crónicas (Rosinger et al., 2021; Rosinger & Young, 2020b). Comprender la sindemia de inseguridad alimentaria e hídrica en comunidades indígenas es crucial para abordar temas de derechos humanos, salud pública y desarrollo económico local.

Sin seguridad hídrica, no hay seguridad alimentaria, ya que ambos están estrechamente interrelacionados. Estudios cualitativos han mostrado cómo la inseguridad hídrica contribuye a la inseguridad alimentaria, afectando la calidad y seguridad de los alimentos en hogares de bajos y medianos ingresos. (Bethancourt et al., 2023; Schuster et al., 2020; Workman & Ureksoy, 2017; Zolnikov & Blodgett-Salafia, 2017). En este estudio, casi la mitad de los participantes reportaron cambios en sus comidas debido a la falta de agua. Además, las mujeres, que son las principales responsables de la alimentación y el acceso al agua en la comunidad Pilagá (Duignan et al., 2022; Rosinger et al., 2021), enfrentan un mayor riesgo de inseguridad alimentaria y hídrica a nivel global. La recolección y transporte de agua demandan un alto esfuerzo físico, aumentando las necesidades energéticas, y el tiempo dedicado a esta tarea puede limitar las oportunidades de generar ingresos para comprar alimentos (Bethancourt et al., 2023). Esto crea un círculo vicioso que afecta gravemente la salud de las mujeres y el bienestar de sus familias.

LIMITACIONES E INVESTIGACIONES FUTURAS

El estudio presenta varias limitaciones. Primero, las encuestas transversales realizadas en los hogares para evaluar la ingesta alimentaria habitual pueden no haber capturado completamente los patrones dietéticos. Segundo, aunque las entrevistas se llevaron a cabo en español, el idioma nativo es el pilagá, lo que podría haber dificultado la traducción de algunos conceptos. Además, la distribución espacial de los hogares en la comunidad, aunque pequeña, complicó la inclusión de todos los hogares en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Barúa, G., & Mir, J. R. (2009). *Dossier Etnología del Chaco coordinado por Introducción: el área cultural del Gran Chaco*.
- Bethancourt, H. J., Swanson, Z. S., Nzunza, R., Young, S. L., Lomeiku, L., Douglass, M. J., Braun, D. R., Ndiema, E. K., Pontzer, H., & Rosinger, A. Y. (2023). The co-occurrence of water insecurity and food insecurity among Daasanach pastoralists in northern Kenya. *Public Health Nutrition*, 26(3), 693-703. <https://doi.org/10.1017/S1368980022001689>
- Boateng, G. O., Workman, C. L., Miller, J. D., Onono, M., Neilands, T. B., & Young, S. L. (2022). The syndemic effects of food insecurity, water insecurity, and HIV on depressive symptomatology among Kenyan women. *Social Science & Medicine*, 295, 113043. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113043>
- Caicedo, S., & Chaparro, A. M. (2013). *Inga food and medicine systems to promote community health*. www.maplandia.com/columbia/caqueta
- Crow, B., & Mcpike, J. (2009). How the Drudgery of Getting Water Shapes Women's Lives in Low-income Urban Communities. *Gender, Technology and Development*, 13(1), 43-68. <https://doi.org/10.1177/097185240901300103>
- Duignan, S., Moffat, T., & Martin-Hill, D. (2022). Be like the running water: Assessing gendered and age-based water insecurity experiences with Six Nations First Nation. *Social Science and Medicine*, 298. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114864>
- FAO. (2015). *Sistemas alimentarios tradicionales de los pueblos indígenas de Abya Yala* (Vol. 1).
- Ghosh-Jerath, S., Kapoor, R., Barman, S., Singh, G., Singh, A., Downs, S., & Fanzo, J. (2021a). Traditional Food Environment and Factors Affecting Indigenous Food Consumption in Munda Tribal Community of Jharkhand, India. *Frontiers in Nutrition*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.600470>

- Ghosh-Jerath, S., Kapoor, R., Barman, S., Singh, G., Singh, A., Downs, S., & Fanzo, J. (2021b). Traditional Food Environment and Factors Affecting Indigenous Food Consumption in Munda Tribal Community of Jharkhand, India. *Frontiers in Nutrition*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.600470>
- Hermitte, M. E., & Carrera, N. I. (1995). *Estudio sobre la situación de los aborígenes de la provincia del Chaco y políticas para su integración a la sociedad nacional* (Vol. 3). Editorial Universitaria Universidad Nacional de Misiones.
- Kuhnlein, H. V. (2015). Food system sustainability for health and well-being of Indigenous Peoples. *Public Health Nutrition*, 18(13), 2415-2424. <https://doi.org/10.1017/S1368980014002961>
- Lagranja, E. S., Phojanakong, P., Navarro, A., & Valeggia, C. R. (2015). Indigenous populations in transition: An evaluation of metabolic syndrome and its associated factors among the Toba of northern Argentina. *Annals of Human Biology*, 42(1), 84-90. <https://doi.org/10.3109/03014460.2014.932008>
- Olmedo, S. I., Román, M. D., Berra, S., & Valeggia, C. R. (2020). Food Intake and the Significance of Feeding in Qom Children of Northern Argentina. *Current Developments in Nutrition*, 1-8. <https://academic.oup.com/cdn/article/4/11/nzaa158/5925331>
- Pelto, G. H., & Goodman, A. (2000). *The Biocultural Perspective in Nutritional Anthropology*. <https://www.researchgate.net/publication/305429943>
- Ringler, C., Dias, P., Chase, C., Choufani, J., Lundqvist, J., Barron, J., Dickens, C., Mateo-Sagasta, J., McCartney, M., Young, S., & de Souza, M. (2020). *Water and nutrition : harmonizing actions for the United Nations Decade of Action on Nutrition and the united nations Water Action decade*.
- Rosinger, A. Y., Bethancourt, H. J., Young, S. L., & Schultz, A. F. (2021). The embodiment of water insecurity: Injuries and chronic stress in lowland Bolivia. *Social Science and Medicine*, 291, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114490>
- Rosinger, A. Y., & Young, S. L. (2020a). The toll of household water insecurity on health and human biology: Current understandings and future directions. *WIREs Water*, 7(6). <https://doi.org/10.1002/wat2.1468>
- Rosinger, A. Y., & Young, S. L. (2020b). The toll of household water insecurity on health and human biology: Current understandings and future directions. *WIREs Water*, 7(6). <https://doi.org/10.1002/wat2.1468>
- Schuster, R. C., Butler, M. S., Wutich, A., Miller, J. D., & Young, S. L. (2020). "If there is no water, we cannot feed our children": The

- far-reaching consequences of water insecurity on infant feeding practices and infant health across 16 low- and middle-income countries. *American Journal of Human Biology*, 32(1). <https://doi.org/10.1002/ajhb.23357>
- Sirisai, S., Chotiboriboon, S., Tantivatanasathien, P., Sangkhawimol, S., & Smitasiri, S. (2013). Culture-based nutrition and health promotion in a Karen community. En H. Kuhnlein, B. Erasmus, D. Spigelski, & B. Burlingame (Eds.), *Indigenous Peoples' Food Systems and Wellbeing: Interventions and Policies for Healthy Communities* (pp. 159-177). Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Workman, C. L., & Ureksoy, H. (2017). Water insecurity in a syndemic context: Understanding the psycho-emotional stress of water insecurity in Lesotho, Africa. *Social Science and Medicine*, 179, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.026>
- Wright, P. (2010). Between «marisca» and «trabajo». Indigenous ways of appropriation of environment and socioeconomic patterns in Colonia Aborigen Chaco. En *Hacia una nueva carta étnica del Gran Chaco: Vol. VII* (pp. 135-154). Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Wutich, A., & Ragsdale, K. (2008a). Water insecurity and emotional distress: Coping with supply, access, and seasonal variability of water in a Bolivian squatter settlement. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2116-2125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.042>
- Wutich, A., & Ragsdale, K. (2008b). Water insecurity and emotional distress: Coping with supply, access, and seasonal variability of water in a Bolivian squatter settlement. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2116-2125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.042>
- Young, S. L., Boateng, G. O., Jamaluddine, Z., Miller, J. D., Frongillo, E. A., Neilands, T. B., Collins, S. M., Wutich, A., Jepson, W. E., & Stoler, J. (2019). The Household Water InSecurity Experiences (HWISE) Scale: Development and validation of a household water insecurity measure for low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001750>
- Young, S. L., Frongillo, E. A., Jamaluddine, Z., Melgar-Quiñonez, H., Pérez-Escamilla, R., Ringler, C., & Rosinger, A. Y. (2021). Perspective: The Importance of Water Security for Ensuring Food Security, Good Nutrition, and Well-being. *Advances in Nutrition*, 12(4), 1058-1073. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab003>

Zolnikov, T. R., & Blodgett-Salafia, E. (2017). Access to water provides economic relief through enhanced relationships in Kenya. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 39(1), 14-19. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw001>

La alimentación de las mujeres qom con Artritis Reumatoidea (AR) en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina

Marcela Valdata, Rosana Quintana, Gabriela Giribaldi,
Ma. de Lourdes Guggia, Cecilia Camacho, Milagros
Caamaño, Evelyn Oviedo, Rocío Paoloni*

INTRODUCCIÓN

Esta presentación forma parte de un proyecto mayor acreditado por la Universidad

Nacional de Rosario en el marco de los proyectos UNR PICT-2022. El mismo analiza la alimentación durante la pandemia de las mujeres qom con artritis reumatoidea (AR) y las estrategias desarrolladas para la obtención del alimento en Rosario, hasta la actualidad.

Nuestro Centro de Estudios (CEAPROS, UNR) realiza un abordaje interdisciplinario con perspectivas desde la antropología, medicina, y nutrición. Partimos desde problemáticas presentadas por las propias comunidades indígenas, por otras investigaciones precedentes o por efectores estatales, luego realizamos un diagnóstico de situación que confirmamos, modificamos con una investigación para aplicar, aconsejar o incidir sobre las modificaciones de las políticas públicas que permitan mejorar la calidad de vida de la población.

En todos los trabajos desarrollados con comunidades indígenas hemos partido del consentimiento previo, libre e informado como principio ético. Desde el año 2010 trabajamos conjuntamente con GLADERPO (Grupo Latinoamericano de Enfermedades

* Centro de Estudios Aplicados a Problemáticas Socioculturales, UNR (CEAPROS,UNR)

Reumáticas en Poblaciones Originarias) en Argentina con la comunidad qom y wichi, a través de diferentes investigaciones e intervenciones desde la interdisciplina y la interculturalidad. En el año 2016 se publicó el primer estudio de prevalencia de artritis reumatoidea (AR) en la comunidad qom sobre una muestra de 1757 encuestados, mayores de 18 años y auto reconocidos como qom. Se detectó una prevalencia del 2,4% siendo más alta y de presentación más agresiva que lo reportado en población no indígena que va del 0,2 al 0,9%.

Los principales hallazgos de las diferentes investigaciones fueron, en su inicio, las representaciones socioculturales de la enfermedad, las barreras en el acceso al sistema de salud y la falta de continuidad del tratamiento entre otras. Con el fin de revertir estos problemas se implementaron diversas estrategias, a saber: atención a los pacientes con AR en el primer nivel de atención (especialidad que se trata en el segundo nivel de atención), por una médica reumatóloga de nuestro equipo; realización de talleres con referentes comunitarios y personas diagnosticadas abordando la importancia del reconocimiento de la enfermedad, asesoramiento en el trámite del certificado único de discapacidad (CUD) y finalmente un abordaje interprovincial, replicando la experiencia de Rosario, con uno de los Centros de Salud de Roque Saenz Peña Chaco, con el Hospital 4 de junio y en él a través del nexo con la especialista reumatóloga, para que los pacientes que viajan a su lugar de origen, por períodos extensos puedan continuar con su tratamiento.

En este trabajo en particular presentaremos los resultados del análisis del consumo alimentario de las mujeres qom con AR, cuya provisión, la mayoría de las veces, es por el propio Estado consistiendo en alimentos altamente inflamatorios para estas patologías.

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA Y UNIVERSO POBLACIONAL

La comunidad qom pertenece a la familia lingüística Guaycurú, que habitó originalmente el noreste del país en las actuales provincias de Chaco, Formosa y Salta. La deforestación de los bosques originarios, la apropiación de tierras y las catástrofes climáticas, han forzado al qom a emigrar desde la década de 1960 hasta nuestros días.

Esto trajo aparejado modificaciones en su sistema de subsistencia, pasando de cazadores-recolectores a una economía de precariedad laboral e inestabilidad económica.

La población qom se estableció en los territorios de las provincias de Buenos Aires y de Santa Fe, siendo Rosario una de las ciudades con mayor densidad poblacional en la provincia de Santa Fe. Contexto urbano que, además, trajo aparejados cambios en su dieta diaria.

Hoy en día siguen poco arraigados a sus costumbres y hábitos tradicionales, modificados por la cultura que los alberga y por el proceso de transición epidemiológica y nutricional.

Ésta última, representa un cambio desde una situación en la cual predominaba una dieta pobre en calorías con actividad física intensa, hacia otra en la cual las dietas se volvieron hiperenergéticas, con mayor proporción de productos alimenticios ultraprocesados y en la cual el estilo de vida sedentario es característico. La vulnerabilidad e inseguridad alimentaria podría atribuirse a las limitaciones al acceso y consumo de alimentos. Si bien su sistema de subsistencia tradicional fue cazadores-recolectores, éste se ha ido modificando paulatinamente sobre todo en contacto con otros grupos no originarios. La incorporación de la harina de trigo y el alcohol han sido reconocidos por los ancianos como uno de los factores de cambio importante en sus costumbres alimentarias. En contextos urbanos la fuente de alimentación suele ser provista por las instituciones del estado: escuelas, centros de salud, centros de convivencia barrial o por organizaciones que brindan comedores comunitarios, a través de alimentos secos y a base de harinas. Es necesario destacar que, es muy bajo el porcentaje de la población que tiene independencia alimentaria por no estar referenciados con ninguna de las instituciones territoriales mencionadas, aunque se desconoce cuales son los alimentos escogidos por esta población y sus modos de cocción.

En el año 2008, el Foro de Investigación en Salud de Argentina señaló que las comunidades originarias presentan un perfil epidemiológico complejo con una mayor vulnerabilidad y mortalidad, en comparación con el resto de la población. La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como son la obesidad, hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipemia, es alta en estos grupos y están asociadas a un estilo de vida consolidado por el consumo de comidas poco saludables y el sedentarismo.

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune e inflamatoria crónica, caracterizada por la afectación de las articulaciones, así como por características sistémicas. Los factores genéticos y ambientales interactúan durante la patogénesis de la AR. En individuos genéticamente predispuestos, la influencia de factores ambientales puede conducir a una ruptura de la tolerancia inmune a los autoantígenos, incluidas las proteínas citrulinadas y carbamiladas. Varios factores ambientales, como el tabaquismo, la contaminación del aire, el polvo, la dieta y las infecciones, contribuyen al desarrollo de la autoinmunidad sistémica y la aparición de autoanticuerpos años antes del inicio de los síntomas. La dieta y los nutrientes han recibido una atención considerable como posibles factores ambientales que

influyen en el desarrollo y el curso de la enfermedad. Aunque varios estudios sugirieron asociaciones entre los hábitos alimentarios, principalmente en lo que respecta a la ingesta de frutas, verduras o carne y el desarrollo de la enfermedad, los resultados aún no son concluyentes. En los últimos años, un número creciente de estudios ha investigado el papel de la dieta y la nutrición como herramientas potenciales para la prevención y el tratamiento de la AR.

En general, una dieta de tipo 'occidental' rica en ingesta energética, grasas totales y saturadas, una proporción desequilibrada de ácidos grasos n-3 a n-6, alta en carbohidratos refinados y azúcar y baja en fibra y antioxidantes podría aumentar el riesgo de AR tanto directamente a través del aumento de la inflamación, como indirectamente a través del aumento de la resistencia a la insulina y la obesidad.

Otro tópico estudiado hoy es la microbiota intestinal y su papel en la homeostasis fisiológica e inmunológica del organismo. Por lo tanto su alteración podría estar relacionada con la patogénesis de varias enfermedades inflamatorias, incluyendo la AR.

Cambios en la microbiota, influenciada también por el estilo de vida y los patrones dietéticos, puede promover el aumento de la permeabilidad intestinal y la inflamación sistémica. Se ha estudiado que los pacientes con AR presentan una microbiota intestinal reducida en comparación con los controles sanos.

Actualmente, la pandemia causada por la enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID) ha tenido como consecuencia del aislamiento un cambio en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios. De acuerdo a una comunicación del United Nations System Standing Committee on Nutrition (Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas), las precauciones adoptadas para mitigar los contagios y los posteriores efectos de la pandemia han llevado a una importante alteración de los entornos alimentarios en todo el mundo. Inevitablemente, esto ha impactado a nivel familiar e individual. Las dificultades financieras y la reducción de la actividad física pueden desencadenar niveles más altos de inseguridad alimentaria, desnutrición, sobrepeso y obesidad.

Particularmente en Argentina, el incremento del precio en el mercado de frutas y verduras dificulta aún más el acceso a estos alimentos ricos en vitaminas, minerales y oligoelementos. Lo mismo sucede en el caso de lácteos y carnes, alimentos que aportan nutrientes de alta calidad biológica y biodisponibilidad, y que representan una parte importante de la alimentación habitual de millones de consumidores.

Partiendo de estos datos es que iniciamos este estudio orientado a analizar el consumo alimentario y su impacto sobre la AR durante el período de cuarentena y posteriormente en la generación de

estrategias en respuesta a la crisis y su impacto en la salud y el estado nutricional de las mujeres qom con AR de la ciudad de Rosario.

ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE ESTUDIOS EN COMUNIDADES INDÍGENAS

López García, Juárez y Medina (2016) distinguen tres grandes campos en el estudio de la alimentación dentro de la Antropología de América Latina y España: la comida como patrimonio primero nacional y más adelante enmarcados dentro de procesos de globalización, la carencia de alimento y su relación con una Antropología de la

Alimentación aplicada y los valores y funciones socioculturales de la comida/comensalidad. La carestía alimentaria y la malnutrición es un área de estudio que encontramos tempranamente en la disciplina ya con los primeros aportes de Malinowski al proyecto de una “antropología práctica” o la creación en 1941 del Comité de Hábitos Alimentarios liderado por Mead es aquella abierta por la problemática de la carencia alimenticia y la posibilidad de la Antropología de apoyar proyectos de asistencia y/o transformativos en pos de la lucha contra ella (López García, Juárez y Medina, 2016:340-1). Estos primeros trabajos conceptualizarían el problema en términos de “hambre” asociado a las condiciones de pobreza y marginalidad, especialmente importante en países latinoamericanos con estatus subdesarrollado como causante de dichos males. Es a partir del trabajo de Bonfil Batalla en Yucatán, descrito en su libro *Diagnóstico para el hambre en Sudzal* de 1962, que comienza en esa década un viraje hacia explicaciones de tipo socioeconómico que anclan la carestía alimentaria a la desigualdad social de estos grupos dentro de las sociedades nacionales de las que son parte (López García, Juárez y Medina, 2016: 340). Este enfoque irá menguando hacia la década de los 70, coincidiendo con la aparición de la noción de seguridad alimentaria que va a desplazar a la de hambre (si bien ésta última no será abandonada del todo) y la reaparición en primera plana del paradigma del desarrollo. De aquí surgirían dos tendencias entre autores de la disciplina: quienes se incorporarían a diversos proyectos asumiendo el desarrollo como objetivo y aquellos que indagarán el impacto del desarrollismo en las representaciones y los discursos. Por fuera de esta dicotomía “los usos aplicados de los trabajos antropológicos sobre salud y problemas alimentarios constituyen un corpus denso tradicionalmente ligado a la antropología médica” con representantes importantes en Norteamérica, caracterizado por un trabajo interdisciplinario y abordajes desde la Nutrición, si bien decaerá con la crítica posmoderna a la racionalidad científica hacia los años 80. En la década de los 90 y principios de siglo XXI se encuentra una miríada de temáticas que

surgen del cruzamiento de diferentes ejes temáticos como el género, la raza, la clase, la ruralidad o el impacto de los procesos de globalización. Así como la aparición del concepto de soberanía en contraposición al de seguridad, tema que dista mucho de la realidad Argentina.

En relación al estado nutricional en comunidades indígenas en Argentina, en el año 2006 se publicó un trabajo llevado a cabo por docentes y alumnos de las Universidades Nacionales de Tucumán y Jujuy, con el objetivo de estudiar el estado nutricional y la ingesta de alimentos de poblaciones andinas del Noroeste de Argentina (Bassett, Giménez, Romaguera, Sammán). Se realizó una encuesta nutricional a una muestra representativa de las poblaciones de altura del noroeste de Argentina. El retraso del crecimiento fue el principal problema nutricional en los niños y adolescentes de la Puna y Quebrada. Mientras que el sobrepeso y la obesidad fueron los principales problemas nutricionales en los adolescentes y adultos de los Valles de altura. La composición típica del plato principal de toda la región tiene una base de arroz, pasta, harina de trigo o maíz que puede ser acompañada por tubérculos o huevos, o pocas hortalizas y carne de vaca o de llama. Este plato varía poco de un día para otro, constituyendo una dieta monótona, con alto consumo de azúcares (bebidas azucaradas y dulces) y cereales refinados y escasa cantidad de fibra alimentaria. Esta situación concuerda con los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) en la que las situaciones más prevalentes en niños y niñas menores de 5 años fueron la baja talla y la obesidad, lo cual los expone a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

En el mismo sentido, el trabajo realizado por Hirsch y Alonso en el año 2019, fue el resultado de una exploración etnográfica de las determinaciones socioculturales y de género que intervienen en los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención de la diabetes en indígenas tapietes de la provincia de Salta y su articulación con los efectores de salud pública. Con el propósito de comprender las dificultades en el acceso al sistema de salud y la relación con la biomedicina, la exploración tuvo como objetivos identificar diferenciales en los itinerarios terapéuticos de varones y mujeres con diabetes y describir su articulación con los efectores de salud pública. Las investigadoras han podido observar la creciente presencia de diabetes, junto con la falta de articulación de las intervenciones sociosanitarias con las prácticas nativas de salud-enfermedad-atención; los problemas en la comunicación del diagnóstico y tratamiento; y las dificultades de acceso al sistema de salud. El artículo discute la complejidad de la transición epidemiológica, los sentidos de la enfermedad crónica para los varones y las mujeres, la emergencia traumática de la diabetes y las dificultades en el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos originarios.

Por su parte, en el año 2014, Solans realizó un estudio de casos, de tipo cualitativo, transversal, descriptivo y analítico en el cual abordó los rasgos generales de los procesos de inserción económico y sociocultural en Buenos Aires de mujeres migrantes procedentes de Bolivia, Paraguay y Perú. Las variables conceptuales que utilizó fueron: prácticas alimentarias (la cual hace referencia a la estructura y los contenidos de las ingestas de los distintos miembros de la familia); principio de selección de alimentos, circuitos de abastecimiento, modos de preparación y cocción y principios de condimentación; organización de la alimentación familiar (actores involucrados en la alimentación familiar y sus roles diferenciales); y distribución intrafamiliar de los alimentos y formas de comensalidad. Para ello, prestó atención a la infraestructura del hogar, las condiciones laborales y la pertenencia institucional y social (sistema de salud y programas sociales). En relación con esto último, la autora destacó que las sociedades científicas médicas, los organismos estatales y no estatales y las agencias internacionales promueven un concepto de “alimentación saludable” que se corresponde con una dieta variada y equilibrada, lo que evidencia que tales modelos de promoción de la salud colocan el foco en las conductas individuales y la responsabilidad del sujeto como el eje principal de intervención. Es decir, se concibe a los sujetos como “exóticos” con estilos de vida negativos o dañinos que conforman una cultura inadecuada que necesita cambiarse con prácticas de educación o comunicación en salud. Según Solans, dicha descontextualización de los modos de vida es una práctica difundida en el campo de la salud, donde también se entiende que las causas de las enfermedades se encuentran en conductas de los individuos, lo que no tiene en cuenta los determinantes sociales y culturales.

Teniendo en cuenta que diversos autores analizan “las prácticas alimentarias como extraordinarios vehículos de auto-representación y de intercambio cultural: son un instrumento de identificación pero también uno de los modos para entrar en relación con culturas diferentes, compartir y/o marcar el límite del territorio social” (Solans, 2014: 7), Solans pudo afirmar que la experiencia de migración se refleja en la alimentación en un proceso de acomodación, combinación o conflicto con diversas resoluciones y que, como mencionaron Adriana Kaplan y Silvia Carrasco (2002), los esfuerzos adaptativos de las personas a nuevos entornos socioculturales no deben interpretarse como un rasgo de “su cultura”, pues esos comportamientos se crean y desarrollan ante las nuevas situaciones, exigencias y condiciones cambiantes que comportan las migraciones.

Finalmente, esta investigación nos permitió entender que la antropología puede aportar una mirada en el trabajo interdisciplinario

que incluya la articulación de los niveles socio-económicos, el género, la edad, la etnicidad (entre otros) como variables explicativas de la alimentación en los ámbitos micro y macro sociales. Dicha disciplina muestra la implicancia y vinculación de la alimentación con la salud, pero también con el nivel de ingreso, el lugar de procedencia, los grupos de pertenencia, la conveniencia y los momentos de comensalidad.

Dentro de un enfoque cualitativo con un tipo de diseño exploratorio-descriptivo, Demonte (2017) intentó identificar y analizar las representaciones sociales sobre la alimentación y su relación con los procesos de salud/enfermedad en el actual contexto de industrialización alimentaria y medicalización creciente en el discurso mediático (teniendo en cuenta medios gráficos de circulación en Argentina entre los años 2009- 2014). Para ello, se enmarcó en una perspectiva socio-cultural que entiende que “la alimentación es un hecho social complejo que implica cuestiones de carácter biológico, ecológico, tecnológico, económico, social político e ideológico [y que] los alimentos no se definen sólo por su valor nutritivo: no todos los alimentos pueden ser ingeridos por cualquier tipo de personas ni pueden ser igualmente digeribles para todas las personas (gluten, lactosa); no todas las sociedades comparten las mismas clasificaciones respecto a aquello que puede ser comestible y aquello que no” (Demonte, 2017: 1074). Partiendo de allí, la autora intentó rescatar la concepción de que los alimentos no sólo se componen de nutrientes sino también de significaciones, las cuales pueden ejercer efectos simbólicos y reales, individuales y sociales (Fischler, 1996). Para ello, destacó diversos investigadores (Barthes, 1961; Fischler, 1996, 1995; Contreras y Gracia Arnáiz, 2005; Gracia Arnáiz, 2008; Guidonet, 2007; Aguirre, 2005, 2011) que entienden que los alimentos no cumplen solamente una función biológica, sino social y no se digieren exclusivamente mediante procesos orgánicos internos, sino a través de representaciones que han sido producidas por el entorno cultural (Gracia Arnáiz, 2008). Por lo tanto, existen diversas razones biológicas, psicológicas, contextuales (ecológicas, económicas, políticas o ideológicas) que pueden explicar por qué se eligen ciertos alimentos y no otros. Finalmente, Demonte afirmó que los medios que analizó, apoyados por la mirada y el discurso médico-nutricional, reducen el alimento a sus nutrientes y promueven el control sobre el cuerpo, lo que da como resultado un cuerpo-objeto y alimentos-objeto que aparentan haber superado los intentos de contextualización (Guidonet, 2007). Sin embargo, dicha modalidad de representar los alimentos y el cuerpo no son exclusivas de los medios analizados sino que existen dos perspectivas dominantes que analizan qué y por qué comemos así: la economía y la nutrición (Aguirre, Díaz Córdova y Polischer, 2015). Y mientras que la primera se coloca en las

causas (la disponibilidad de alimentos, los condicionantes del acceso y las políticas públicas sesgan la oferta y la demanda de alimentos), la segunda se coloca en las consecuencias (ubicándose en los resultados, pues comemos así porque tenemos determinadas necesidades que serán o no cubiertas, generando carencias o excesos, que son la base de las enfermedades crónicas no transmisibles que actualmente nos afectan).

Aproximaciones al estudio La acreditación del proyecto ante la secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNR, no tuvo como obligatoriedad la certificación de un comité de bioética, instancia que sí fue solicitada por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario ya que las mujeres con AR con quienes realizamos la investigación tienen su historia clínica en uno de los Centros de Salud Municipal. Esta presentación tuvo sus dificultades, pues la mirada desde la bioética en las instituciones de salud tiene una mayor observancia desde los estudios clínicos que en la mayoría de los casos distan mucho de los estudios realizados desde las ciencias sociales. Realizamos 3 versiones, ésta última sin observación pero tuvo como consecuencia el atraso de casi un año la investigación.

La presencia mensual de la médica reumatóloga en el primer nivel de atención conjuntamente con la co-directora del proyecto, de profesión nutricionista, fue la instancia sobre la que realizamos la consulta previa, consentimiento informado y definición del universo a trabajar.

Realizamos las entrevistas pautadas con las mujeres en sus propias viviendas, bajo los siguientes ejes:

- Diferenciar las características alimentarias pre y pos pandemia
- Conocer las estrategias utilizadas para adquirir los alimentos durante la pandemia.
- A través de la realización de un cuestionario de frecuencia de consumo se buscó indagar sobre las formas de selección, cocción y comensalidad de los alimentos en las familias qom.

En este método el sujeto indica la frecuencia habitual de consumo durante un período determinado de cada uno de los alimentos o grupos de alimentos enumerados en una lista. En términos prácticos, la persona encuestada responde el número de veces que, como promedio, ha ingerido un alimento determinado durante un período de tiempo en el pasado, contestando así a un cuestionario diseñado a tal efecto. Dicho cuestionario se articula en tres ejes fundamentales: una lista de alimentos, unas frecuencias de consumo en unidades de tiempo, y una porción estándar (única o con alternativas) establecida

como punto de referencia para cada alimento. Dentro de las principales ventajas del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, empezamos citando la rapidez y eficiencia para determinar el consumo habitual de alimentos durante un periodo de tiempo en un estudio epidemiológico poblacional, la constatación de que su uso no altera el patrón de consumo habitual. El estudio meticuloso de la alimentación de la población, previo a la confección final del mismo, es de las actividades más laboriosas y limitantes del instrumento. El resultado final es la confección de un cuestionario específico para una población con unos hábitos alimentarios determinados. El uso del mismo cuestionario en otras poblaciones es de dudosa validez (Martin Moreno y Gorgojo, 2007).

Si bien este proyecto se encuentra en su segunda etapa, faltando más del 60 % del mismo para su finalización, podemos acercar algunas líneas de las sistematizaciones de las consultas y entrevistas:

- La mayoría de las mujeres dependen del propio trabajo (artesanas, changarinas, empleadas de cooperativas de trabajo) o de los ingresos de sus familiares. En época de pandemia estos recursos estaban ausentes debido a que no podían salir a trabajar.
- Reconocen una baja de peso considerable durante este período pandémico y de muy difícil restablecimiento en el post.
- Obtención del alimento por medio de comedores, movimientos sociales, centros de convivencia. Nos detendremos en este punto.

Si bien la organización territorial del estado, sobre todo de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat, ancla en algunas organizaciones de base (movimientos políticos que son afines al gobierno), tanto los comedores como las instituciones del estado reciben la misma mercadería.

Hemos observado que ante la falta de procuración del alimento por el período de encierro, que no fue tal en los barrios que relevamos, siempre fue suplida por el estado entregando cajas con alimentos a base de harinas: una botella de aceite, harina de maíz, harina blanca, fideos, arvejas, arroz, lata de tomates, yerba y a veces lentejas. Estos productos que no son consumidos en su totalidad, muchas veces eran objetos de canje con otros alimentos. Solo en una ocasión nos contaron que todas las noches comían carne de pollo, sobretodo alitas: en guiso, con fideos, en sopa etc. y que se escapaban del barrio para poder comprarlas y no ser detenidos.

Otro proveedor en este período fue el Banco de Alimentos Rosario

(BAR), que en su lógica de distribución fuera de períodos extremos, como lo fue la pandemia, provee lo que resta poco tiempo de vencimiento entregado por grandes cadenas de supermercados o de distribución directa. Muchos comedores recibían estas cajas, con muy pocos alimentos por cierto. En términos generales, el alimento que tenía mayor frecuencia eran las harinas y el azúcar.

Es de resaltar que el pueblo qom hace del nabole (torta de harina de trigo, grasa y sal asada a la parrilla) una de sus fuentes de alimentación más significativa, tanto en preparación como en cocción del producto. Los niños que retiraban los productos que anteriormente a la pandemia, les brindaba la escuela en forma de alimento caliente y comiendo en el comedor, pasaron a retirar un bolsón de alimentos secos y cada 15 días, también con cada vez menos productos.

Hoy, a cuatro años de este período que era excepcional, parece ser que se ha tornado una cotidianeidad. Nada ha cambiado, las mujeres siguen con este tipo de ingestas y la preocupación es cada vez mayor, ya que no se mide el estrago que produce a lo largo de la vida.

A modo de cierre, podemos decir que el mayor uso que se le da a ese bolsón o caja es la producción de nabole con las harinas, que recordando la voz de nuestra amiga clínica, “es un veneno para la AR”. De esto podemos dar cuenta que ante la falta de algún alimento que pudieran preferir, este producto quizá por su valor simbólico, fue el más elaborado y consumido.

Otro de los aspectos a resaltar es la falta de cocción en el hogar, pre y post pandemia. Ésta es una de las etapas que continúa en nuestra investigación: el reconocimiento de los espacios comunitarios de producción de materia prima alimentaria y la posibilidad de cocción de esos frutos para su posterior ingesta.

Si bien nuestro país dista mucho de considerar que la aplicación de políticas públicas nos conduce hacia un camino de soberanía alimentaria, mucho más nocivo es que la aplicación de éstas políticas sólo consideran la “asistencia” de alimentos muy pocos nutritivos, como única acción posible para pensar en la satisfacción de una necesidad más que básica como es la de la alimentación que sigue siendo escasa, pobre en nutrientes e insatisfecha y con un alto componente inflamatorio para la AR.

BIBLIOGRAFÍA

- Arpaia, N.; Campbell, C.; Fan, X.; Dikiy, S.; van der Veeke, J.; Deroos, P.; Liu, H.; Cross, J.R.; Pfeiffer, K.; Coffey, P.J. Metabolites produced by commensal bacteria promote peripheral regulatory T-cell generation. *Nature* 2013, 504, 451–455.

- Bassett M, Giménez A, Romaguera D, Sammán N. Estado nutricional e ingesta alimentaria de poblaciones de regiones de altura del Noroeste Argentino. *Archivo Latinoamericano de Nutrición*. Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2013/2/art-2/>
- Benito-Garcia, E.; Feskanich, D.; Hu, F.B.; Mandl, L.A.; Karlson, E.W. Protein, iron, and meat consumption and risk for rheumatoid arthritis: A prospective cohort study. *Arthritis Res. Ther.* 2007, 9, R16.
- Demonte F.C. Comer para vivir ¿mejor? Análisis de las representaciones sociales sobre la alimentación y su vinculación con la salud/enfermedad en la prensa gráfica argentina (2009-2014). *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 23(2) 2017: 1071-1087 ISSN-e: 1988-2696 <http://dx.doi.org/10.5209/ESMP.58033>.
- Encuesta nacional de nutrición. Disponible en: <https://fagran.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/Encuesta-nacional-de-nutricion-ysalud.pdf>
- Foro de Investigación en Salud de Argentina. Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina. 2008. Disponible en: <https://healthresearchweb.org/?action=download&file=2008-Indigenas.pdf>.
- Gioia C, Lucchino B, Grazia Tarsitano M, Iannuccelli C, Di Franco M. Dietary Habits and Nutrition in Rheumatoid Arthritis: Can Diet Influence Disease Development and Clinical Manifestations? *Nutrients* 2020 May 18;12(5):1456. doi: 10.3390/nu12051456.
- Hirsch S y Alonso V. La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva | Universidad Nacional de Lanús | ISSN 1669-2381 | EISSN 1851-8265 | doi: 10.18294/sc.2020.2760*
- Israel B y col (2010) Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities *Am J Public Health* ;100(11):2094-102.
- López García J, Juárez LM, Medina FX. Usos y significados contemporáneos de la comida desde la antropología de la alimentación en América Latina y España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXXI, n.o 2, pp. 327-370, julio-diciembre 2016, ISSN: 0034-7981, eISSN: 1988-8457, doi: 10.3989/rdtp.2016.02.001

- Moreno Romero S, Lomaglio DB, Jail Colome J, Alba JA, Lejtman N, Dipierrri JE, et al. Condición nutricional en la puna argentina. Observatorio Medioambiental ISSN: 1139-1987 2005; 8: 111-125.
- Martin Moreno, J.M; Gorgojo, L. Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales. Rev Esp Salud Pública 2007; 81: 507-518.
- Pattison, D.J.; Silman, A.J.; Goodson, N.J.; Lunt, M.; Bunn, D.; Luben, R.; Welch, A.; Bingham, S.; Khaw, K.T.; Day, N. Vitamin C and the risk of developing inflammatory polyarthritis: Prospective nested case-control study. Ann. Rheum. Dis. 2004, 63, 843–847.
- Pattison, D.J.; Symmons, D.P.M.; Lunt, M.; Welch, A.; Luben, R.; Bingham, S.A.; Khaw, K.T.; Day, N.E.; Silman, A.J. Dietary risk factors for the development of inflammatory polyarthritis: Evidence for a role of high level of red meat consumption. Arthritis Rheum. 2004, 50, 3804–3812.
- Philippou, E.; Nikiphorou, E. Are we really what we eat? Nutrition and its role in the onset of rheumatoid arthritis. Autoimmun. Rev. 2018, 17, 1074–1077.
- Philippou, E, Kiphorou E. Autoimmunity Reviews. Elsevier. 2018; <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2018.05.009>
- Pope C, Mays N. Qualitative Research in Health Care. 2 nd ed. London: BMJ Books; 2000.
- Quintana R, Goñi M, Mathern N et al. Rheumatoid arthritis in the indigenous qom population of Rosario, Argentina: aggressive and disabling disease with inadequate adherence to treatment in a community-based cohort study. Clin Rheumatol.2018;37(9):2323-2330.
- Quintana R, Silvestre AM, Goñi M et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in the indigenous Qom population of Rosario, Argentina. Clin Rheumatol. 2016;35 Suppl 1(Suppl 1):5-14.16:317-21.
- Quintana R, Fernandez S, Fay M, Camacho C, et al. Access to healthcare system of indigenous communities with musculoskeletal disorders and rheumatic disease in Chaco, Argentina: a qualitative study. Clin Rheumatol 2021 Jun;40(6):2407-2417.
- Quintana R, Fernández S, Orzuza S, et al. «Living with Rheumatoid Arthritis» in an Indigenous Qom Population in Argentina. A Qualitative Study. Reumatol Clin (Engl Ed) 2020 Jun 26;S1699-258X(20)30112-1.
- Scublinsky D, Venarotti H, Citera G, Messina OD, Scheines E, Rillo O, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Argentina:

- a capture-recapture study in a city of Buenos Aires province. *J Clin Rheumatol.* 2010; 16:317-21.
- Solans, A.M. Alimentación y mujeres migrantes en Ciudad de Buenos Aires. Aportes de la antropología al trabajo interdisciplinario en salud. 2014. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- UNSCN- United Nations System Standing Committee on Nutrition. Food Environments in the COVID-19 Pandemic. 2020. Disponible en: <https://www.unscn.org/en/news-events/recent-news?idnews=2040>
- Van der Meulen, T.A.; Harmsen, H.J.M.; Bootsma, H.; Spijkervet, F.K.L.; Kroese, F.G.M.; Vissink, A. The microbiome–systemic diseases connection. *Oral Dis.* 2016, 22, 719–734.
- Wu, H.-J.; Ivanov, I.I.; Darce, J.; Hattori, K.; Shima, T.; Umesaki, Y.; Littman, D.R.; Benoist, C.; Mathis, D. Gut-residing segmented filamentous bacteria drive autoimmune arthritis via T helper 17 cells. *Immunity* 2010, 32, 815–827.
- Yeoh, N.; Burton, J.P.; Suppiah, P.; Reid, G.; Stebbings, S. The role of the microbiome in rheumatic diseases. *Curr. Rheumatol. Rep.* 2013, 15, 314

Escorbuto por falta de acceso a los alimentos. Reporte de un caso paradigmático en la zona sur de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Seguimiento a largo plazo de los obstáculos y estrategias para ejercer el derecho a la alimentación

Cristal Bury*, Natalia Correa**, Mariana Higa Kambara***,
Adriana Vacca****, Dina Villalva*****

INTRODUCCIÓN

El escorbuto es una enfermedad producida por un déficit de vitamina C. Las manifestaciones clínicas más características son las Petequias foliculares, el edema mucoso, el sangrado de encías, la debilidad muscular y los dolores articulares (Valdés, 2006).

La vitamina C, también denominada ascorbato o ácido L-ascórbico, es una vitamina esencial y debe ser incorporada de manera regular para mantener las reservas. Actualmente, las recomendaciones de ingesta diaria son de 75 mg/día para mujeres adultas y 90 mg/día en varones (Panel on Dietary Antioxidants and Related Compounds et al., 2000). Sin embargo, 60 mg diarios son suficientes para prevenir el escorbuto (Castillo Velarde, 2019) y se alcanzan con el consumo de una fruta cítrica. Alcanzar la depleción de las reservas de vitamina C requiere de al menos tres meses de una ingesta deficiente (Agriello

* Lic. en Trabajo Social. Residente de 2ª año de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

** Lic. en Nutrición. Nutricionista de planta del CeSAC N°9 de la CABA

*** Lic. en Nutrición. Residente de 3ª año de la CABA

**** Lic. en Nutrición. Residente de 3ª año de la CABA

***** Lic. en Trabajo Social. Referente de la multisectorial “La Boca Resiste y Propone” (LBRyP)

et al., 2010; Hodges et al., 1969; Valdés, 2006). En la actualidad su déficit se encuentra asociado a trastornos mentales, abuso de alcohol o drogas o bien por la existencia de síndromes malabsortivos, pacientes en hemodiálisis o quimioterapia (Olmedo et al., 2006).

El caso que se presenta corresponde a una situación paradigmática, dado que la causa primaria de la enfermedad fue la falta de acceso a alimentos, por lo que fue necesario un cambio de perspectiva para su abordaje, derivando en el despliegue de estrategias diferentes a las tradicionales (Bellocchio, 2015).

El escorbuto es una enfermedad considerada poco frecuente de la que no existen datos sobre su incidencia a nivel mundial (Villagrán et al., 2019). Sin embargo, algunos investigadores reportan aumento de casos en los últimos años (Khalife et al., 2019; Regehr et al., 2021). Es necesario considerar que de no ser diagnosticada y tratada a tiempo puede ocasionar la muerte (Wijkmans & Talsma, 2016). Según datos del Ministerio de Salud de la Ciudad, basados en registros de historias clínicas, se identificaron 15 casos de escorbuto en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre los años 2018 y 2022, 5 de los cuales eran adultos (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Habitualmente los reportes de casos se centran en las características de la presentación clínica (Agriello et al., 2010; Oxilia et al., 2020), haciendo especial énfasis en considerarlo como posibilidad diagnóstica (Tembunde et al., 2022). En el caso del presente trabajo, el interés consistió en dar cuenta de las situaciones socioculturales que llevaron a la enfermedad y las articulaciones posteriores al alta para garantizar el acceso a alimentos.

La investigación que llevamos adelante fue aprobada por el comité de ética correspondiente; se solicitó al paciente la firma del consentimiento informado siendo debidamente informado del resguardo de sus datos personales según la ley 25.326.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata del caso de un paciente varón de 56 años, que trabajaba como auxiliar de enfermería y debido a problemáticas institucionales originadas por la pandemia, en marzo de 2020 perdió su trabajo. Con el tiempo, por la imposibilidad de acceder a alimentos principalmente frescos, su dieta se volvió insuficiente. De acuerdo a lo observado a partir de la historia dietética, su alimentación habitual consistía únicamente en mate y galletitas de agua. Continuó así hasta que en el mes de abril de 2022 tuvo algunos síntomas (debilidad, dolor articular) que lo llevaron a acudir a consultorios externos, hallándose en ese momento anemia ferropénica (hemoglobina (Hg) 9,6 g/dl), resultado que recibió diez días después, cuando ingresó a la guardia del hospital

por un cuadro clínico caracterizado por astenia, sudoración, disminución del apetito, gingivorragia durante el cepillado dental, edema y hematomas en miembros inferiores de aparición espontánea. También presentaba desnutrición aguda (IMC al ingreso 16,5 kg/mt²).

Fue ingresado al Hospital donde se le realizaron diversas interconsultas y estudios hasta arribar al diagnóstico de escorbuto por sospecha clínica. Dicho diagnóstico fue confirmado con la mejoría del cuadro luego de la reposición con ácido ascórbico de manera endovenosa (250 mg diluidos en 100 ml de solución fisiológica al 0,9% cada 12 horas en infusión de 30 minutos).

El paciente evolucionó con mejoría del dolor al tercer día de iniciar el tratamiento y de los hematomas y sangrados a partir del séptimo día, tal como está descrito en la bibliografía (Olmedo et al., 2006; Pioli et al., 2020). Luego de 15 días de reposición endovenosa de ácido ascórbico se continuó con vitamina C vía oral a dosis de 1000 mg/día y posteriormente 250 mg/día.

Al mes de iniciado el tratamiento, por buena evolución clínica se decidió su alta en conjunto con los profesionales de los Servicios de Clínica Médica, Nutrición y Trabajo Social.

Al evaluar la situación socioeconómica del paciente, se pudo historizar sobre aspectos de su vida cotidiana, relaciones sociofamiliares y comunitarias. El paciente no contaba con redes afectivas ni de referencia y contención. Asimismo, no se encontraba recibiendo ningún programa de protección social. Por este motivo se buscó la revinculación con sus familiares cercanos, quienes asistieron los días de la internación y los primeros días posteriores al alta. Si bien se asesoró al paciente y sus familiares sobre el circuito formal de acceso al Programa Alimentario durante la internación, el modo de acceder a la prestación alimentaria en la CABA implica un trámite burocrático y extenso que no era aplicable a la situación de emergencia en la que se encontraba el paciente. Por este motivo, fue necesaria la articulación con referentes una organización social y política del barrio, La Boca Resiste y Propone (LBRYP), quienes realizaron visitas semanales acercándole alimentos frescos y secos, ya que el paciente en un comienzo no podía trasladarse por sus propios medios (Eichhorn & Riso, 2018).

Durante las primeras visitas, todavía se encontraba con algunos síntomas de la enfermedad. Se mostraba reticente al diálogo y manifestaba incomodidad con la ayuda recibida, con la expectativa de reinsertarse laboralmente en el futuro cercano y no necesitar más asistencia, percibiéndose como varón económicamente independiente y trabajador. Esto lo pudimos observar en dichos como “Yo siempre trabajé”, “Era el sostén de mi casa”.

Las visitas se mantuvieron de modo constante, lo que permitió la construcción del vínculo y lazos de confianza mutua, necesarios para la movilización de recursos tanto objetivos como subjetivos (Sousa Campos, 2005). Desde la multisectorial LBRyP se lo acompañó a realizar los trámites para su ingreso a los programas actuales de asistencia alimentaria en el ámbito de la CABA: “Ticket Social” y “Ciudadanía Porteña con todo derecho” (Programa Ciudadanía porteña con todo derecho, s. f.; Ticket Social, s. f.). Cuatro meses después del alta, recibió la primera ayuda económica estatal por un monto de \$1100, correspondiente al “Ticket Social”. Dicho monto representaba, en ese momento, sólo un 6% de la Canasta Básica de Alimentos para un adulto (CBA) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2023a).

En Febrero 2023, nueve meses después del alta, se completó su ingreso al programa “Ciudadanía Porteña: con todo derecho”, y comenzó a percibir, como único ingreso, \$10.400 mensuales, representando en ese momento un 40% de la CBA (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2023b).

Dado que el monto percibido por el mencionado programa resultaba insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de alimentación, fue necesario mantener la colaboración y asistencia de las redes comunitarias. En este intercambio se pudo detectar que persistía la dificultad para acceder al seguimiento clínico y nutricional, por lo que se propone que dicho acompañamiento fuera realizado en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), en el que se encontraban rotando profesionales que lo habían conocido durante la internación (si bien este CeSAC se encontraba por fuera del área geográfica de influencia del Hospital en el que había cursado su internación).

A partir de ahí comenzó otra etapa en el abordaje, siendo la puerta de entrada la consulta nutricional para abarcar luego los seguimientos de salud pertinentes. Durante todo este tiempo, el paciente asistió de manera regular al CeSAC donde fue interactuando con diferentes profesionales, generando vínculos, apropiándose del espacio. Logró desplegar nuevos recursos simbólicos en relación al cuidado de la salud y se relacionó con otras instituciones en pos de acceder a lo necesario para la reproducción de su vida cotidiana.

Se comenzó el seguimiento clínico en el que se detectaron otras problemáticas de salud que se fueron abordando de manera integral. También se llevó a cabo una evaluación por parte de profesionales de salud mental, en la que se evaluó cierta dificultad para problematizar las circunstancias que lo llevaron a la internación; su discurso era coherente y no se encontraron alteraciones del estado de ánimo al momento de la evaluación. No se detectó la existencia de consumo problemático al momento de la consulta.

En la primera consulta nutricional se observó un descenso del 7 % de su peso con respecto a la última evaluación en el hospital (6 meses antes), situación que lo ubicó nuevamente en riesgo. Ya desde el inicio, se comenzó a abordar la posibilidad de motorizar el proceso judicial para lograr que el monto de la ayuda alimentaria cubra el valor de la CBA. Sin embargo no fue aceptado de manera inmediata. Aparecieron contradicciones respecto al deseo de volver a trabajar: por un lado lo expresaba de modo categórico “Tengo una profesión “Voy a volver a trabajar en lo mío”, pero por otro lado, empezaba a vislumbrarse cierto hastío por haber trabajado de manera excesiva durante muchos años. Aparecieron preguntas respecto a la posibilidad de iniciar el trámite de jubilación anticipada.

Con respecto al acceso a alimentos, seguía cobrando una ínfima suma en el Programa Ciudadanía Porteña y contaba con colaboración de su familia. Sin embargo, unos meses después, incluso esa mínima asistencia fue dada de baja por cambios en la modalidad del programa (Programa Ciudadanía porteña con todo derecho, s. f.). A pesar de haber realizado los trámites requeridos, las barreras burocráticas y tecnológicas concluyeron en la suspensión temporal de la asistencia. Esto volvió a ubicarlo en riesgo nutricional. La inestabilidad en el acceso, provocada por la suspensión de la prestación, desencadenó una nueva pérdida de peso (10 % de su peso en 3 meses). Fue en ese momento cuando tomó más fuerza la posibilidad de iniciar un reclamo a través del Ministerio público de la Defensa de la Ciudad de Buenos Aires (MPD) para solicitar que se garantice el derecho a la alimentación. Esto requirió del acompañamiento de los profesionales del CeSAC y la articulación con los profesionales del MPD. Se inició el reclamo judicial a través de la solicitud de una Amparo Alimentario. Finalmente en septiembre de 2024, a más de dos años de su internación, puede decirse que se logró algún tipo de garantía de su derecho a la alimentación. Actualmente se encuentra cobrando un monto de \$115.800, correspondiente a 84% de la CBA (comparado con último informe del INDEC a la fecha correspondiente al valor de la CBA del mes de agosto 2024) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos & Ministerio de Economía, 2024).

DISCUSIÓN Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Desde el punto de vista clínico, los antecedentes de casos similares en la Institución permitieron tener en cuenta al escorbuto como posibilidad diagnóstica desde el inicio de la internación, comenzando el tratamiento de manera precoz. Aun así, cabe preguntarse si en la primera consulta del paciente por consultorios externos, diez días previos a la internación, habría sido posible activar los recursos y articulaciones

necesarias para evitar las consecuencias posteriores. Es posible que tanto la lógica de la consulta hospitalaria como las dificultades para reconocer la carencia por parte del paciente varón hayan jugado un rol en este sentido (Agriello et al., 2010; Campos & Amaral, 2007; De Keijzer, 2006; Hirmas Aday et al., 2013).

A lo largo del análisis se han podido detectar por un lado, factores estructurales y externos que se pusieron en juego como variables significativas en la situación del paciente y por otro lado, aspectos subjetivos y propios del mismo. Con respecto a los primeros, la pandemia por COVID-19, fue considerada un factor desencadenante, a nivel macrosocial y económico, de una crisis que impactó no sólo a nivel mundial sino que se vio reflejado a nivel microsociedad en la economía y calidad de vida de los ciudadanos, sobre todo en la pérdida de empleo y acceso a bienes y servicios básicos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020).

Asimismo, la inestabilidad económica de los últimos años produjo consecuencias tanto en la disponibilidad como en el acceso y el consumo de alimentos, con mayores índices de inseguridad alimentaria y precarización de la calidad de vida (Aguirre & Diaz Córdova, 2021).

En el caso presentado, el Derecho a la Alimentación se encuentra vulnerado a partir del momento en que el paciente pierde su trabajo y deja de percibir ingresos. En nuestro país, este derecho, se encuentra incorporado en la Constitución Nacional desde el año 1994 (artículo 75 inciso 22), siendo el Estado responsable de garantizar los medios necesarios para su cumplimiento (Abajo et al., 2010; Aguirre, 2021). Si bien el Gobierno de la CABA cuenta con programas para este fin, en la práctica se aplican de manera incompleta y con múltiples obstáculos (Bermúdez et al., 2015). Para sortear estas dificultades fue necesario recurrir a la construcción de estrategias conjuntas de trabajo en red con actores territoriales, reconocidas como articulaciones informales, las cuales surgen cuando se percibe un estancamiento en el acceso mediante los circuitos formales en la gestión (Aguirre, 2021; Bermúdez et al., 2015; Mendes, 2013; Rovere, 1999). Por otro lado, la insuficiencia de los programas existentes, implicó el ejercicio del reclamo del derecho a la alimentación, vehiculizado por el MPD. La acción de amparo sirve para proteger los derechos fundamentales en situaciones donde es urgente tener una decisión judicial; se encuentra incluida en la Constitución Nacional - art. 43 - desde el año 1994 y en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires fue incorporada en el año 1996 - art. 14 - (Acción de Amparo, 2007). Dado que el monto otorgado por el programa de asistencia alimentaria es insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de alimentación, es cada vez más necesario recurrir a recursos judiciales. Si bien no existen datos

oficiales, en los últimos años dichos amparos están en aumento. Esta parece ser la única forma de interpelar al Estado sobre la insuficiencia de sus prácticas para garantizar derechos.

Desde la perspectiva del paciente este proceso llevó a transformaciones personales en muchos sentidos. Actualmente (luego de cobrar el amparo) reconoce haber trabajado de manera alienante durante la mayor parte de su vida y reflexiona sobre cómo esto afectó su estado de salud. Valora el reciente vínculo construido con el CeSAC, ya que le permitió realizar cambios en el modo de gestionar su propio cuidado. En este sentido, es necesario hacer una reflexión sobre el modo de intervenir tanto a nivel disciplinar como institucional. Muchas veces los obstáculos burocráticos para acceder a prestaciones sociales o de salud por parte de los pacientes, lleva a la pérdida de la dimensión cuidadora y a la deshumanización en la asistencia (Merhy, 2008). En el mismo sentido, en la formación de la ciencia de la salud, prima una mirada positivista en la que los hechos y los valores, la teoría y la práctica se encuentran disociadas. Sin embargo, las corrientes críticas a este modelo cuestionan la separación de los valores y los hechos considerando que la práctica científica implica necesariamente una dimensión valorativa (Gómez, 2014). Poner el eje en el individuo con especial énfasis en la resolución de sus problemáticas y en garantizar derechos conlleva la implicación profesional y del equipo de salud, necesaria para un abordaje humano, priorizando las necesidades de las personas (Menéndez, 2003).

PERSPECTIVA DE GÉNERO Y BARRERAS PROPIAS DEL PACIENTE

A lo largo de las entrevistas se pudo pesquisar la imposibilidad del sujeto de vehicular articulaciones territoriales, desplegar sus necesidades y solicitar ayuda económica e inclusive presentar características de emotividad en relación a vínculos familiares y socioafectivos (De Keijzer, 2006).

La comprensión integral de la situación de salud del paciente varón permite contemplar cómo repercute la masculinidad hegemónica en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y las barreras en el acceso que tal complejidad implica. Barreras que se construyen por factores estructurales y subjetivos integrados por dimensiones socioculturales, económicas y de género que se interseccionan y condicionan el acceso real a la alimentación (De Keijzer, 2006; Pombo, 2012).

CONCLUSIÓN

El paciente presentaba al ingreso hospitalario signos clínicos claros que permitieron la sospecha de escorbuto con el consecuente

tratamiento oportuno, observándose mejoría clínica de manera inmediata. Esto reafirma que es necesario tener en cuenta a dicha patología, ante signos semejantes, como posible diagnóstico.

Dado que se pudo detectar que la causa de deficiencia de vitamina C estaba relacionada con la falta de acceso a los alimentos, provocada por la situación económica del paciente, se realizaron distintas intervenciones en red con actores territoriales mediante articulaciones informales, para buscar sostener un adecuado estado nutricional a largo plazo. Estas articulaciones informales fueron necesarias ya que las vías formales para garantizar el Derecho a la Alimentación no fueron suficientes. Cabe preguntarse si habría sido posible evitar la enfermedad y la consecuente internación del paciente en caso de haber desplegado estas articulaciones de manera más temprana.

El presente trabajo indaga sobre los factores estructurales, culturales y subjetivos, que dificultan el acceso a la alimentación y da cuenta de la importancia del trabajo territorial e interdisciplinario. Es a partir del vínculo con las redes de trabajo territorial que se amplía la capacidad organizativa del Estado, generando acciones de promoción de la salud, con el objetivo de favorecer el pleno goce de los derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abajo, V., Figueroa, E., Paiva, M., & Oharriz, E. (2010). *Derecho a la Alimentación*. 28(131), 20-26.
- Acción de Amparo, Pub. L. No. 2145 (2007).
- Agriello, M., Buonsante, M. E., Franco, C., Abeldaño, A., Neglia, V., Zylberman, M., & Pellerano, G. (2010). Escorbuto: Una entidad que aún existe en la medicina moderna. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 38(2), 76-80.
- Aguirre, P. (2021). *Devorando el planeta. Cambiar la alimentación para cambiar el mundo*. Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A.
- Aguirre, P., & Díaz Córdova, D. (2021). La inestabilidad como rutina. La precarización de la vida cotidiana y su impacto en la alimentación en Buenos Aires, Argentina. *Revista de Antropología Social*, 30(2), 119-133. <https://doi.org/10.5209/raso.77894>
- Bellocchio, M. (2015). AMBROSINI, C; BERALDI, G.: Pensar la ciencia hoy. La epistemología: entre teorías, modelos y valores, Buenos Aires, Educando, 2015. *Perspectivas Metodológicas*, 15(16). <https://doi.org/10.18294/pm.2015.764>
- Bermúdez, Á., Carmona, V., Messina, G., & Royo, L. (2015). El derecho a la alimentación en la Ciudad de Buenos Aires. Una mirada desde las políticas públicas. *Universidad Nacional del Nordeste. Centro de Estudios Sociales*.

- Campos, G. W. D. S., & Amaral, M. A. D. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Castillo Velarde, E. R. (2019). Vitamina C en la salud y en la enfermedad. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 95-100. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2351>
- De Keijzer, B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. *Masculinidades y perspectiva de Género en salud*, 1(1), 137-152.
- Eichhorn, N. V., & Riso, A. (2018). *Resistencias estético-políticas en el Barrio de la Boca. El espacio público como terreno visible de la lucha popular*. http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2018/01/seminario/mesa_13/eichhorn_riso_mesa_13.pdf
- Gómez, R. (2014). *La dimensión valorativa de las ciencias. Hacia una filosofía política*.
- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., María Jasmen Sepúlveda, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa*. 33(3).
- Hodges, R. E., Baker, E. M., Hood, J., Sauberlich, H. E., & March, S. C. (1969). Experimental Scurvy in Man. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 22(5), 535-548. <https://doi.org/10.1093/ajcn/22.5.535>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires*. (Primer informe).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023a). *Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total*. Gran Buenos Aires (3; Condiciones de Vida). Ministerio de Economía.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023b). *Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total*. Gran Buenos Aires (7; Condiciones de Vida). Ministerio de Economía.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, & Ministerio de Economía. (2024). *Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total*. Gran Buenos Aires. (Vol 8, n° 19; Condiciones de Vida). https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_09_244225C31761.pdf
- Khalife, R., Grieco, A., Khamisa, K., Tinmouh, A., McCudden, C., & Saidenberg, E. (2019). Scurvy, an old story in a new time: The

- hematologist's experience. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 76, 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.bcmd.2019.01.004>
- Mendes, Eugênio Vilaça. (2013). *Las redes de atención de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1), 185-207.
- Merhy, E. E. (2008). *La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/140
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud*.
- Olmedo, J. M., Yiannias, J. A., Windgassen, E. B., & Gornet, M. K. (2006). Scurvy: A disease almost forgotten. *International Journal of Dermatology*, 45(8), 909-913. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2006.02844.x>
- Oxilia, A., Alonso, M., Sel, J. M. del, Chinchilla, D., & Allevato, M. Á. (2020). Escorbuto en el siglo XXI. *Dermatología Argentina*, 26(1), Article 1. <https://doi.org/10.47196/da.v26i1.2068>
- Panel on Dietary Antioxidants and Related Compounds, Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients, Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, & Institute of Medicine. (2000, julio 27). *Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (p. 9810). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9810>
- Pioli, M. N., Alonso, M., Martínez del Sel, J., & Allevato, M. A. (2020). *Escorbuto. Comunicación de un caso y revisión de la literatura*. 106(1).
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Margen*, 66.
- Programa Ciudadanía porteña con todo derecho, Pub. L. No. 1878/2005. <https://boletinoficial.buenosaires.gov.ar/normativaba/norma/81806>
- Regehr, J., Kriwiell, M., Roth, E., & Ofei-Dodoo, S. (2021). A case report of a modern-day scurvy. *Kansas Journal of Medicine*, 14. <https://doi.org/10.17161/kjm.vol1414609>
- Rovere, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

- Sousa Campos, G. W. (2005). El filo de la navaja de la función filtro: Reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 477-483.
- Tembunde, Y., Ge, S., Turney, K., & Driscoll, M. (2022). Scurvy: A Diagnosis Not to Be Missed. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.33050>
- Ticket Social, Pub. L. No. Decreto 800/2008. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/119356>
- Valdés, F. (2006). Vitamina C. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 97(9), 557-568. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(06\)73466-4](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(06)73466-4)
- Villagrán, M., Muñoz, M., Díaz, F., Troncoso, C., Celis-Morales, C., & Mardones, L. (2019). Una mirada actual de la vitamina C en salud y enfermedad. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(6), 800-808. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000600800>
- Wijkmans, R. A. A., & Talsma, K. (2016). Modern scurvy. *Journal of Surgical Case Reports*, 2016(1), rjv168. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjv168>

Las mujeres y el derecho humano a la alimentación: Desde la producción hortícola hasta la olla

Noelia Vera*, Yasmín Dávalos**

INTRODUCCIÓN

La alimentación es un derecho humano (ONU, 2016). Con el correr de los años el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales redefinió el concepto de derecho a la alimentación con el fin de que no se centrara sólo en garantizar la “ausencia de hambre”, sino que pusiera su enfoque en el derecho de todas las personas a una “alimentación adecuada”, haciendo referencia a la importancia de que exista disponibilidad de alimentos en calidad y cantidad suficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales de los individuos, sin sustancias nocivas y culturalmente aceptables. Para esto, la accesibilidad a los alimentos de estas características debe ser sostenible y no debe poner en riesgo otros derechos humanos.

Diversos autores han dado cuenta de una mayor prevalencia y mayor severidad de malnutrición tanto por exceso como por déficit en mujeres, además de un fuerte vínculo entre obesidad y pobreza (FAO,

* Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Departamento de Salud Comunitaria de La Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Departamento de Salud de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM)

** Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

n.d.-b; OPS/OMS, 2017). La malnutrición hace referencia a las carencias, excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca la desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); resultado de una alimentación insuficiente (la falta de vitaminas o minerales importantes); y el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (FAO, 2021).

Tanto en territorios urbanos como en periurbanos, son principalmente mujeres quienes “organizan colectivamente el comer” (Sordini, 2020), además de realizar tareas de cuidado de hijos y personas dependientes, realizan actividades vinculadas al acceso a los alimentos para el consumo de su comunidad, lo cual conlleva una sobrecarga de sus quehaceres (Sordini, 2020). En los campos, la situación de la seguridad alimentaria está vinculada estrechamente a la condición de la tenencia de tierra (Vera, 2022). Según el Dossier Mujeres agropecuarias argentinas (INDEC, 2022), de las 210.664 explotaciones agropecuarias gestionadas por personas, sólo el 20% están a cargo de mujeres, que además se concentran en las de menor tamaño: el 22% gestiona explotaciones agropecuarias de hasta 5 hectáreas. Esto muestra relaciones de poder, y el lugar de subordinación ocupado por las mujeres en el campo y en los territorios periurbanos, donde es habitual que se contrate al “hombre” como peón rural y que sea su esposa quien trabaje sin salario ni ningún reconocimiento (Espejo, 2021).

En las ciudades, la situación de inseguridad alimentaria en la que se encuentran las personas en situación de vulnerabilidad social, conlleva la adopción de una serie de prácticas de aprovisionamiento de alimentos (Clemente, 2016), entre las que se encuentran la creación, el sostenimiento y la concurrencia a comedores comunitarios. Se llama “referentas” a aquellas mujeres que se ponen al frente de comedores comunitarios y con su trabajo permiten su sostenimiento.

Esta ponencia tiene por objetivo visibilizar la importancia del rol de las mujeres en el sostenimiento del Derecho humano a la alimentación adecuada.

LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA ENTRE CANTEROS Y CACEROLAS

Estos escritos surgen a partir de dos instancias de investigación. La primera corresponde a la tesis doctoral de una de las autoras, que se desarrolló en quintas del Gran Luján y Gran La Plata durante el período comprendido entre 2016-2021. La segunda transcurre desde la actualidad en comedores comunitarios del Área Metropolitana de Buenos Aires registrando la experiencia de gestión de la Dra. Noelia

Vera a cargo del Área de Alimentación Sana, Segura y Soberana de la Corporación del Mercado Central de Buenos Aires (CMCBA) hasta el 2023, y continúa acompañando la situación de la seguridad alimentaria a partir de un proyecto de extensión universitaria de la Universidad Nacional de la Matanza.

Tanto en las quintas como en los comedores se desarrollaron talleres con una propuesta de investigación acción participativa, donde se despliegan una serie de técnicas vinculadas a este tipo de metodología y a la educación popular. Además, en ese dispositivo se identificaron a las “informantes clave” a las que se les realizaron entrevistas en profundidad. También se propiciaron conversaciones informales que permitieron reconocer aspectos no considerados inicialmente por las investigadoras. Se presentaron como desafíos la inclusión o no de las niñeces en los encuentros, factores climáticos vinculados a las lluvias fuertes para el acceso físico de los territorios, condiciones de salubridad para cocinar, entre otros.

Un gran número de antropólogos que se dedican al estudio de la alimentación coinciden en que la triangulación de los datos obtenidos mediante los recordatorios de 24 horas con la información dada por las entrevistas y la técnica de observación participante permite reconstruir el patrón alimentario del grupo en estudio (Díaz Córdova, 2010). La herramienta del recordatorio permite conocer el consumo de alimentos y bebidas durante las 24 horas del día anterior a la realización de la encuesta. Este método de recolección de información de ingesta alimentaria es el más empleado en estudios epidemiológicos realizados tanto a nivel nacional como regional, en diferentes países y permitió realizar el análisis de macronutrientes, energía y nutrientes críticos como así también obtener información cualitativa sobre el consumo de los distintos grupos de alimentos, preparaciones y platos realizados en los hogares (Barquera et al., 2003; Ferrari, 2013; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2005). De esta manera se pudo identificar y caracterizar los alimentos que forman parte del patrón alimentario de las mujeres y compararlo con las distintas recomendaciones establecidas en las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA); analizando las correspondencias y tensiones entre los consumos de esta población y su estado nutricional.

Se investiga participativamente entre canteros y cacerolas, mientras se cocina, se cosecha, o se “descansa”, con niñeces escuchando o hablando rápido cuando hay que buscarlos de la escuela. Realizando trabajos reproductivos en las casas, las quintas, las comunidades. Permitiendo el espacio para la pregunta sobre la alimentación, a partir de una receta de tarta, una inquietud sobre un padecimiento corporal, e incluso desde la demanda de un trámite migratorio.

Para facilitar el contacto con la población, en el periurbano del Gran La Plata se creó un “consultorio popular” de nutrición. Funcionó en una sede de la organización gremial Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT), a la espera de que el “boca a boca” facilitase la difusión del dispositivo y la investigación a realizar. Si bien el espacio se encontraba a disposición de forma gratuita y cercana a las familias, no fueron muchas las consultas recibidas. Se decidió crear otro dispositivo, de tipo grupal, con elementos de la Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) y la educación popular. Se desarrollaron 9 talleres de alimentación sana, segura y soberana; que esta vez sí permitieron conocer a la población, sus representaciones sobre los alimentos, su propia alimentación, la salud/lo saludable, división de tareas intrafamiliares, entre otras. A partir de este primer acercamiento a la población. Por medio de la técnica de muestreo denominada bola de nieve fue posible el acceso a una mayor cantidad de personas productoras, en su mayoría mujeres, siendo realizadas un total de 20 entrevistas en profundidad. Para determinar la cantidad de entrevistas que se llevaron a cabo, se utilizó el criterio de la saturación teórica de datos.

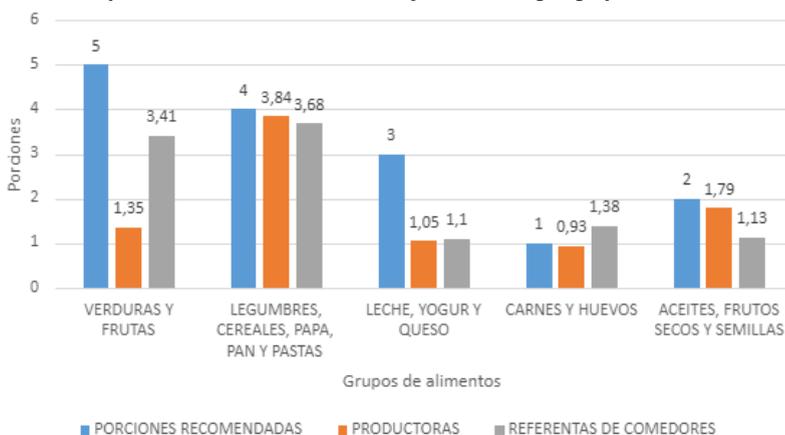
Desde el Área de Alimentación Sana, Segura y Soberana del Mercado Central de Buenos Aires, se realizaron una serie de actividades vinculadas a la educación alimentaria y nutricional, desde Talleres de Alimentación en barrios, una Diplomatura en Alimentación y Cultura Saludable con la Universidad Nacional de San Martín, un stand en Tecnópolis, entre otras. En el marco del Programa de Promotores de Alimentación Sana, Segura y Soberana que funcionó a lo largo de toda la gestión, se realizó una investigación que contó con el financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación, un Salud Investiga en 2021-2022. En la que se monitoreó de la seguridad alimentaria y situación nutricional de referentes e integrantes de comedores del AMBA, que recibían donaciones de frutas y verduras por parte del Mercado Central. Esta investigación utilizó diferentes técnicas: la encuesta “Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria” (FIES) de FAO, entrevistas en profundidad, observación participante y recordatorios de 24 horas. Registrando las representaciones y hábitos relacionados a la alimentación, estrategias de aprovisionamiento de alimentos, y cambios ocurridos en la pandemia. Actualmente se sigue monitoreando la seguridad alimentaria por medio de la FIES, y registrando las estrategias alimentarias que adoptan las referentas en la actualidad.

SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN HORTICULTORAS Y REFERENTAS DE COMEDORES. LAS PRÁCTICAS Y LAS REPRESENTACIONES.

Si bien las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) recomiendan aproximadamente 550g de verduras por día, los estudios indican que su consumo es bajo. Según datos de la 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2018, solo el 6% de la población argentina consume al menos las cinco porciones diarias de frutas y verduras recomendadas, siendo el promedio de consumo por habitante inferior a 2 porciones por día (ENNyS2, 2019; Gai y Veronesi, 2013). En el mismo sentido, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2005) señala que las hortalizas más consumidas registradas son apenas cuatro: cebolla, papa, tomate y zanahoria. Al comparar los R24 de las referentas de los comedores, con los de las productoras hortícolas, se observa que existe una clara barrera en el acceso económico al grupo de leche, yogur y queso en ambas poblaciones. Ya que ninguna está siquiera cerca de cubrir con la recomendación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Por otro lado, a pesar de las hipótesis que pudieran tenerse a priori, la población de mujeres horticultoras presenta un consumo mucho menor del grupo de frutas y verduras que las referentas de comedores populares que asisten al Mercado Central. Una posible explicación que surge del análisis de los recordatorios y su triangulación con las entrevistas en profundidad, sugiere que la fruta es un alimento muy anhelado por parte de las productoras, ya que existe un impedimento no solo económico, sino de acceso físico para poder consumir las mismas. En cambio, las referentas manifiestan haber comido en promedio dos frutas por día, lo cual es facilitado por las donaciones que se dan desde el Área de Acción Comunitaria del Mercado Central de Buenos Aires. Por otro lado, otro grupo que presenta mayor consumo en la población de referentas, está vinculado al grupo de las carnes y huevos. Sin embargo, si bien cuantitativamente, las referentas cubren con la porción recomendada (incluso la exceden), al analizar los tipos de carnes consumidos, y los cortes, se encuentra la presencia predominante del pollo (más precisamente, la alita de pollo), ya que es una donación frecuente en los comedores. No se menciona en ningún caso la presencia de carne vacuna. En cuanto al resto de los grupos de alimentos, los valores de ingestas promedio son similares, aunque resulta pertinente, nuevamente, observar que si bien cuantitativamente se cubre con la porción del grupo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas, el alimento que prevalece y de frecuencia relativa mayor es el arroz, para ambos grupos, seguido por la papa. La presencia de legumbres es prácticamente inexistente. Esto atenta contra la

calidad nutricional, y por lo tanto, es una clara vulneración al derecho humano a la alimentación adecuada, ya que no están garantizadas las condiciones de acceso y estabilidad que son dos de las dimensiones que forman parte de la seguridad alimentaria. Al analizar las representaciones que tanto referentas como productoras tienen acerca de la “bueno y lo malo” para comer, observamos que hay coincidencia en ambos grupos en los alimentos considerados “buenos”, al mencionarse en primer término alimentos que integran el grupo de verduras y frutas, e incluso se menciona la no presencia de agrotóxicos al momento de la producción, evidenciando la visibilización que ha tenido estos últimos 5 años el debate por la calidad y los modos de producir alimentos. En referencia a lo “malo”, si bien todas coinciden en que los alimentos “chatarra”, donde se mencionaron con mayor frecuencia: chizitos, patitas de pollo prefritas, hamburguesas y gaseosas; ambos grupos refieren utilizar este tipo de alimentos como “recompensa”, o también que la salida a comer afuera, cuando se tiene algo de plata sea ir a locales de comida rápida. Asimismo, se observa un consumo elevado de gaseosas y jugos, que al indagar acerca de las razones, las mujeres refieren gran dificultad en el acceso físico a agua segura o embotellada. Los quioscos cercanos ofrecen frías, sobre todo, gaseosas de segundas marcas y cerveza. Un dato que ha llamado la atención de las autoras, es el reclamo conjunto de todas las referentas al grito de “*Nos engordan con fideos*”, haciendo referencia a los alimentos que son entregados en los diversos programas alimentarios.

Comparación entre recomendaciones y consumo según grupo de alimentos



Fuente: Elaboración propia

Las verduras son un alimento caro en comparación a los hidratos de carbono, como las harinas, por lo que es entendible que no sean la primera opción de consumo a la hora de comprarlas: *“Siempre decimos que a los chicos no les gusta la verdura, pero la verdad es que los grandes tampoco estamos acostumbrados”*. Al igual que en las quintas, las familias bolivianas que se proveen de alimentos en comedores comunitarios denostan las verduras en contraposición a otros alimentos: *“Las mamás me dicen ‘no somos conejos, porque nos dan tanta verdura’”*. Estos argumentos se encuentran en consonancia con lo que diversos autores como Patricia Aguirre (2005) denominan “comidas rendidoras”, que son las que aportan gran cantidad de energía por bajo costo y son la elección de las familias en situación de pobreza para poder garantizarse un plato de comida “que llene y que guste”. Si se analiza esto en el marco de la economía alimentaria, se observa claramente que cubrir 1000 kilocalorías con el grupo de las legumbres (de las que se han escogido lentejas y porotos, por ser los más baratos y habituales en la población estudiada) tiene un costo casi cuatro veces mayor que cubrir esa energía con el grupo de los cereales (integrado por harina de maíz, fideos y arroz, siguiendo los mismos criterios de elección). Relevando costos actuales (septiembre 2024) de estos alimentos en distintas bocas de expendio cercanas a la población que forma parte de esta investigación, se obtiene un costo promedio de \$4275,75/kg de legumbres y \$1809,75/kg de cereal, por lo tanto, se observa que aportar 1000 kilocalorías con los cereales nombrados tiene un costo de \$565,54, mientras que hacerlo con legumbres representa \$1353,06; o sea mucho más del doble. Se comparan estos grupos, ya que si bien, difieren en su composición de macronutrientes (las legumbres aportan el doble de proteína que los cereales), su valor calórico es similar, aportando, en promedio 316 kilocalorías en 100 gramos las legumbres y 320 kilocalorías en 100 gramos los cereales. Si este mismo análisis se realiza con el grupo de las frutas y verduras, la diferencia en el aporte calórico determina que el costo de cubrir este valor calórico sea hasta 10 veces mayor, ya que este grupo no aporta calorías, sino vitaminas y minerales. De esta manera, tal como dice Bourdieu, los sectores sociales con menores ingresos reemplazan, con sentido práctico, calidad nutricional por energía barata en tanto comen lo que pueden comprar (Bourdieu, 1999 en Sordini, 2020).

LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS TERRITORIOS

La socióloga Adriana Rofman (2016) señala que el territorio no es sólo un descriptor de la ubicación de los fenómenos, sino que es el resultado de un proceso de construcción social: “el territorio constituye un espacio transformado por la acción de la sociedad, pero

al mismo tiempo marca las condiciones de reproducción de esa sociedad” (Rofman, 2016: 18). Los cuidados también son atravesados, facilitados y condicionados en y por los territorios de productoras y referentas. Caminos anegados por las lluvias, limitaciones en el acceso al agua segura, prácticas laborales, entre otros, inciden en las maneras de organizar los cuidados. Éstos, que comprenden tanto trabajo afectivo como material y a menudo se realizan sin remuneración, son indispensables para la sociedad. Sin ellos no podría haber cultura, ni economía, ni organización política (Fraser, 2020). Se considera de vital importancia poder pensar el cuidado en tanto derecho, trabajo y actividad productiva (Martínez Franzoni, 2005). En las propuestas de talleres y de consultorías nutricionales la cantidad de mujeres que se acercaron a participar siempre fue exponencialmente mayor. Tanto en las quintas como en los comedores se observó que se espera que las madres cuiden a les hijes, incluso cuando ello implica la pérdida del empleo remunerado: “Yo siempre trabajé en casas de familia. Tuve que dejar de trabajar porque mi hijo mayor es adicto y ya no podía cuidar al más chico. Tengo que estar con ellos sí o sí”.

La principal motivación para abrir un comedor es poder facilitar la propia alimentación de les hijes. Cuando la misma no está garantizada y además es posible la organización junto a vecinas y compañeras, el armado de ollas populares, que luego se conforman como comedores comunitarios es una posibilidad certera. En los casos en los que se articula con una organización social ya conformada, que facilite la logística y recursos, muchas veces los comedores comunitarios crecen, cuentan con mayor cantidad de participantes, y lo más importante: se percibe un ingreso por lo que anteriormente se realizaba “gratis”: cocinar y cuidar.

En las quintas, la falta de señal de teléfono e internet, las distancias entre las quintas de compañeres, familiares y amigues, y los costos de remises y vehículos para “salir” de las quintas, inciden en que los cuidados se organicen intrafamiliarmente. Esto significa que recaen principalmente en las mujeres de las familias, especialmente en su rol de madres (Tajer, 2008). Las actividades gremiales de la Unión de Trabajadores de la Tierra en las que participan las productoras cuentan siempre con la presencia de niños, siendo parte de la propuesta de la organización que los cuidados sean compartidos, cuando los hombres forman parte de las familias. De todas formas, los aspectos vinculados a la propia alimentación suelen recaer en las compañeras mujeres, incluso cuando se trata de eventos deportivos, o festivos. En los casos en que la mujer adulta no se encuentra en la quinta (son muy frecuentes los viajes a Bolivia, para visitar a la familia de origen) o está afectada por algún problema de salud, como el caso de una de las

entrevistadas que cursó un embarazo de alto riesgo, estas tareas quedan a cargo de la hija mujer; cuando la hubiere, aunque esta sea mucho menor en términos de edad que sus hermanos varones. Lo mismo se replicará en lo referido a la limpieza, aunque en este ámbito sí se observa una aspiración de que se compartan las tareas entre todos.

Las productoras repiten todo el tiempo que deben “poner el cuerpo”. Se unen por el acceso a la tierra, y se autorreconocen como “el campo que alimenta”. Y si bien los alimentos que producen se consumen en todo el Gran Buenos Aires, y en eso se va la mayor parte de su tiempo, las familias están empobrecidas y sufren de una gran cantidad de barreras de acceso a bienes y servicios estatales de cuidado, como ejemplo al servicio de salud, justicia y educación.

Adriana Clemente (2010) habla de “prácticas de aprovisionamiento” para hacer referencia al “conjunto de desempeños que realizan los grupos convivientes para sustituir los ingresos que no posibilita el mercado de trabajo (formal e informal) dejando a la economía familiar sujeta a un proceso de creciente desmercantilización y en franca dependencia de la política de subsidios y de ayuda social que instrumentan las redes territoriales de asistencia” (Clemente, 2010, p. 9). Las referentas refieren buscar frutas y verduras en el Mercado Central, pan y facturas en panaderías, alitas de pollo y menudos en pollerías o carnicerías. Todas reciben bolsones de productos secos, provistos por medio de cada municipio, escuelas y en el caso de las leches maternizadas, en centros de salud. Además, se amasa el pan cuando esto sirve para el ahorro, si la harina es donada y las cocineras “se hacen” el tiempo. También recorren distintas bocas de expendio de alimentos, en búsqueda de los mejores precios, para “hacer rendir” los ingresos existentes. Los comedores donde se trabajan son en muchos casos el principal espacio por el cual se resuelven las necesidades de alimentación cotidianas propias y familiares.

Buscar “en los volquetes” frutas y verduras que se descartan en el Mercado Central es una práctica que se realiza desde sus orígenes, pero llama la atención la cantidad de personas y quiénes se suman a esta práctica con el gobierno actual: “me dio una cosa ver tantos jubilados, bien vestidos, pero bien vestidos, se venían a meter con sus ropitas limpias en el volquete, y no te dan ganas de meterte ahí, agarramos un poco, pero que se fijen los demás, que haya para todos”. Otra referenta aportó con tristeza cómo una amiga empezó a revolver del descarte de una verdulería. “El otro día pagué 2600 un churrasco. Y uno se arregla, esto ahí, y vas tirando (lo dice señalando a su hijo, que estuvo presente porque no fue a la escuela y no tenía quién lo cuide. Dio a entender por señas que el churrasco se lo comió el hijo nada más y no alcanzó para ella)”. Respecto a la aplicación de

la Escala de Medición de la Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES) propuesta por FAO, es posible observar que la totalidad de las participantes en los talleres este año que han respondido la encuesta, han pasado un día o más sin comer este último año. Lo cual muestra un gran subregistro de la gravedad de la situación de la inseguridad alimentaria en la actualidad en el AMBA, y la falta de políticas que den respuesta a la vulneración de un derecho humano básico.

CONCLUSIONES

Este pequeño texto no llega a dar cuenta de la gravedad de la situación alimentaria y nutricional en la actualidad. Puede observarse cómo la población empobrece y sea habitual el comer menos, o no comer, y que las prácticas de aprovisionamiento de alimentos sean insuficientes para poder cumplir con las recomendaciones del Ministerio de Salud. Es de resaltar que tanto productoras como referentas no puedan cubrir sus requerimientos nutricionales, siendo el grupo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas el único cubierto por ambas poblaciones, con la presencia casi exclusiva de hidratos de carbono de baja calidad.

Las condiciones de vida y la situación alimentaria y nutricional de las productoras son tan invisibilizadas como los trabajos de cuidado que realizan y la importancia de los mismos tanto para sus familias, dentro de la organización social que las nuclea y para la sociedad para la que produce los alimentos.

Es necesario seguir realizando estudios de la situación de malnutrición actual con perspectiva de género, donde se analicen la deficiencia de nutrientes críticos, la obesidad y el sobrepeso, la repartición de los alimentos y de tareas de cuidado vinculadas a la alimentación en los hogares y comunidades, el uso del tiempo, entre otros. También que se analice el territorio y los estigmas que recaen sobre las mujeres cuando son migrantes y pobres. Para poder contribuir a la formulación de políticas públicas que tengan como norte la consecución del derecho humano a la alimentación, desde una perspectiva interseccional que abarque, entre otras cosas, el género, la nacionalidad, la etnia y la edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (2005) Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen. Colección: Políticas Públicas (en coedición con el CIEPP -Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas)
- Barquera, S.; Rivera, J. A.; Safdie, M.; Flores, M.; Campos-Nonato I.; Campirano, F. (2003). Energy and nutrient intake in preschool and school age Mexican children: National Nutrition Survey

1999. Salud Pública de México, 45(SUPPL.4). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003001000010>
- Clemente, A. (2016) La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para su abordaje. Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 6 N° 10
- Díaz Córdova, D. (2010). Patrón alimentario, Cocina y Dieta: definiciones antropológicas desde una perspectiva teórica. Buenos Aires.
- Espejo, S. (2021) Mujeres rurales: “Hoy el feminismo está en las calles, pero en el campo están solas”. Agrofy News. <https://news.agrofy.com.ar/noticia/192516/mujeres-rurales-hoy-feminismo-esta-calles-pero-campo-estan-solas>
- FAO (2021). El estado de la seguridad alimentaria y nutrición en el mundo.
- Fraser, N. (2020). Los talleres ocultos del capital. Un mapa para la izquierda. Traficantes de Sueños. Madrid
- Ferrari, M. (2013). Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas. Dieta, 31(143), 20–25. Recuperado de <https://doi.org/1852-7337>
- Giai, M.; Veronesi, G. (2013). Disponibilidad de alimentos y recomendaciones
- ICBF (2005) Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- INDEC (2022). Mujeres agropecuarias argentinas. Dossier estadístico 2022. En https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_mujeres_agropecuarias_2022.pdf
- Martínez Franzioni, J. (2005) Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales de FLACSO, 2005, volumen 4, número 2. Costa Rica
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) Guías Alimentarias para la Población Argentina.
- ONU, 2016 Declaración Universal de Derechos Humanos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. En https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_03_declaracion_universal_ddhh.pdf
- OPS/OMS. (2017). OPS/OMS. La obesidad, uno de los principales impulsores de la diabetes. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13918:obesity-a-key-driver-of-diabetes&Itemid=1926&lang=es
- Rofman, A. (comp.). (2016) Participación, políticas públicas y

- territorio. Aportes para la construcción de una perspectiva integral. 1ed. Los Polvorines. UNGS.
- Sordini, M. V. (2020) Comedores comunitarios: acceso a los alimentos y preparaciones posibles. Experiencias colectivas en la provincia de Buenos Aires. Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales. Salamanca
- Tajer, D. (2008) Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. En <https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2021/01/Construyendo-una-agenda-de-género.pdf>
- Vera, N. (2022). Alimentación, medioambiente y salud: Prácticas de producción, distribución, preparación y consumo de productores hortícolas agroecológicos del cordón periurbano bonaerense. Río Cultura Ediciones. Buenos Aires

Grupo de trabajo

**Problemas y estrategias colectivas de salud
en los territorios rurales. Aproximaciones
críticas desde la antropología y género**

Coordinadorxs:

Valeria Alonso (Instituto Nacional de Epidemiología, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud – Universidad Nacional de Mar del Plata)

María Eugenia Suarez (ICSOH -CONICET - Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta)

Relato y Experiencia de campo: Cuando la problemática del género no es una problemática

Julia Arregui*

RELATO DE LA EXPERIENCIA: CONTEXTO

Esta experiencia se encuentra enmarcada en una localidad llamada Aguaray (en idioma Chané “Aguada del Zorro”), ubicada al norte de la provincia de Salta, a 400 km de Salta capital. Su población es de 18376 habitantes conformados por diferentes etnias: Chané, Guaraní, Wichí, Chiriguano, Bolivianos (Bolivia se encuentra a 20 km de Aguaray) y “criollos”¹. Aproximadamente el 28% de esta población corresponde a pueblos originarios. Los criollos habitan principalmente sectores urbanos, mientras que en los “parajes”, sectores más apartados del sector urbano, son habitados por pueblos originarios y una minoría criolla.

Mi presencia en Aguaray se debe al Campamento Sanitario organizado por la ESM (Escuela Superior de Medicina) para estudiantes del último año. Los objetivos del Campamento son visibilizar y comprender el PSEAC (proceso salud- enfermedad atención-cuidado)

* Licenciada en Antropología. Docente de la Facultad de Humanidades y de la Escuela Superior de Medicina (ESM) de la UNMDP. Integrante del proyecto de Derechos Reproductivos/no Reproductivos y Perspectiva de género en la Salud Pública. Aportes desde una Bioética Latinoamericana. Jarregui8@gmail.com

1 La misma comunidad llama “criollos” a los “no originarios” fundamentalmente, la salud de los niños/niñas menores de 6 años (peso/talla y vacunación)

de cada comunidad con una perspectiva de determinación social de la salud; fortalecer el aprendizaje situado en comunidad, desde la mirada intercultural, basada en el respeto de la diversidad y promover el trabajo en equipo a través de la convivencia y la articulación con otros actores sociales. Algunas de las actividades que realizan los/las estudiantes en el territorio son encuestas de salud, relevamientos socio sanitarios poblacionales, exámenes de salud, actividades de promoción y prevención, trabajo con actores sociales e instituciones, análisis epidemiológico cualitativo de las comunidades visitadas y por supuesto, articulación con actores sociales de cada región. Son diferentes las provincias y localidades donde los/las estudiantes y docentes trabajan: en la Provincia de Salta, en Tartagal, Santa Victoria Este, Aguaray, Seclantas y Cachi; en Tucumán, Amaicha del Valle y Tañá del Valle; en Catamarca, Santa María; y en Chaco, El Espinillo.

Como antropóloga y docente de la ESM, acompañe a diferentes grupos de estudiantes y realice trabajo de campo principalmente en Aguaray. El primer campamento que se realizó, en 2023, entré en contacto con la directora del Hospital de esta localidad, la Dra. Soledad Perez, y más tarde con las/los agentes sanitarios. Son ellas/ellos los que recorren cada uno de los parajes (sectores rurales) de Aguaray, visitando casa por casa y relevando y a las mujeres, principalmente a las gestantes. En estos parajes las calles son de tierra, se puede observar basura en calles y viviendas ya que en algunos de estos parajes no llega el camión recolector de residuos. El agua no es potable. Camiones transportan agua potable y llenan los tanques (tinacas) que se encuentran en los diferentes barrios. Las viviendas en su mayoría son de un solo ambiente, pisos en su mayoría de tierra apisonada, paredes de barro, muy pocas de ladrillo, techos de chapa, paja o bien tapadas con silo bolsa, y letrinas apartadas de las viviendas, construidas fundamentalmente con estructura de palo y silo bolsa. La cantidad de habitantes por vivienda es variable, pero en su mayoría hay una mujer, generalmente madre, un hombre que generalmente es el compañero/ marido, hermanos o hermanas y niños/niñas. Muchos animales dando vueltas: perros muy flacos (en su mayoría sarnosos), gatos, gallinas, pollos, patos, chanchos. Indagando a las/los agentes sanitarios por las ocupaciones de estos habitantes, me informan que es muy raro que las mujeres trabajen fuera del hogar y que los hombres en su mayoría no trabajan. Lo que antes era trabajo golondrina en diferentes campos, estancias, cerca o lejos de su familia, ahora según los agentes, "el trabajo ha mermado y prefieren cobrar planes sociales y quedarse en su casa". De acuerdo a uno de los últimos relevamientos que se hizo en estos parajes, el 46,6 % de las familias reciben planes sociales.

Acompañando a estos/estas agentes, y yendo casa por casa, fue que comencé mi indagación sobre la problemática de género, ya que según mis observaciones y mis conversaciones con los diferentes sujetos, el género no se constituye como un tema para discutir, para reconocer, para problematizar. Está completamente invisible, pero al mismo tiempo muy presente.

Esto comienza cuando en una de mis primeras entrevistas con dos agentes sanitarios del paraje de Yacuy, paraje conformado por familias en su mayoría Guaraní, y ellos pertenecientes a la misma etnia, se me ocurre preguntarles: ¿hay violencia de género acá en Yacuy? Silencio, entre ellos se observan, y niegan, primero con la cabeza y luego verbalmente. Primer error de la antropóloga. ¿Cómo se me ocurre preguntar semejante idiotez? Entendí que desde mi epistemocentrismo de antropóloga, mujer “blanca” y occidental, mi propia reflexividad colisionó y avasalló a la de los agentes. Cardoso de

Oliveira (1996) diría que hay que entender nuestro mundo, el del investigador, como occidental, construido mínimamente por la superposición de dos subculturas: en nuestro caso la cultura argentina, y una antropológica, aquella en la cual fuimos entrenados como antropólogos y/o científicos sociales. Y es el enfrentamiento entre esos dos mundos lo que constituye el contexto en el cual transcurre el encuentro, la entrevista. Claramente, el choque entre los dos mundos se me hizo evidente. Entendí en ese mismo instante que el problema no es si hay o no hay violencia de género (que en mis observaciones e indagaciones hay y mucha), sino que lo que no se conoce o reconoce es el mismo concepto de género.

Segundo acto: estábamos yendo a visitar familias alejadas de Aguaray. La jornada laboral de ese día iba a ser muy extensa porque debíamos recorrer muchos kilómetros ya que las viviendas estaban bastante alejadas una de otras. Además visitaríamos diferentes estancias de campos, donde familias y hombres que trabajan allí debían ser monitoreados en cuanto a salud y vacunación. En el auto que nos trasladaba iba el chofer, el enfermero, mi amiga Ali agente sanitaria, y yo. En un momento dado, Ali me mira con una sonrisa y dice: *“Contales a ellos (señalando al chofer y enfermero) eso del género que me contaste ayer”*, y se reía. Ali quería que les cuente lo que yo había hablado con ella sobre qué es el género, roles de género, crianzas desiguales, los cambios que se veían en ciudades como Mar del Plata a partir de la conciencia de lucha por la desigualdad de género. Como estaban adelante en el auto, yo lo único que podía ver de ellos eran sus ojos a través del espejo retrovisor. Mientras les “contaba” los ojos se hacían cada vez más grandes. Su expresión al principio de gracia, se fue transformando en asombro y hasta preocupación. Es mucho,

me dije y suspendí la charla. Pero casi la misma respuesta de asombro, algunos con risitas y otros serios, obtuve de otros hombres de diferentes territorios que me escucharon gracias a la insistencia de Ali, que con una sonrisa me pedía que les contara “eso del género”.

Juliana Quirós refiere a que la toma de la palabra por parte de la antropología no se debería restringir a la práctica de publicar conocimiento en instancias comunicativas consagradas académicamente o abiertas. Ella argumenta que podemos y debemos propiciarla en otros momentos de actuación profesional, empezando por los propios procesos de investigación, donde la voz de la antropología puede ser y/o es convocada a modularse en acto. Esto es, en circunstancias de campo en que, “como investigadoras/es —seamos formados o en formación, versados, novatos o estudiantes— nos vemos instalados, invitados, o identificamos la pertinencia de hacer intervenir nuestra mirada o sentido común (antropológicos)” (Quirós, J. 2023: 26). Y ésto es lo que me estaba reclamando Ali, intervención. “Escúchenla, que algo diferente tiene para decir”.

No es mi intención aquí debatir qué es el género, ni las discusiones actuales en torno a este concepto, o a la articulación de género/etnia/clase social, que permitiría claramente entender parte de la situación actual de estas poblaciones, ya sean rurales como urbanas. Lo que pretendo poner en discusión es qué deberíamos hacer como antropólogas/os cuando esta problemática no se reconoce como una problemática en otras comunidades, ni siquiera se conoce claramente qué es el género, mientras una observa que en los discursos y en las mismas acciones, la violencia de género es realmente preocupante. Es preocupante porque afecta indirecta y directamente la salud de la misma comunidad.

Lo primero que se me ocurrió fue proponerle al año siguiente a la directora /gerente del hospital realizar un taller para todos aquellos interesados del Hospital, que refiera al género y a las desigualdades de género, fundamentalmente en salud. La idea de hacer este taller estuvo siempre supeditada a que la directora, que forma parte de esa comunidad y cultura, le resulte interesante e importante de llevar a cabo. Le envié mis escritos y formato del taller junto con bibliografía y le pareció adecuado, interesándose mucho al reconocer conceptos que desconocía como el de *androcentrismo* en relación a la Salud y la fuerte influencia del patriarcado en nuestra cotidianidad y en su cotidianidad dentro del ámbito de Salud.

Y así fue como en mi segundo viaje a Aguaray, frente a los/las agentes sanitarias desplegué mi Power Point con el título Género, Violencia y Desigualdades. Debo confesar que no fue una tarea sencilla para mí, aun siendo docente universitaria hace 18 años. Mientras

iba pasando las diapositivas las reacciones eran variadas: en algunos casos de interés, asintiendo con sus cabezas y preguntando, en otro asombro, y también otra indiferencia. La propuesta de taller, en la cual las/los agentes sanitarios iban a participar realizando una actividad, no la pude plantear ya que el tiempo estipulado fue para exponer el tema y contestar preguntas. Terminé con gusto a poco. Pero enseguida los/las agentes sanitarias debía salir “al campo”, así que decidí acompañar a Nati (no es su nombre real), agente sanitaria de etnia Chané, y su jurisdicción era justamente un paraje donde la mayoría de la comunidad es de la misma etnia, Tuyunti. A la cuadra de haber salido del hospital, Nati considerada una de las agentes sanitarias más introvertida, comienza a relatarme su experiencia personal de violencia de género, con un marido golpeador, y mucho dolor. Y expresándome al mismo tiempo que por supuesto que no es la única, que muchas mujeres como ella atraviesan la misma experiencia, pero me dice que en general “no se dice nada”. Me dí cuenta que mi “charla” había interpelado a Nati y a otras. Me llevó a la casa de una familia donde las dos mujeres, hermanas, nos reciben en su casa (afuera, con una mesa y sillas para sentarnos como es costumbre cuando llegan los/las agentes), 5 niños pequeños jugando y automáticamente nos comienza a contar la historia de su otra hermana que vive al lado, con su marido preso por golpearla y preocupadas por sus sobrinos ya que “no tienen qué comer, no tienen luz, ni agua ni nada”. No son problemas aislados. Estos casos, no son excepciones.

¿ES VÁLIDO INTERVENIR COMO ANTROPÓLOGA?

La producción de conocimiento antropológico, plantea Peirano (1992), puede entenderse como un proceso de confrontación —es decir, de encuentro, de comparación, y de enfrentamiento también— entre la perspectiva y teorías del/a antropólogo/a y las perspectivas y teorías —en general múltiples y en pugna— que este/a encuentra en el campo, es decir, en la vida social misma. Es en virtud de esas confrontaciones que el conocimiento antropológico suele desafiar — cuando no agujerear— los sentidos comunes establecidos, legos y expertos, sociales y académicos.

Viveiro de Castro (2015) expresa esto de una manera elegante diciendo que la antropología es un ejercicio permanente de “descolonización del pensamiento”, porque siempre nos está mostrando que las cosas pueden (y podrían) ser de otro modo a como las imaginábamos. Al invitarnos e invitar a la gente a ver las cosas de otra manera, o a ver “cosas” que no formaban parte de su campo de visión, el discurso antropológico (textual, audiovisual, oral o el que fuera) suele ser un destabilizador de certezas y de sentidos comunes. Y es por eso que

los productos de investigación de la antropología suelen ser, también y en sí mismos, prácticas de intervención en la vida social.

Según Julieta Quirós, "...podría decirse que la intervención es una práctica común para la tradición antropológica en la medida que forma parte de las técnicas movilizadas en su principal medio de conocimiento: la investigación etnográfica" (Quirós, J. 2023:7). El trabajo de campo, como parte de nuestro método singular, requiere disponerse a participar personalmente de los procesos sociales bajo estudio, acompañarlos en su dimensión más íntima y cotidiana, y "ocupar lugares", al decir de Jeanne Favret-Saada (1991: 6), en los sistemas de experiencia, acción y relación social que suponen. Esto nos habilitaría a conocer dinámicas y lógicas de funcionamiento de la vida social a las que difícilmente podríamos aproximarnos mediante otros dispositivos metodológicos, como la estadística, la encuesta o inclusive la entrevista.

También los aportes de la antropóloga Sabina Frederick nos permite comprender la intervención en el quehacer antropológico/ etnográfico, ya que la autora ha propuesto llamar "intervenciones del conocimiento etnográfico", entendiéndolo por ello un conjunto de movilizaciones situadas del conocimiento producido por medios etnográficos, dirigidas a incidir en el curso y dinámica de ciertos procesos y sistemas de acción y relación social (Frederic, S. 2013). Además de conocimiento etnográfico, podemos movilizar, con fines y como herramienta de intervención, los principios epistemológicos y las prácticas metodológicas que organizan la perspectiva antropológica de la vida social, y podemos hacerlo en variados contextos y/o ámbitos de actuación profesional.

Quirós, en su libro titulado *La intervención antropológica* (2023) parte de dos formas de intervenir en la práctica antropológica: una *lavada o higienizada*, en la que se suele entender lo socialmente importante como todo aquello que los protagonistas de una determinada trama social "valoran" y/o portan como "valores"; y otra versión, que es la que la autora reivindica, *fuerte o encarnada*, donde los practicantes de esta versión entienden que lo que importa en cada contexto social es todo aquello que afecta vitalmente a sus protagonistas, es decir, todo aquello que concierne íntimamente a sus experiencias, condiciones y posibilidades de felicidad e infelicidad, bienestar y malestar. Cosas que no necesariamente están puestas —o son pasibles de ser puestas— en palabras, pero sí en acto(s). (Quirós, J. 2023:14).

Considero entonces ser practicante de esta última versión, ya que estamos hablando de la comunidad de Aguaray, donde el contexto social, político y económico está marcado por un patriarcado fuertemente arraigado, provocando enormes desigualdades sociales y violencia de género. ¿Podemos decir que esto afecta vitalmente a la

comunidad, fundamentalmente a las mujeres y niños/as causando infelicidad, malestar? Por supuesto que sí. Entonces, ¿es válida nuestra intervención? Creo que sí. Quizás no podremos resolver el problema, pero posiblemente plantearlo permita visibilizar, y es un paso enorme para una posible transformación. Esta experiencia recién comienza...

BIBLIOGRAFÍA

- Cardoso De Oliveira, R. (1996). El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir. *Revista de Antropología*, 39(1), 13-37.
- Epele, M. E. (2020). Decir el malestar y malestar en el decir en los márgenes urbanos de Buenos Aires. *Revista Colombiana de Antropología*, 56(1), 273-297.
- Favret-Saada, J. (1990). Être affecté. *Gradhiva: Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie*, 8(1), 3-9.)
- Frederic, S. (2022). Las trampas del pasado: las Fuerzas Armadas y su integración al Estado democrático en Argentina. Fondo de Cultura Económica Argentina.
- Frederic, S. (2016). Intervenciones del conocimiento antropológico en terreno militar. *QueHaceres*, (3), 58-69.
- Guber, R. (2017). Conocimiento antropológico, trabajo de campo y patetismo editorial. *Cuestión de escala y tiempo*. World Council of Anthropological Associations.
- Guber, R. (2019). La etnografía: método, campo y reflexividad. Siglo XXI.
- Krotz, E. (2012). ¿Qué se aprende cuando se estudia antropología? *Estudios en Antropología Social*, Online, CAS-IDES, Vol. 2, N° 1: 3-12.
- Peirano, M. (1992). A favor da etnografía. Brasilia: PPAS-UNB. Disponible en: http://www.marizapeirano.com.br/livros/a_favor_da_etnografia.pdf
- Quirós, J. (2021a). ¿Para qué sirve unx antropólox? La intervención antropológica y sus relaciones con la investigación. Córdoba: Museo de Antropología. Disponible en: https://museoantropologia.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/16/2021/04/QUIROS_Para_que_sirve_unx_antropologx-fin.pdf
- Quirós, J. (2022). La intervención antropológica. Una proposición. Colección *Antropología un viajes de ida*. Museo de Antropología. Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Viveiros de Castro, E. (2015). Who is afraid of the ontological wolf? Some comments on an ongoing anthropological debate. *The Cambridge Journal of Anthropology*, 33(1), Spring 2015, 2-17.

La mirada de los profesionales de la salud: desafíos en el abordaje del embarazo en la adolescencia en contextos interétnicos

Ana Barandela*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca reparar en las representaciones sociales movilizadas por profesionales de la salud relacionados a dispositivos que abordan el embarazo en la adolescencia en un hospital del Departamento General Güemes de la provincia de Chaco. Entendemos que es a través de las configuraciones de sentido desplegadas sobre los ‘derechos sexuales y reproductivos’ y sobre las características de las poblaciones indígenas qom y wichí con quienes trabajan, los profesionales orientan las prácticas institucionales desplegadas.

En el plano de las políticas públicas, actualmente en Argentina el embarazo en la adolescencia es abordado fundamentalmente a través del Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), dependiente de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El mismo se implementa desde el año 2018 de manera focalizada en 35 departamentos de 12 provincias seleccionadas, alcanzando a más de 150.000 adolescentes menores de 20 años por alguno de los dispositivos del Plan (Informe Trimestral de Monitoreo Plan ENIA, 2023). La no intencionalidad de un embarazo

* Instituto de Ciencias Antropológicas - Facultad de Filosofía y Letras – Universidad de Buenos Aires (ICA – FFyL – UBA)

queda comprendida por la falla, rotura o no utilización de métodos anticonceptivos (MAC) y también por las situaciones de abuso y violencia sexual.

Los objetivos que fundamentan la intervención del Plan buscan ‘potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos’ a través de brindar información sobre salud sexual, acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria (IVE) o legal del embarazo (ILE), así como mediante la prevención de la violencia sexual y los embarazos forzados. La propuesta para su cumplimentación está estructurada en cuatro dispositivos. Los tres primeros buscan sensibilizar sobre la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia, fortalecer contenidos pedagógicos y facilitar el acceso a los centros de salud a través de consejerías en salud sexual integral.

El cuarto dispositivo está inserto propiamente en el sistema de salud. Sus líneas de acción prevén, por un lado, proveer capacitaciones al personal de salud, y por el otro, la creación de las consejerías. Se espera que estas últimas estén compuestas por equipos interdisciplinarios (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, médicos/as y/o obstetras/as) que puedan ejercer una escucha atenta de los/as adolescentes y brindar asesoramiento para la toma de decisiones informadas. En base a los consensos arribados en las consejerías se lleva adelante la entrega y/o colocación de métodos anticonceptivos (con énfasis en los métodos de larga duración, como el implante subdérmico o el DIU-Dispositivo Intrauterino, dependiendo de la edad de la persona) y/o el acceso a la interrupción voluntaria o legal del embarazo.

Uno de los desafíos con que se encuentran las políticas públicas que abordan la niñez y la adolescencia es la enorme variabilidad de experiencias y formas de transitar estos períodos vitales a lo largo del territorio nacional. M. Colángelo (2003) señala a la diversidad cultural, la desigualdad social y las relaciones de género como las principales dimensiones en que reparar para adentrarse en la complejidad de configuraciones que hacen a sus distintas cotidianidades. En este sentido, los trabajadores de las instituciones – en tanto ‘últimos eslabones’ en el nexo entre las políticas y niños, niñas y adolescentes – suelen advertir estas variaciones en términos de limitaciones y complejidades que emergen en su quehacer profesional.

Por otro lado, las categorías de edad han tenido diferentes significados a lo largo de la historia y en diversas sociedades, evidenciando su carácter social que va más allá de simples divisiones basadas en indicadores biológicos de madurez. Sin embargo, en Occidente, desde la mitad del siglo XX, las categorías de niñez y adolescencia adquieren un significado legal uniformado que promueve la homogeneización de aspectos de la experiencia infantil y juvenil a través del concepto de

derechos. Estas categorías sirven como base para la creación de tratados jurídicos internacionales y legislaciones nacionales que establecen conjuntos de derechos específicos, así como directrices sobre lo que se considera apropiado o no para cada grupo etario. Por ejemplo, y para el caso que nos convoca, existe un amplio consenso social alrededor de la idea de que la maternidad en la infancia o en la adolescencia es una posibilidad que hay que desalentar y prevenir en tanto vulnera los derechos, oportunidades de desarrollo y la integridad físico-psíquica de los niños, niñas y adolescentes.

En esta línea, los resultados de los cinco primeros años de vigencia del Plan ENIA son generalmente celebrados por contribuir decisivamente al descenso de la cantidad de embarazos tempranos hasta en un 50%, reconociéndolo así como un ejemplo de política pública para América Latina y el Caribe (Clarín, 16/04/24; Infobae, 18/08/24). Diferentes sectores relacionados a ideas más 'progresistas' del arco político nacional comulgan con la perspectiva de género y el enfoque en derechos con que se fundamenta el Plan. La promoción de la autonomía en los/as adolescentes sobre la propia sexualidad, mediante la toma de decisiones informadas y con los recursos necesarios a disposición, es uno de los aspectos destacados en este sentido. La vinculación de las maternidades tempranas con la deserción escolar, con una futura inserción en peores condiciones al mercado de trabajo y con la reducción de horizontes de desarrollo personal posibles es otro de los argumentos principales que ven en la disminución del embarazo adolescente una forma de menguar la desigualdad social.

Sin embargo, también existen voces disonantes sobre lo que es apropiado o no en relación a la sexualidad de los/as más jóvenes y que denuncian a los programas que abordan la temática como una forma de inculcar la 'ideología de género' en la niñez y adolescencia. Puntualmente han señalado que el Plan ENIA promueve una iniciación sexual precoz, el aumento indiscriminado de las prácticas abortivas, la hormonización para la transición de género (La Nación, 04/09/24) y hasta una estrategia internacional para el despoblamiento (Infobae, 17/08/24). El supuesto en que se basan estas aseveraciones tiene que ver con el rechazo a la capacidad de autonomía progresiva de los/as jóvenes para la toma de decisiones sobre su propia corporalidad, enfatizando que el programa opera 'a espaldas' y 'sin consentimiento' de los padres.

LOS 'DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS': POR UNA SEXUALIDAD 'SALUDABLE Y SEGURA'

No obstante estos posibles reveses en las arenas políticas nacionales, S. Carrara (2015) señala que asistimos en el mundo Occidental a una transformación mucho más amplia en relación a las características

del dispositivo de sexualidad. Es decir, sobre cómo se concibe la sexualidad de las personas, con qué lenguaje se habla de ella, qué moralidades trae aparejadas y qué tipo de políticas públicas proliferan para abordarla. El autor intuye un movimiento, no sin fisuras, desde un antiguo régimen de sexualidad basado en la reproducción biológica dentro de la pareja heteropatriarcal - como única manera realmente prescrita de ejercer la sexualidad - hacia un nuevo régimen iniciado con el movimiento de liberación sexual de los '60s y asentado en el siglo XXI bajo la consigna de las luchas por los 'derechos sexuales y reproductivos'. Pasan a integrar en la sexualidad prescrita - o 'sexo bueno' (G. Rubin, 1989) - todas aquellas prácticas que se realicen con libre consentimiento y que no impliquen un riesgo para la salud de las personas involucradas. Enmarcada así dentro de los derechos humanos, la sexualidad se desprende de la lógica de las obligaciones conyugales para volverse una dimensión de la identidad de los sujetos y asentarse en '(...) la búsqueda de la realización personal, la felicidad, la salud o el bienestar' (Carrara, 2015:330).

En el plano de las intervenciones políticas, desde el siglo XIX la sexualidad aparecía como preocupación estatal en tanto de la reproducción poblacional derivaban las características biológicas y morales de la familia, la raza y la nación. Actualmente, en las políticas públicas promovidas por las agencias de organismos internacionales, y reelaboradas en los niveles nacionales, las intervenciones sobre la sexualidad se justifican mediante la protección y promoción de la salud física y mental de los individuos. Lo cual implica fundamentalmente educar a los sujetos en el ejercicio responsable de su propia sexualidad, ya sea mediante la prevención de enfermedades transmisibles, el uso de métodos anticonceptivos o sobre la importancia de construir vínculos interpersonales 'sanos' - libres de violencia y coerción -. Ya no tanto pensada como un instinto o una necesidad fisiológica, se apuesta a fomentar la autonomía sexual de los sujetos para que gobiernen esa dimensión de sí mismos de la manera que mejor se articule con sus intereses y deseos.

La centralidad del consentimiento como indicador de sexualidad aceptable trae aparejada una mayor sensibilidad hacia las desigualdades de poder interpersonales, en tanto minan la capacidad de autonomía de los sujetos para decidir si participar o no de determinados encuentros. Siguiendo a C. Sarti (2008), desde la década de 1980', los movimientos por los derechos de las mujeres visibilizaron así la vinculación de la sexualidad con la violencia, resaltando las consecuencias corporales y psíquicas a largo plazo que traen las situaciones de violación y abuso. Las mujeres y las niñas - seguidamente ampliado a los niños, adolescentes y personas homosexuales - empiezan a ser

pensados como sujetos vulnerables en el campo de la sexualidad. En el sentido de que, por distintas circunstancias, no consintieron las prácticas en que se vieron envueltos o bien su consentimiento puede ponerse en duda por ocupar un lugar subalterno en las estructuras de poder – a comparación de un hombre, adulto y heterosexual que tendría mayores posibilidades de imponer su propia voluntad -.

Los profesionales de la salud toman su lugar en la intervención sobre la violencia y el abuso, prestando atención a estos perfiles epidemiológicamente susceptibles y con la responsabilidad de interponer una denuncia legal si se trata de menores de edad. En este sentido, la perspectiva de género marcó significativamente la atención a la violencia en el campo de la salud, efectivizándose su abordaje a través de los dispositivos de salud sexual y reproductiva (Sarti, 2008). Enmarcada entre lo jurídico y lo sanitario, la sexualidad empieza a ser mapeada como una zona problemática de derechos que es sumamente permeable a las violencias y en donde ciertos sujetos aparecen como sus víctimas rutinarias.

‘ESE ES NUESTRO MÁXIMO PROBLEMA, LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES NO CONTROLADOS’

Seguidamente, reconstruimos una serie de representaciones sociales movilizadas por profesionales de la salud relacionados a la implementación del Plan ENIA en el Departamento de General Güemes de la provincia de Chaco. Las mismas están atravesadas por las construcciones de sentido repasadas, que emplazan a la sexualidad en el campo de los derechos, apareciendo la promoción de la autonomía de las niñas y adolescentes como el horizonte de sus intervenciones. Las personas entrevistadas desenvuelven sus prácticas laborales en el marco de una de las instituciones hospitalarias de mayor complejidad del Departamento, la cual recibe pacientes indígenas derivados de múltiples localidades rurales. Una de las representaciones que tienen en común es pensar la llegada al hospital de las jóvenes qom y wichí como ‘los casos más complejos’. Nominadas como ‘las pacientes de la etnia’ o ‘las pacientes del norte’, las perciben como expuestas más frecuentemente a situaciones de violencia y desigualdad, siendo los marcadores étnicos y las tradiciones de sus comunidades uno de los elementos que ‘complejizan’ sus casos.

Entendemos que las representaciones sociales son formas de pensamiento elaboradas y compartidas, hasta cierto grado, por un grupo social. A través de ellas los sujetos interpretan y se apropian de la realidad, a la vez que la construyen activamente en tanto orientan sus acciones mediante estas (Piñero Ramírez, 2008). Si bien están en relación con la experiencia empírica y cotidiana, no son un mero reflejo

conceptual de 'lo real' sino que están socialmente construidas. Los contextos de producción históricos, políticos e institucionales en que tienen lugar van aportando y transformando los significados asociados a problemáticas, situaciones o grupos sociales dinamizando las posibles formas de visualizarlos, clasificarlos, explicarlos y valorarlos. Asimismo, es mediante el conjunto de representaciones sociales que dan forma a lo 'indígena' en un contexto situacional dado que se trazan las fronteras entre un 'nosotros' y los 'otros'. En este sentido, identidad y alteridad guardan una relación conceptual refractaria y de límites cambiantes (Giordano, 2004), en donde las imágenes de unos emergen por medio de un juego de oposición a las características asignadas a los otros.

En primer lugar, el embarazo no intencional en la adolescencia y en la niñez aparece como el 'máximo problema' al que se enfrenta el servicio de ginecología y obstetricia del hospital. Lejos de ser un indicador que fue disminuyendo en los últimos años, perciben una frecuencia cada vez mayor de casos. La tardanza en su detección y la falta de estudios médicos de control son enunciados como las aristas principales que dificultan su abordaje. Del total de las mujeres embarazadas atendidas, ubican que alrededor de un 70% tiene 19 años o menos y que en su mayoría pertenecen a comunidades qom y wichi antes que a la población criolla local.

Entienden que un 'contacto tardío' con el sistema de salud es aquel que se produce pasadas las catorce semanas de gestación. Este límite tiene que ver la figura legal de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en donde se garantiza la intervención hasta esa fecha. Posteriormente, un embarazo puede interrumpirse quirúrgicamente solo si es producto de un abuso sexual y/o compromete la salud de la persona gestante, bajo la figura de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). El 'contacto tardío' deja un menor margen temporal a las pacientes para decidir si continuar o no con ese embarazo, y a los profesionales para disponer de los instrumentos institucionales necesarios que acompañen esa decisión o para concertar derivaciones a otros establecimientos en caso de no disponer de estos últimos.

Para darse una explicación del por qué las pacientes originarias acuden tan tardíamente al hospital, los profesionales encuentran, por un lado, que las distancias geográficas son bastante largas y que no existen generalmente transportes colectivos que hagan el recorrido. Por lo cual, antes que por iniciativa propia o de sus familiares, las niñas y adolescentes 'del norte' suelen llegar a través de derivaciones de los centros de salud de sus localidades cuando ya los embarazos están lo suficientemente avanzados como para que un agente sanitario pueda 'detectarlo'. Por otro lado, encuentran que existe en las

comunidades una inclinación a ‘ocultar embarazos’ – es decir, a no reportarlos – ya que culturalmente la iniciación en la vida sexual activa ocurriría antes que en la población criolla:

Hay mucha promiscuidad sexual en el norte. Dentro de lo que es nuestro ámbito legal muchos son considerados para nosotros abusos. Pero ahí interfiere lo que es la parte de las costumbres, la mayoría son de la etnia. Entonces ellos normalmente por costumbre cuando una chica tiene su menstruación ya se la considera una mujer fértil y bueno. Ahí vienen embarazadas sin control. Se ocultan los embarazos y entra toda una cadena judicial y problema sanitario, para el cual no tenemos abordaje (Servicio de Ginecología, 03-11-22).

Sin embargo, en la narrativa del médico obstetra los sentidos asociados a los particularismos culturales para explicar la diferencia quedan entrelazados con la sospecha de situaciones de abuso sexual. Si bien ambos sentidos aparecen, las interpretaciones relacionadas a la vulneración de derechos tienen un mayor peso antes que aquellas relacionadas a posturas más relativistas:

[Los embarazos] se ocultan por las costumbres, pero primero que nada son producto de un abuso de una persona mayor, un tío, un padre ¿sí? Alguien conocido de la madre, un familiar. No es su pareja. Porque hemos tenido chicas de 12 años que vinieron con sus parejas de 13 años y fue un embarazo y punto. Los dos venían y estaba consensuado todo. Pero son 1 de 20 casos (Servicio de Ginecología, 03-11-22).

En los momentos en que se discute la posibilidad de realizar una interrupción del embarazo, es cuando los profesionales visualizan más claramente a la religiosidad y a la cultura como obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Siendo una buena proporción de las niñas y adolescentes hablantes de lenguas originarias, tal interferencia queda condensada en la figura del intérprete como materialización de las ‘creencias’ culturales:

La mayoría de las comunidades están muy atravesadas por la religión y a veces traducen cosas que nosotras no estamos diciendo... nos hemos dado cuenta. Por ejemplo, tenés derecho a la interrupción... y por ahí del otro lado están diciendo ‘tenés que ser mamá...’ nos ha pasado (Área de Trabajo Social, 03-11-22).

Encima cuando hay traductor es hombre. Ahí yo veo en todas las entrevistas que hemos tenido que hay un sometimiento... suena feo pero patriarcal por así decirte... de un hombre hacia la mujer y muchas

veces no trasmite a nosotros qué es lo que realmente quiere. La mujer dice algo y el señor nos dice otra cosa (Servicio de Ginecología, 03-11-22).

Cabe resaltar que así como existen personas originarias en contra de las prácticas abortivas, también hay profesionales de la salud que mantienen la misma postura. Por ejemplo, al momento de realizar el trabajo de campo, en el hospital había únicamente un médico obstetra que no aludía a la figura legal de ‘objeción de conciencia’ y que garantizaba la interrupción. Este era otro factor que incidía en la necesidad de derivar a las pacientes a otros hospitales distintos, complejizando sus trayectorias institucionales. Asimismo, desde el Área de Trabajo Social encuentran que la decisión de materner tiene una génesis más ‘comunitaria’, y relacionada a situaciones de desigualdad e injusticia social, antes que de las voluntades individuales de las adolescentes:

Hay, hay... hay una fuerte presión de la comunidad para continuar con el embarazo. En general cuando son adolescentes más grandes, hablamos de 15, 16, 17 años, prefieren continuar con el embarazo. Igual siempre se les cuenta sus derechos digamos. (...) Por ahí el Estado no le da otra vía, no le da para estudiar, para trabajar, para estar en el medio del monte ¿Qué van a hacer? (...) Las menores de 13, sabemos y tratamos de transmitir, de que no están preparadas para materner. Por el propio cuerpo son embarazos riesgosos (Área de Trabajo Social, 03-11-22).

Como se desprende del extracto anterior, las modalidades de intervención de los equipos de salud suelen adquirir rumbos diferenciales en función de la edad legal de la paciente. Según el Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994/2014) las personas entran en la adolescencia a los 13 años y van adquiriendo autonomía progresiva conforme crecen. Siguiendo el texto de la ley, paulatinamente incorporan habilidades de comprensión y discernimiento de la realidad para poder tomar sus propias decisiones. Si bien la franja etaria entre los 13 y 15 años está considerada como ‘adolescencia temprana’, y en cuyo caso se propone un abordaje especializado de los embarazos, se entiende que las menores de 13 años son niñas atravesando embarazos forzados, haya o no haya habido consentimiento.

Como revisamos anteriormente, el consentimiento encuentra sus limitaciones en la noción de vulnerabilidad. Siguiendo a Varela y Trebisacce (2023), la vulnerabilidad ‘(...) al combinar una pretensión sociológica, una sensibilidad psicológica y la legitimidad de la lengua legal, se convierte en la (contra) figura en la que se proyectan

los temores y ansiedades en torno a los límites de un legítimo consentimiento sexual' (p. 25). En este sentido, los profesionales sopesan y combinan en sus narrativas dimensiones etarias, legales, culturales, económicas y de género para esclarecer la situación de vulnerabilidad particular de cada paciente, discernir las situaciones de abuso e (in) capacidad de consentimiento y orientar finalmente la dirección de las prácticas institucionales.

Del entrecruzamiento de los discursos por los 'derechos sexuales y reproductivos' y los 'derechos de los niños, niñas y adolescentes', se desprende que el embarazo y la maternidad no son prácticas adecuadas ni previstas para estos grupos etarios, a la vez que pone en primer plano la sospecha escenarios de abuso y violencia. Sin desmedro de esto último, en las representaciones sociales de los profesionales de la salud emerge cierta resignación o tolerancia alrededor de las adolescentes que deciden maternar, fruto de la sensibilización hacia la diversidad cultural y desigualdad social que atraviesan a las poblaciones con quienes trabajan. No obstante, ese relativismo sociocultural desplegado disminuye conforme decrece la edad de la persona gestante, encontrando un claro límite en la noción de niñez en donde ya no resta margen legal alguno de capacidad de consentir.

CONSIDERACIONES FINALES

El horizonte de sentidos que abre la perspectiva de género, la orientación de las políticas públicas vigentes y la cotidianidad de la institución en que se desenvuelven los profesionales, habilitan la visibilidad y 'prenden una alarma sobre' la vulneración de derechos de las niñas y adolescentes, la cual quizás en otra coyuntura histórica no hubiesen sido leídas de la misma manera ni con la misma preocupación. Frente a las situaciones de tensión o complejidad que en algunos casos reviste la dupla consentimiento-vulnerabilidad, recurren al lenguaje del derecho, a las legislaciones disponibles y a los condicionantes sociales de las pacientes para esclarecer los límites del relativismo en situaciones de desigualdad social.

En las problematizaciones sobre el embarazo desplegadas, se entrelazan construcciones de sentido globales en torno a los derechos sexuales y reproductivos con representaciones sociales sobre las poblaciones originarias. Las características y condiciones sociales que atraviesan a las mismas aparecen complejizando la emergencia de 'la autonomía' de las pacientes, por lo cual describen buena parte del objetivo de su quehacer profesional en dar un espacio para que las jóvenes estén en condiciones de decidir qué desean hacer. De todas formas, la falta de una intérprete designada específicamente para esa función, que no solo sea hablante de lengua originaria sino que

además tenga la sensibilidad adecuada y pueda generar un lazo de confianza con las niñas y adolescentes, aparece como el gran limitante del desenvolvimiento institucional.

En esta misma línea, a través de las narrativas de los profesionales se pueden entrever algunas de las complejidades de implementación de políticas públicas de alto alcance en los escenarios diversos en que las niñas y adolescencias tienen lugar. En este sentido, la identificación de las 'pacientes del norte' como la población que más reporta situaciones de embarazo no intencionado, puede estar relacionada con una llegada más tardía, desigual o socialmente inadecuada en el acceso a métodos anticonceptivos y a las consejerías de salud sexual. Asimismo, las distancias geográficas son un impedimento no menor para el seguimiento y sostenimiento de la atención de las poblaciones rurales, poniendo de relieve – más que en otros contextos - la necesidad de descentralización y acción articulada entre las distintas instituciones relacionadas con la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrara, S. (2015). Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 21 (2), 323-345.
- Colángelo, M. A. (2003). La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Mesa: Infancias y juventudes. Pedagogía y formación, Ministerio de Educación.
- Giordano, M. (2004). *Discurso e imagen sobre el indígena chaqueño*. Ediciones Al Margen.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social (2023). Informe Trimestral de Monitoreo Plan ENIA, julio-septiembre 2023. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/materiales-para-equipos-de-trabajo/monitoreo-y-evaluacion>
- Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Chaco y UNICEF (2023). Ruta de Acción. Atención de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/informes/ruta-de-accion>
- Piñero Ramírez, S. L. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de Investigación Educativa*, 7, 1-19.
- Rubin, G. (1989). Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. En: Carole Vance (ed.), *Pleasure and danger: toward a politics of sexuality* (267-319). Routledge.
- Sarti, C. (2009). Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1, 89-103.

- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2019). Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-enia-recorrido-logros-y-desafios>
- Varela, C. y Trebisacce, C. (2023). Entre la movilización feminista y la administración de la justicia: los contornos del consentimiento sexual en debate. *Pasado Abierto: Revista del CEHis*, 17, 10-34.

Cartografías de género y salud en los territorios rurales del sudeste bonaerense

Valeria Alonso*

INTRODUCCIÓN

Los debates acerca de las nuevas ruralidades emergentes en América Latina y Argentina con la profundización del modelo de la agricultura intensiva y el agronegocio globalizado a partir de la década de 1990, identifican distintas orientaciones que van desde los efectos sociales y ambientales del extractivismo hasta las predicciones del advenimiento de una sociedad poscapitalista. Las conceptualizaciones de “los restos del naufragio” y “el agro solidario del futuro”, enunciadas por Hugo Ratier (2018), resumen estas orientaciones diversas. Sin embargo, sostengo que ellas pueden ser dimensiones de un mismo fenómeno complejo, que reúne los estragos del capitalismo tardío en los alimentos, los suelos, las napas de agua y el aire que respiramos, las condiciones de vida, producción y trabajo y las relaciones de género, con los movimientos y redes sociales que resisten desde los lugares cotidianos de la solidaridad comunitaria, la producción agroecológica y la igualdad de género para promover otras formas de habitar los territorios rurales. Estas otras formas de ruralidad recuerdan los modos de vida apoyados en las relaciones de reciprocidad que fueron descritos tradicionalmente por la

* Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS) – Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP)

antropología y que hoy pueden reconocerse en las producciones del ecofeminismo. Desde esta perspectiva, las nuevas ruralidades retoman valores y formas de organización social tradicionales en la diversidad de las culturas humanas que fueron arrasadas por la globalización del capitalismo.

Con esta ponencia, me gustaría contribuir a articular la perspectiva de género y salud en los estudios de las nuevas ruralidades que viene desarrollando la antropología en el país (Balazote y Radovich, 2013), así como a delinear el campo de las nuevas ruralidades, los territorios y el ambiente, las relaciones de género y etnicidad en la Red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA). En ella analizo con enfoque interseccional las dinámicas del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados de las mujeres y las infancias en las condiciones de discriminación étnica, de clase y de género observadas en las comunidades rurales del partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, en los años 2023 y 2024. ** Durante el trabajo de campo etnográfico, emergieron relaciones de discriminación y demandas de visibilización que desbordan la conceptualización de salud restrictiva a la atención biomédica y las relaciones entre los grupos sociales y los servicios de salud. Como conclusión, resitió el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos al hábitat, la alimentación, el trabajo, la no discriminación, la movilidad y recreación como condiciones constitutivas de los procesos de salud y enfermedad.

INTERSECCIONALIDAD Y NUEVAS CONCEPTUALIZACIONES DE SALUD

La perspectiva de la interseccionalidad comprende las relaciones sociales desde la intersección de las dimensiones de la opresión (Crenshaw, 1989). Entiende que la etnicidad y la clase social se sobrepresionan con el género en la generación de relaciones de dominación y subordinación social. Así las mujeres pobres, indígenas, negras o mestizas ocupan los lugares sociales de mayor discriminación, por su condición de género, etnia y clase. En el campo de la salud, el análisis interseccional considera la complejidad de estas intersecciones en la generación de posiciones sociales, relaciones de poder, sistemas de discriminación y subordinación en los que

** El trabajo forma parte del proyecto de investigación “Los efectos de la pandemia de covid-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”, financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación de Argentina, convocatoria PICTO Género 2022-035.

las mujeres y otros géneros viven las experiencias de salud y enfermedad (Couto et al., 2019). El género, la etnia y la clase se sobrepresionan en una dinámica de dominación que tiene efectos en las experiencias subjetivas del proceso de salud, enfermedad, atención-cuidados. Tales formas de opresión y discriminación operan sobre el género y las diversidades, la clase social y la pobreza e inequidad, la etnicidad y las migraciones, la generación sobre niñas, niños y adolescentes y las personas adultas mayores. En el extremo de las relaciones de opresión se manifiesta la violencia contra las mujeres. Ella fue llamada la otra pandemia por su exacerbación durante el confinamiento de 2020. La violencia tiene consecuencias en la salud mental de las mujeres, tales como la depresión, el estrés, la ansiedad generalizada, el consumo de alcohol y otras sustancias (Ariza-Sosa et al., 2021:129).

La discriminación, las microviolencias cotidianas y las violencias de género que pueden llegar a los femicidios en sus manifestaciones extremas, no pueden explicarse en los términos individuales o personales ni agotan su comprensión en las dinámicas familiares. Las formas sociales de discriminación y violencia se inscriben en la violencia estructural que caracteriza a las sociedades occidentales. La violencia estructural conlleva manifestaciones de discriminación que produce efectos en el cuerpo, las emociones, la sociabilidad y las prácticas de las personas, a las que suman dificultades de acceso a servicios y derechos, y la desposesión territorial (Hirsch. Müller y Pérez, 2021:6).

Pero también, desde los lugares sociales de la subalternidad se construyen las territorialidades que se apartan de las formas oficiales de delimitar los espacios geográficos. Se trata de imaginarios sociales que van a configurar los espacios habitados a partir de las experiencias subjetivas y colectivas del vínculo social. Lejos de la cristalización de la dominación, entiendo estos imaginarios según el potencial transformador de las relaciones sociales (Fernández, 2008). Con este trabajo intento visibilizar desde la perspectiva feminista de la interseccionalidad los vínculos sociales que sostienen la vida en los territorios rurales atravesados por las relaciones de discriminación que impone la formación social hegemónica sobre las mujeres, niñas, niños y adolescentes pobres, migrantes. Ello conlleva a reconsiderar el derecho a la salud de acuerdo con la ampliación de la concepción de salud como el cuidado que desborda la aproximación biomédica exclusiva, que se ejerce con la finalidad de sostener la vida cotidianamente en los territorios, desarmar las condiciones de discriminación étnica y social y construir otras formas de relación entre los géneros y con los demás seres en la naturaleza.

APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA COLABORATIVA A LOS TERRITORIOS RURALES DEL SUDESTE BONAERENSE

Con una metodología cualitativa de enfoque etnográfico colaborativo, realizamos entrevistas en profundidad, observación participante y cartografías sociales de las estrategias comunitarias de cuidado de la salud con referentes de organizaciones sociales y redes comunitarias de los barrios rurales que circundan las localidades de Mar del Plata y Batán. Incorporamos las técnicas participativas de la cartografía social para aproximarnos a las etnografías colaborativas (Rappaport, 2007) del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados. Las cartografías permiten construir una matriz colectiva de conocimiento situado (Barragán-León, 2019), acorde a la perspectiva feminista de la interseccionalidad que prioriza el carácter situado de la producción del conocimiento. Los derroteros fueron preparados en entrevistas preliminares con referentes sociales y reuniones con las redes comunitarias. Los mapeos son una producción colectiva de los territorios (Díez Tetamanti, 2017) cuya creatividad escapa de los límites de la cartografía oficial o la informática; parten de la hoja en blanco para arribar a esa construcción colectiva.

En este trabajo analizo las problemáticas emergentes y las estrategias de cuidado de la salud de las redes comunitarias de Batán y la Zona Oeste Rural de General Pueyrredón, al sudeste de la provincia de Buenos Aires. Entrevistamos a sus referentes (13 mujeres y 6 varones) y realizamos observación participante en las reuniones durante el año 2023. Compartimos dos talleres de cartografía social, uno en Sierra de los Padres y otro en El Boquerón. Las cartografías fueron ensambladas y digitalizadas para su devolución ampliada a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS).

Las redes son intersectoriales, están conformadas por asociaciones vecinales, asambleas ambientalistas, movimientos sociales, iglesias, bibliotecas, escuelas, centros de salud y los centros de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). La mayoría de las actividades son realizadas por mujeres. Se organizaron en años anteriores a la pandemia para tratar colectivamente las problemáticas territoriales más urgentes. En las zonas rurales, la segmentación social y la discriminación étnica se conjugan con las condiciones precarias de trabajo y vivienda, el acceso desigual a la tierra, la exposición a agrotóxicos y contaminación del agua, y la vulneración del derecho a la salud y la recreación.

El cordón frutihortícola del Partido de General Pueyrredon rodea las localidades de Mar del Plata y Batán sobre la ruta nacional 88 y las rutas provinciales 226 y 2. Debido a sus condiciones agrícolas, es el segundo más importante de Argentina, luego del de La Plata.

Su producción de frutas y hortalizas abastece los principales centros urbanos del país. Corresponde a la segunda actividad productiva del partido, luego de la pesca extractiva. La actividad frutihortícola es intensiva en fuerza de trabajo, uso de la tierra y capital. Se destaca el trabajo familiar, con predominio masculino pero una importante presencia femenina en las tareas agrícolas: cónyuges, hijas y sobrinas de productores realizan un trabajo invisibilizado como ayuda familiar en las quintas (Alonso y Dalmonico, 2023).

CARTOGRAFÍAS DE GÉNERO Y SALUD EN CONTEXTOS DE DISCRIMINACIÓN

Los habitantes de Batán sienten que existe prejuicio y discriminación que les excluye de los derechos al trabajo, la salud, la educación y la recreación. Esta discriminación está asociada con la presencia de la cárcel federal en la zona y la predominancia de familias migrantes de origen boliviano. La violencia de la discriminación étnica se manifiesta en las escuelas, donde según docentes y auxiliares tienen que reflexionar en forma constante:

“sobre Batán hay un prejuicio que tiene que ver con la población, con que sea población boliviana. Entonces, son bolitas, son de afuera, porque lo vemos en la convivencia de los estudiantes, que tenemos que estar reflexionando todo el tiempo sobre el color negro o marrón de la piel, sobre el trabajo. Por ejemplo, insultos que utilizan..., hay uno que es kispi, que es cosechador de papas... O bolita...” (Plenario grupal, El Boquerón).

Las mujeres tienen serias dificultades para acceder a la justicia puesto que sus denuncias de violencia de género son desestimadas por agentes policiales vecinos o amigos de los agresores. La Red Batán realiza actividades de promoción de la equidad de género y prevención de la violencia junto con el área municipal de políticas de género, los centros de salud y el centro de extensión universitaria:

“las mujeres... dicen que los policías son del barrio y a veces a ellas eso les da desconfianza, porque conocen a sus agresores. Entonces una de las cosas que solicitan es que la policía que esté dentro de la comisaría no sea de Batán” (Plenario grupal, El Boquerón).

Las dinámicas de la discriminación tienen efectos concretos en la salud de las mujeres rurales y sus bebés, en el cordón frutihortícola de Mar del Plata y Batán (Alonso y Dalmonico, 2023). Las mujeres trabajan a la par de los hombres en las quintas donde las familias acceden

a condiciones informales de trabajo conocidas como “porcentajeros”:

“hay veces que en otras quintas apenas tenés el bebé a los dos días tenés que salir si o si a trabajar, si trabajas con patrón o sea a porcentaje” (Delegada, Laguna de los Padres).

Los bebés van con sus mamás a trabajar al campo o quedan en las casas al cuidado de hermanas mayores. Sin un sueldo y realizando un trabajo invisibilizado como ayuda familiar las mujeres rurales afirman: “trabajas igual, das la teta, pero lo tenés con vos. No es que parás, hay muchos menores que están en casa o sea tenés tu bebé, bueno andate a trabajar” (Delegada, Laguna de los Padres).

Las relaciones del trabajo rural también son reproductoras de la violencia machista. En la mayoría de las quintas no tratan con familias trabajadoras a cargo de una mujer sin pareja o sin hermanos varones:

“a las mujeres solas los patrones no les dan trabajo..., porque dicen que las mujeres solas no pueden defender la quinta y ellos pierden” (Delegada, Batán).

Ello genera que mujeres que se encuentran viviendo violencia de género en sus hogares, no puedan dejarlos porque se quedan sin trabajo: “por ahí tenés que aguantar porque si no quien te va a dar trabajo, si vos trabajas de campo y aparte tenés chicos para ir a trabajar a la ciudad, ¿cómo haces?” (Delegada, Laguna de los Padres).

A la vulneración de derechos de las mujeres rurales se suman las dificultades de acceso a los servicios de salud. No solamente las distancias que separan las quintas de los CAPS y el hospital, sino la discriminación étnica y social que atraviesa los efectores de salud. Muchas de las mujeres trabajadoras rurales manifiestan sufrir discriminación en los centros de salud, “por ser paisanas”, “por no saber leer”, por ser migrantes y no entender “porque aquí hablan rápido”:

“yo cuando vine (de Tarija, Bolivia), iba a cumplir 15 años. No entendía nada de lo que decían..., como que de vuelta le preguntaba y no le gustaba, viste” (Delegada, Batán).

El higienismo que predomina en los efectores de salud refuerza la estigmatización de las trabajadoras rurales y se conjuga con los estándares esperados de blanqueamiento de la piel. La obsesión por el lavado de manos contribuye a generar la degradación del trabajo rural, y olvida que es el trabajo agrícola el que provee las bases de la alimentación

en las ciudades. El trabajo en las quintas no sólo está invisibilizado para la gente de la ciudad, sino que está desvalorizado y racializado, en los discursos y en las prácticas de los efectores de salud, con importantes efectos dañinos en la subjetividad de las mujeres rurales:

“por ejemplo hay alguna paisana que trabaja en la verdura, en el tomate, tiene la mano negra, viste. Porque vos agarras y por más que te lavás... Y la ven con la mano así, uf... (Delegada, Laguna de los Padres).

Las relaciones de trabajo en el cordón frutihortícola amparadas en las dificultades de acceso a la tierra que tienen las familias productoras, favorecen un modelo de producción intensivo basado en la aplicación de agrotóxicos que afecta la agricultura familiar, la salud de las familias rurales expuestas en forma directa a la manipulación y respiración de los venenos. Organizaciones sociales, asambleas agroecológicas y la Red Juntos Podemos de la Zona Oeste Rural (ZOR) comparten la preocupación por la contaminación del agua, la exposición a agrotóxicos y la soberanía alimentaria. La red comunitaria de la ZOR se organiza en comisiones que atienden los distintos temas prioritarios para la comunidad: género, transporte, educación, salud. Concretó la iniciativa de visibilizar la violencia de género a través de pintar colectivamente murales en los corredores viales de la ruta 226.

En las escuelas también se evidenció la contaminación de las napas de agua, gracias a un trabajo de la red con la UNMdP. Les referentes comunitarios asocian la exposición a agrotóxicos con problemáticas de salud recurrentes en las escuelas: dificultades en la visión, diagnósticos oncológicos en las familias, especialmente en las mujeres, enfermedades de la piel, respiratorias, convulsiones y epilepsia, embarazos problemáticos, el nivel del padecimiento subjetivo de los chicos y las chicas preexistente pero agudizado por pandemia. Estas problemáticas son trabajadas en conjunto con el Consejo local de Niñez y el CAPS. Destaca en las zonas rurales la ausencia de espacios de reunión y actividades recreativas y culturales, desde un punto de vista que amplía el concepto de salud más allá de la ocurrencia de la enfermedad:

“el no contar con espacios que promuevan, que alojen a los chicos y a las chicas en la posibilidad de la construcción de otras cosas, de relacionarse; esta gran ausencia también tiene un impacto, por supuesto, en los procesos en torno a la salud” (Plenario, Sierra de los Padres).

El trabajo comunitario se despliega en un territorio que se encuentra segmentado social y étnicamente. Conviven en la zona barrios de clase

media, con atracción turística, habitados por familias criollas provenientes de Mar del Plata en muchos casos, y barrios de trabajadores rurales, conformados por familias migrantes de países limítrofes y de provincias del noroeste y noreste de Argentina. Muchas familias hablan quechua, aymara o guaraní; no tienen tanta participación en las redes comunitarias. Les referentes también observan la baja presencia de las masculinidades en los ámbitos de participación comunitaria, las mujeres ocupan el lugar de las mayorías. En la Reserva Natural de Laguna de los Padres, la comunidad multicultural *Kaiu Antu* (Sexto Sol) sostiene un espacio ceremonial y promueve la revitalización lingüística y cultural de los antiguos habitantes de los territorios pampeano y patagónico: el pueblo *günün a küna*. La comunidad comparte algunas actividades puntuales con la red como la defensa de la laguna y recientemente la difusión de la lengua *günün a yajüch*.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones de discriminación étnica, social y de género observadas en los barrios rurales que circundan Mar del Plata y Batán en la provincia de Buenos Aires, conllevan efectos concretos en los cuerpos, las relaciones y las prácticas de cuidado y atención de la salud de las niñas, niños y mujeres. La discriminación también se expresa en la vulneración de derechos en salud y las relaciones abusivas de trabajo y acceso a la tierra y la vivienda de las familias migrantes que habitan el cordón frutihortícola.

Las dificultades de las relaciones interculturales con los servicios de salud han sido objeto de estudio en la antropología de la salud. Eduardo Menéndez (2006) señala que las actividades educativas con perspectiva intercultural en los efectores de salud deben partir del reconocimiento de la existencia de concepciones racistas en la población latinoamericana y el personal de salud en particular. Estas concepciones racistas “operan en gran medida inconscientemente en términos culturales; son parte de una ideología de discriminación y estigmatización que la población no registra en sus actividades cotidianas incluido el personal de salud...” (Menéndez, 2006:60). Esta matriz racista es expresión de la matriz colonial que aún persiste en las sociedades latinoamericanas, y se reactiva en las relaciones interétnicas. La afectación generada por la discriminación como expresión de la violencia estructural propia del racismo colonial deviene extrema en los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidados puesto que ellos comprometen los cuerpos y los momentos fundantes de la condición humana como el nacimiento, la enfermedad y la muerte.

En los contextos rurales, la pandemia paradójicamente amplifica procesos de participación social de las comunidades que articulan

distintas organizaciones populares, movimientos sociales, efectores de salud y educación, y reivindican conceptualizaciones del derecho a la salud que desbordan la aproximación biomédica exclusiva. Estas reivindicaciones del derecho a la salud incluyen las condiciones de no discriminación étnica y social, las relaciones no violentas entre los géneros, el cuidado de las infancias y una convivencia más armoniosa con el medio ambiente con el propósito principal de sostener la vida cotidiana.

El proceso de cartografiado puede abrir la reflexión en torno a diferentes dimensiones de la perspectiva de la interseccionalidad: la composición social de los territorios rurales; las problemáticas de salud emergentes, las formas de construcción del plano común propio de lo comunitario. Los territorios rurales del sudeste bonaerense muestran una fuerte segmentación social atravesada por las dimensiones étnicas, de clase y de género, que se expresa en las presencias y ausencias en las actividades comunitarias. Esta segmentación está territorializada en la distribución geográfica de la zona: por un lado los barrios turísticos de Sierra de los Padres, y por otro, las quintas y los establecimientos rurales que componen el cordón frutihortícola y las canteras de Batán. Las posibilidades de construir estrategias colectivas que trasciendan la discriminación social, por ejemplo desde los efectores de salud y educación, también se encuentran segmentadas étnica y socialmente. Algunos movimientos sociales han logrado aglutinar familias de la agricultura familiar con diversas procedencias, y promueven proyectos propios que en algunos casos son acompañados por la universidad.

Las problemáticas locales emergentes en las cartografías de los territorios rurales del sudeste bonaerense, donde confluyen la discriminación, la violencia de género, la contaminación del agua, la exposición a agrotóxicos, las deficiencias del transporte y la ausencia de espacios recreativos para las niñeces y adolescencias, son coincidentes con las preocupaciones del feminismo a nivel global. Según Mies (2019), la profundización de la crisis económica junto con la desaparición del varón proveedor y el proceso de pauperización de las mujeres genera un vuelco en la mirada feminista hacia aquellas cuestiones menos trabajadas como la revisión del capitalismo, el colonialismo y la alternativa feminista para una sociedad futura.

La construcción del plano común que logramos con las cartografías sobre la base de las relaciones tramadas por las redes comunitarias, nos acerca al concepto de “lo común”, entendido como la posibilidad de nuevas formas de cooperación, que incluyen el reconocimiento, como señala Silvia Federici (2018:280) “del peligro que supone vivir en un mundo en el que ya no tenemos acceso a los mares,

los árboles, los animales ni a nuestros congéneres excepto a través del nexo económico.” Los comedores comunitarios, las estrategias colectivas de prevención de la violencia de género, la salida colectiva en defensa del agua para la vida y la lucha y resistencia contra las fumigaciones son expresiones del plano común en el que se construyen los vínculos sociales solidarios ajenos a la lógica de acumulación del mercado. Son las mujeres en su mayoría las encargadas de construir “los nuevos comunes” para alcanzar formas autónomas de reproducción social que nos protejan del “desastre ecológico” (Federici, 2018:297).

Este giro comunitario es producido en los últimos años desde la academia y el activismo militante feminista como una recuperación teórica de lo común pensando en las posibilidades de mantener relaciones no capitalistas. Las comunidades del compost (Haraway, 2017) que emergen de los desechos del sistema y trascienden el antropocentrismo del capitaloceno pueden devenir “el agro solidario del futuro” que emerja de “los restos del naufragio” (Ratier, 2018). Las comunidades rurales resisten en el sur del mundo al capitalismo patriarcal, imaginan otras formas de vinculación social, promueven la agroecología y la no violencia y el ejercicio de la autonomía, con la participación protagónica de las mujeres.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las y los referentes de las redes comunitarias de Batán y la Zona Oeste Rural de General Pueyrredon, provincia de Buenos Aires, por su participación en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, V. y Dalmonico, S. (2023). El derecho a la salud de las mujeres rurales en el cordón frutihortícola de Mar del Plata y Batán. *Revista Movimiento*. <https://revistamovimiento.com/genero/el-derecho-a-la-salud-de-las-mujeres-rurales-en-el-cordon-frutihorticola-de-mar-del-plata-y-batan/>
- Ariza-Sosa, G. Agudelo-Galeano, J. Saldarriaga-Quintero, L. Ortega-Mosquera, M. y Saldarriaga-Grisales, D. (2021). Crisis humanitaria de emergencia en Colombia por violencia contra las mujeres durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 51(134):125–150. <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v51n134.a06>
- Balazote, AO. y Radovich, JC. (2013). *Estudios de antropología rural*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Barragán-León, A. (2019). Cartografía social: lenguaje creativo para la investigación cualitativa. *Sociedad y Economía*, (36):139-159.

- <https://doi.org/10.25100/sye.v0i36.7457>
- Crenshaw, K. (1989) Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*: 139-167. http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8?utm_source=chicagounbound.uchicago.edu%2Fuclf%2Fvol1989%2Fiss1%2F8&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Couto, M.T.; De Oliveira, E.; Alves Separavich, M.A.; Do Carmo Luiz, O. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15:1-14. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>.
- Diez Tetamanti, JM. (2017) *Cartografía Social: teoría y método. Estrategias para una eficaz transformación comunitaria*. Lugar Editorial.
- Federici, S. (2018) *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Tinta Limón.
- Fernández, AM. (2008) *Las lógicas colectivas. Imaginarios cuerpos y multiplicidades*. Biblos.
- Haraway, D. (2017) Las historias de Camille: los niños del compost. *Nómadas*, 47:13-45. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n47a1>
- Hirsch, S. Müller, IN. y Pérez, LC. (2021) Desigualdades, discriminación y muerte: vivir la pandemia en los barrios qom del Área Metropolitana Gran Resistencia, provincia de Chaco. *Revista de la Escuela de Antropología, XVIII*. Doi: 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.140
- Menéndez, E. (2006) “Interculturalidad, ‘diferencias’ y Antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas”. En: Fernández Juárez, G. (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina*. Antropología de la salud y crítica intercultural. Abya-Yala.
- Mies, M. (2019). Patriarcado y acumulación a escala mundial. *Traficantes de sueños*.
- Rappaport, J. (2007). Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración. *Revista Colombiana de Antropología*, 43:197-229. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105015277007>
- Ratier, HE. (2018). *Antropología rural argentina: etnografías y ensayos*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Grupo de trabajo

Salud y territorio: la producción de cuidados situados

Coordinadorxs:

Gianni, María Cecilia (Subsecretaría Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria, GCBA)

Quattrucci, Cecilia (Subsecretaría Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria, GCBA)

Otsubo, Nancy (Subsecretaría Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria, GCBA)

Grupo de vivienda y hábitat de La boca: sin derecho a la vivienda no hay derecho a la salud

Adriana Armanini*, Carolina Sticotti**, Cecilia Quattrucci***, Georgina Carluccio****, Natalia Correa*****,
María Paula Sabato*****

INTRODUCCIÓN

El Grupo de Vivienda y Hábitat de La Boca (GVHLB) está conformado por vecinos y vecinas del barrio, referentes territoriales y representantes de instituciones y organizaciones sociales y políticas del territorio. Se conformó en el año 2010 y a partir de 2016 se constituyó en una comisión dentro de la Multisectorial La Boca Resiste y Propone (LBRYP).

El objetivo del grupo es generar un espacio de participación comunitaria donde confluyen familias afectadas por la problemática y organizaciones e instituciones sociales que abordan la misma, con el fin de describir en conjunto las problemáticas vividas y avanzar en estrategias comunes, articulando demandas emergentes en torno a las condiciones habitacionales.

El GVHLB surge a instancias de la Red Solidaria de trabajadores y trabajadoras de La Boca, una red de organizaciones e instituciones

* (CeSAC N°9-GCBA) adrianasilviaa@gmail.com

** (CeSAC N°41-GCBA), carolinasticotti@gmail.com

*** (CeSAC N°41-GCBA), ceciliaquattrucci@gmail.com

**** (CeSAC N°9-GCBA) georginacarluccio@gmail.com

***** (CeSAC N°9-GCBA) nataliacorre223@gmail.com

***** (CeSAC N°9-GCBA) paulasabato88@gmail.com

que en el año 2008 realizó un diagnóstico participativo, donde se identificó como prioritario el problema de la vivienda. A partir de allí se acordó que, aunque las instituciones por sí mismas no podían solucionar la situación, la red podía intervenir para favorecer la construcción de una demanda en torno a las condiciones de vivienda por parte de la población. Se definió la necesidad de generar un espacio de participación comunitaria donde confluyeran familias afectadas por la problemática y organizaciones sociales que vinieran abordando la misma, a fin de describir en conjunto las problemáticas vividas, avanzar en estrategias comunes y articular demandas emergentes, en este caso, de necesidades en torno a las condiciones habitacionales.

Con el correr del tiempo el GVHLB se autonomiza de esa primera convocatoria y actualmente se constituye en un espacio de clara referencia territorial para abordar la problemática habitacional. Cuenta con objetivos claros y construye a partir de sus propias lógicas y estrategias. Desde el GVHLB se plantean líneas estratégicas a mediano y largo plazo, y se construye una planificación operativa muy fuerte, así como también se fue desarrollando una metodología de trabajo propia.

A continuación se desarrollará brevemente la particularidad de la problemática habitacional en el Barrio de La Boca, se analizarán las formas de organización del GVHLB haciendo énfasis en las diferentes acciones que se realizan en el territorio y la forma en que se aborda la determinación social de la salud. Luego se analizarán algunas de las tensiones y efectos que el GVHLB ha atravesado a lo largo de los años para cerrar con reflexiones y desafíos actuales del grupo.

EL BARRIO DE LA BOCA

La Boca es uno de los barrios más reconocidos y reconocibles de la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, detrás de esas imágenes pintorescas y turísticas se esconden profundos procesos de transformación urbana que se vienen produciendo desde hace más de cuatro décadas, y con ellas, procesos de resistencia social a las mismas.

Desde sus primeros asentamientos en el siglo XIX, el “Conventillo” fue el centro de la vida boquense, “sobreviviendo” más de un siglo y siendo protagonista de la epidemia de Fiebre amarilla, el surgimiento de diferentes movimientos sociales y políticos, la huelga de inquilinos, entre otros hitos históricos del siglo XIX y XX. Más allá de su “romantización” y emplazamiento como hito turístico, el conventillo sigue siendo aún en la actualidad una de las principales respuestas habitacionales para las personas que viven en La Boca.

Hacia fines del Siglo XX el barrio de La Boca, empieza a ser escenario de un fuerte abandono y, al mismo tiempo, centro de diferentes

políticas sociales y urbanas (muchas fruto de luchas sociales y otras propias de cada tipo de gestión local y nacional) que gestaron cambios y contradicciones en las condiciones de vida y en las formas de habitar el espacio urbano. Entre ellas se destacan: obras para el control de inundaciones¹, declaración de la zona como de “interés turístico y valorización patrimonial”², inauguración de la autopista Buenos Aires-La Plata.³, programa RECUP-BOCA⁴, Operatoria 525⁵, Programa de Rehabilitación del hábitat de la Boca⁶, Ley No 341 y el Programa de Autogestión de la Vivienda⁷ y la Ley 2240⁸.

Hacia el año 2007, se despliegan nuevas políticas que, en el caso de La Boca, aceleran un proceso de transformación urbana caracterizado por la expulsión de los sectores populares del barrio y el asentamiento de otras de un nivel adquisitivo mayor. Diversos autores han conceptualizado este proceso con diferentes nombres como “renovación urbana” o “gentrificación” (Guevara, 2011; Herzer, 2008; Di Virgilio, 1999), pero todos coinciden en que dicho proceso está ligado a tres grandes movimientos:

1. La puesta en marcha de nuevas reglas, regulaciones, programas y micro políticas que, desde una perspectiva puramente económica, ponen a la ciudad “en valor”.

1 Obra realizada con fondos del BID, que implicó una solución para las inundaciones producto de las sudestadas y una clara mejora de la habitabilidad

2 Esto abre la puerta a inversiones públicas y privadas

3 Más allá del lugar “de paso” que la subida de la boca implicaba, dio lugar a la creación, años después, de nuevos espacios de respuesta popular a la falta de vivienda como la creación del asentamiento Lamadrid debajo de la Autopista.

4 Se proponía la construcción de viviendas en terrenos fiscales (como por ejemplo, los de Casa Amarilla), y utilizarlas para relocalizar a las familias de conventillos, inquilinatos y viviendas que se consideraban irrecuperables o que se encontraran en situación de hacinamiento crítico, mientras que se avanzaba en la rehabilitación de los inmuebles que se consideraran recuperables.

5 Operatoria especial para la compra de los inquilinatos por medio de créditos individuales o mancomunados, lo que significó una respuesta al problema de tenencia de muchos conventillos (muchos de ellos en herencia vacante), pero no dio respuesta a los problemas de hacinamiento y de déficit estructural de las viviendas.

6 Incorpora todos los inmuebles de la CMV (actual IVC) en una misma órbita y estipula un programa general de rehabilitación del hábitat.

7 Estipula créditos para cooperativas de construcción de viviendas.

8 Declara la Emergencia Urbanística y Ambiental, en lo que hace a la vivienda, servicios, equipamiento, espacios verdes y de actividades productivas, al polígono delimitado por las Av. Regimiento de Patricios, Av. Martín García, Av. Paseo Colón, Av. Brasil y Av. Pedro de Mendoza. Estipula entre otras medidas, la creación de una Unidad Ejecutora del Programa de Recuperación Urbanística y Ambiental del barrio La Boca.

2. Reinversión de capitales por parte de los poderes políticos y los actores inmobiliarios privados.
3. Resurgimiento comercial o surgimiento de nuevos usos del suelo urbano y su consecuente aumento del valor del suelo y de las propiedades.

En este contexto, en el Barrio de La Boca se ponen en marcha diferentes procesos que tienen entre otras consecuencias, la intensificación de los desalojos forzosos⁹ de viviendas familiares. La causa más directa de dichos desalojos puede ser judicial (por reclamos de herencias vacantes, creciente interés de dueños que antes no reclamaban las propiedades, o por dificultades de pago por aumentos de precios de los alquileres), administrativa (por clausura ante riesgo de derrumbe o por incendios). Cabe señalar algunos procesos de transformación en el barrio en las últimas dos décadas:

- Inauguración del espacio “Usina del Arte” y puesta en marcha de obras de espacio público tendientes a recuperar el “Barrio”, entre las que se destacan la mejora de las veredas, la reforma del paseo de la Rivera, la modificación del espacio bajo autopista conocido como “Dique O”, entre otras.
- Congelamiento al ingreso de nuevos beneficiarios y las compras de terrenos en el marco de la Ley N°341.
- No reglamentación ni puesta en marcha de la ley 2240.
- Inauguración de Bus turístico que cuenta con un largo tramo por puntos icónicos del Barrio de La Boca.
- Sanción en el año 2012 de La Ley N°4353 del Distrito de las Artes que rige para un polígono que, si bien abarca más manzanas que el barrio de la Boca, cubre a este en su totalidad. Entre otras medidas, estipula la exención impositiva por 10 años a espacios que se radiquen con fines artísticos. En su artículo N°29 también estipula la creación de un órgano específico para facilitar la permanencia de las familias con vulnerabilidad radicadas en la zona. Dicho artículo es el único que no se encuentra reglamentado ni en funcionamiento.
- Decreto 690 – Que crea los lineamientos para el acceso a

9 El desalojo forzoso es “el hecho de hacer salir a personas, familias y/o comunidades de los hogares y/o las tierras que ocupan, en forma permanente o provisional, sin ofrecerles medios apropiados de protección legal o de otra índole ni permitirles su acceso a ellos”. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general No 7 (1997), sobre el derecho a una vivienda adecuada: los desalojos forzosos).

subsidio habitacional para personas en situación de calle y en emergencia habitacional¹⁰.

- Venta de terrenos de “Casa Amarilla” al Club Boca Jrs.¹¹

Si bien efectivamente muchas de estas iniciativas, obras y procesos pueden ser beneficiosos para la vida del barrio, al no verse acompañados por políticas puntuales de acceso a la vivienda, deriva en la expulsión de las familias. Es por ello que un amplio espectro de organizaciones sociales, políticas e instituciones buscan visibilizar la situación de déficit habitacional en el barrio de La Boca. Es en este marco que se realizan las diferentes iniciativas del GVHLB. Más allá del trabajo diario de acompañamiento, que desde el inicio del grupo lleva acompañando más de 300 desalojos, y de diversas movilizaciones reivindicativas, artísticas y performativas, se destacan en este punto dos hitos. Por un lado, la presentación en el año 2017 del Caso de La Boca frente al Tribunal Internacional de Desalojos¹² (obteniendo fallo favorable en el año 2018), lo que significó una serie de recomendaciones para el GCBA y diversos actores involucrados en la temática. Por otro lado, la presentación de un amparo colectivo en el año 2019 frente a la justicia contenciosa administrativa y tributaria de la Ciudad, para la efectiva implementación de la Ley N°2240 y el artículo 29 de la Ley del Distrito de Las Artes. Este último se encuentra en pleno proceso judicial y constituye una de las principales estrategias actuales.

Es en este marco que se realiza el trabajo del GVHLB. A continuación delineamos con más profundidad dichas estrategias y la organización y funcionamiento del grupo.

10 Si bien la medida data de 2006 ha sufrido varias modificaciones y es, en la actualidad, la única “ayuda” que tienen las familias en situación de desalojo (aunque en muchas ocasiones sólo se cobra una vez que el desalojo ha sido efectivizado).

11 Dichos terrenos también conocidos como “los campitos” estaban siendo utilizados como espacio verde, pero fueron adquiridos por la Ciudad en la década del '80, con la finalidad de construir vivienda. El club Boca Jrs. accedió a dichos terrenos sin la autorización de la Legislatura de la Ciudad por lo que la venta se judicializó. Allí existe el proyecto de construcción de un nuevo estadio, aunque dado el proceso judicial por el momento sólo se encuentran cercados, generando una privatización de un espacio que hasta hace unos años era público.

12 El Tribunal Internacional de Desalojos (TID) es un tribunal popular y de opinión, que fue establecido en 2011 por la Alianza Internacional de Habitantes (AIH) y organizaciones sociales durante las Jornadas Mundiales Cero Desalojos y que tiene por finalidad analizar y cuestionar de manera práctica e interactiva casos de desalojos forzados que tienen lugar en distintas partes del mundo.

EL GRUPO DE VIVIENDA Y HÁBITAT DE LA BOCA RESISTE Y PROPONE

La característica que identifica la forma de trabajo del GVHLB es la articulación intersectorial entre organizaciones, instituciones del barrio y vecinos, marcada por una fuerte organización horizontal. Es decir, que si bien el grupo surge a instancias de una red de trabajadoras y trabajadores, luego se autonomiza constituyéndose en un espacio de clara referencia territorial para abordar la problemática habitacional.

El principal espacio de encuentro son las reuniones semanales, las cuales se sostienen ininterrumpidamente¹³ desde 2010 y las asambleas de vecinos que se organizan regularmente, especialmente ante situaciones críticas o que requieren de un consenso mayor. Por su parte, el GVHLB también desarrolla mucha de su tarea en intervenciones puntuales en el territorio. Algunas de estas tienen un carácter más sistemático como los acompañamientos ante desalojos, incendios o deterioros de las viviendas. Otras suelen ser intervenciones más esporádicas pero que requieren de seguimientos a largo plazo como los acompañamientos en gestiones de regularización dominial o gestiones comunitarias de recursos para mejoras de viviendas. Por último, el GVHLB también realiza acciones de reclamo y visibilización sobre la temática, tomando el arte como forma de denuncia de las problemáticas del barrio. Ejemplo de esto son los más de 40 murales que se encuentran en sitios emblemáticos del barrio.

Es posible sostener que el GVHLB construye a partir de sus propias lógicas, objetivos y estrategias metodológicas; contando con una planificación operativa fuerte. A lo largo de este tiempo se fue dando un proceso de comprensión, aprendizaje y acción sobre la temática; tanto a nivel global (entendimiento de los procesos urbanos y económicos que se fueron dando a nivel de la CABA y a nivel nacional) como local (comprensión de las especificidades de los cambios urbanos en La Boca), y a nivel teórico (apropiación de conceptos como “gentrificación”) como práctico (identificación de los desalojos e incendios como principal indicador de la gentrificación en el barrio).

A grandes rasgos, se pueden identificar cuatro estrategias de funcionamiento del GVHLB:

- *Incidencia/demanda a los tres poderes del Estado de la Ciudad.*
Esto se expresa en la motorización de distintas mesas de

13 Si bien durante el periodo de Aislamiento durante la pandemia no se sostuvieron reuniones, el equipo siguió trabajando coordinado y fue impulsor de creación de redes comunitarias para el abordaje de la pandemia y motor de la implementación de dispositivos específicos de diagnóstico y detección de casos de COVID en el barrio.

trabajo, proyectos de ley y en la judicialización de cuestiones ligadas al derecho a la Ciudad y la vivienda

- *Intervención en territorio.* Como se mencionó más arriba, una de las principales tareas que lleva adelante el grupo son las actividades puntuales que se realizan en el barrio: asesoramiento y articulación de recursos ante desalojos e incendios, acompañamiento en gestiones de regularización dominial; gestión colectiva de refacciones en viviendas, etc.
- *Sistematización y capacitación.* El grupo considera importante poder producir información y conocimiento del tema, por lo que se realizan, en la medida de lo posible, producciones de documentos, mapeos, y otros recursos, así como también se llevan adelante instancias de capacitación interna y para otros actores (vecinxs, organizaciones, equipo de salud, etc)
- *Acciones de visibilización y denuncia.* Tal como se explicó más arriba, una de las principales estrategias tiene que ver con utilizar el arte como forma de visibilizar y denunciar las condiciones del barrio. Además se intenta participar en jornadas, foros, etc.

Un punto interesante para destacar tiene que ver con la diversidad de tareas y roles que toman los diferentes actores que participan del grupo. En relación al sector salud, una de las principales tareas tiene que ver con ser articulador y receptor de parte de la demanda en las situaciones de vivienda (cuando surgen por ejemplo, en instancias de consultas de salud). También son un actor importante en lo que refiere al acompañamiento de situaciones específicas del sector (informes sociales, resumen de historia clínica, articulaciones con segundo y tercer nivel) que requieren muchas veces acciones para disminuir barreras de acceso a la salud. Además, el sector salud suele motorizar las tareas de registro y la sistematización de los casos, poniendo foco en el impacto que la problemática de vivienda tiene en la salud integral de las personas.

Por otro lado, otros actores comunitarios, además de ser también articuladores y receptores de parte de la demanda en las situaciones de vivienda; muestran su importancia al poder realizar acompañamientos ante situaciones específicas desde un lugar de simetría, propio de la solidaridad de las comunidades, y, sobre todo, tienen capacidad de movilización política y de denuncia, allí donde los actores gubernamentales e institucionales no pueden actuar.

REFLEXIONES FINALES

Como fuimos mencionando a lo largo del trabajo, el GVHLB es un espacio de organización territorial y de fuerte articulación intersectorial,

lo cual redundando en su sustentabilidad a lo largo del tiempo y le imprime su potencia transformadora. Sin embargo, la complejidad producto de la articulación intersectorial y su horizontalidad traen consigo, tanto fortalezas como tensiones y desafíos que surgen en la interacción entre actores diversos.

Entre las principales fortalezas que tiene el grupo se pueden destacar, en primer lugar, la posibilidad de abordar la problemática integralmente. Los efectores de salud en general, trabajamos las consecuencias que generan los “determinantes” en la salud de las personas. Sin embargo, desde el grupo de vivienda y hábitat consideramos que no es posible mejorar la salud de las personas si no se modifican aquellos procesos estructurales y locales que determinan las condiciones de vida, es decir, se trata de trabajar directamente sobre la determinación social de la salud.

La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general (Breihl, 2013: 20).

En esta relación dialéctica como grupo nos ubicamos a nivel de la dimensión particular, a través de la organización territorial, local y nos organizamos para incidir sobre la dimensión general exigiendo políticas que garanticen el derecho a la vivienda y que se frenen los procesos de expulsión de los habitantes históricos de La Boca.

Otra potencia que tiene el GVHLB es la posibilidad de que exista una participación real de todos los actores sociales involucrados, lo que le otorga una fuerte legitimidad territorial de las acciones desarrolladas y además abre la posibilidad de poner los saberes de cada actor al servicio de los objetivos del grupo. Al mismo tiempo, en la interacción se generan espacios de aprendizaje y se desarrollan nuevas estrategias de acción.

Por otro lado, respecto a las tensiones a las que nos enfrentamos, estas suelen estar ligadas a las distintas lógicas que tiene el trabajo comunitario a diferencia de las lógicas que tiene el trabajo en instituciones. Por ejemplo, a nivel práctico pueden identificarse ciertas “disputas” por el significado de la “Salud integral” expresadas sobre todo, en las distintas formas de ver que tareas debe (o debería) hacer un efector de salud y las disputas en torno a si el derecho a la vivienda debería formar parte de su ámbito de intervención. En este punto, se hace visible la fragmentación del sistema y las dificultades que emergen al empezar a pensar la vivienda como derecho en vez de verla como mercancía. Por último, poder construir en horizontalidad entre actores sociales con trayectorias, saberes e inserciones muy diversas, requiere de una fuerte

vigilancia epistemológica y de la necesidad de flexibilizar la noción del “saber experto”: requiere ir más allá del concepto de interdisciplina y de disciplina y generar estrategias de convivencia entre las distintas pertenencias y los saberes propios de cada sector. Como trabajadorxs de salud, la definición de los límites del rol profesional está en tensión constante. También esa tensión se da en una comunidad organizada, como la del barrio de La Boca, que nos interpela, nos desafía y nos demanda un compromiso con las luchas locales.

Por último, quisiéramos mencionar algunos efectos del proceso de organización y participación. Por un lado, el seguimiento sostenido de la problemática en el barrio, ha ido generando un reconocimiento y construyendo referencia por parte de los vecinos, así como un reconocimiento de parte del Estado de la emergencia ambiental y urbanística del barrio. Por el otro, creemos que la organización funciona como una estrategia de cuidado para la población y también para los trabajadores y militantes territoriales. En este sentido, sostenemos que el hecho mismo de organizarse, generar redes, fortalecer lazos y compartir la pertenencia a lo local construye salud.

Para cerrar no queremos dejar de mencionar el desafío que representa para el equipo el actual contexto político, de crisis económica y de recrudescimiento del avance sobre las propiedades de La Boca y sobre los vecinos y una expansión de los negocios privados en el barrio. Este contexto, se traduce en más desalojos, un mayor uso de la fuerza pública y menor acceso a recursos del Estado para asistir a las familias desalojadas, todo lo cual redundará en una tendencia al empeoramiento de las condiciones de vida de los vecinos del barrio.

BIBLIOGRAFÍA

- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(Supl 1): S13-S27.
- DI Virgilio, María Mercedes (1999). “El proceso de renovación del barrio de La Boca”. *Revista Carta Económica Regional*, No 67, julio-agosto. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad de Guadalajara, Guadalajara.
- Guevara Tomás Alejandro. (2011). La ciudad para quién?: políticas habitacionales y renovación en La Boca. *Cuaderno urbano*, 11(11), 81-99. Recuperado el 16 de julio de 2018, https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-36552011000200004&lng=es&tlng=es.
- Herzer, Hilda (2008). “Acerca de la gentrificación”. En: HERZER, Hilda (Organizadora) (2008). *Con el corazón mirando al sur*.

Transformaciones en el sur de la ciudad de Buenos Aires. Espacio Editorial, Buenos Aires.

NACIONES UNIDAS, «Desalojos forzosos» Folleto informativo No 25/Rev.1 Naciones Unidas, 2014. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-25-rev-1-forced-evictions-and-human-rights>

TRIBUNAL INTERNACIONAL DE LOS DESALOJOS (2017).

“Caso de Argentina, Buenos Aires: Desalojos y gentrificación en el barrio histórico y turístico La Boca”. Casos de Desalojo. 6ª Sesión. Recuperado de: https://esp.tribunal-evilctions.org/tribunal_internacional_de_los_desalojos/casos_de_desalojo/6a_sesion_2017/caso_de_argentina_buenos_aires_desalojos_y_gentrificacion_en_el_barrio_historico_y_turistico_la_boca

Tensiones en el trabajo territorial en el primer nivel de atención en el Barrio de La Boca

Adriana Armanini*, Georgina Carluccio**, Patricia Coronel***, Natalia Correa****, Nora Giuliodibari*****

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud y Acción Comunitaria N°9 (CeSAC N°9) es un centro de atención primaria de salud ubicado en el Barrio de La Boca, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Perteneció al Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (APHGACA) y depende administrativamente de la Dirección General de Atención Primaria (DGATP) del Ministerio de Salud de la CABA.

El barrio de La Boca es uno de los barrios más reconocidos y reconocibles de la CABA. Imágenes de sus lugares más icónicos aparecen en todas las postales de Buenos Aires. Sin embargo, detrás de esas postales se esconden profundos procesos de desigualdad, vulnerabilidad y transformación que lo hacen foco de distintas intervenciones institucionales y estatales y también de diferentes procesos de resistencia social a las mismas.

Para poner en contexto el marco en el que se da la atención de salud y el trabajo territorial, es necesario recordar que el barrio de

* (CeSAC N°9-GCBA) adrianasilviaa@gmail.com

** (CeSAC N°9-GCBA) georginacarluccio@gmail.com

*** (CeSAC N°9-GCBA) patocoronel2005@gmail.com

**** (CeSAC N°9-GCBA) nataliacorrea223@gmail.com

***** (CeSAC N°9-GCBA) nlgiuliodibari@gmail.com

La Boca está ubicado en la Comuna 4, en la zona sur de la CABA. En comparación con el resto de la Ciudad, presenta indicadores que dan cuenta de una situación de mayor vulnerabilidad. Para poner algunos ejemplos significativos, en el año 2019, la Comuna 4 presentó la tasa de mortalidad infantil y mortalidad neonatal más alta de la ciudad (11,7/1000 nacidos vivos contra 7,7/1000 de la Ciudad). Además, dicha comuna cuenta con un mayor porcentaje de pacientes con cobertura pública exclusiva (36% contra el 20 del promedio de CABA), presenta un mayor porcentaje de hacinamiento en relación al total de la CABA (16,3% vs 7,8%) y es la segunda comuna con mayor porcentaje de hogares con NBI. Por otro lado, el barrio de La Boca, se encuentra declarado en emergencia urbanística y ambiental en lo que hace a vivienda, servicios, equipamiento, espacios verdes y actividades productivas, de acuerdo a la Ley N° 2240 del año 2006.¹ A pesar de estos marcados componentes de desigualdad, el barrio tiene una fuerte historia y tradición de lucha y organización popular que ayuda a contrarrestar y combatir las condiciones de desigualdad estructural (Carluccio et al., 2022).

Con respecto al CeSAC N°9, es importante señalar que su área de responsabilidad abarca 112 manzanas, con una población total de 15.660 personas, de las cuales 8105 corresponden a mujeres y 7555 a varones. De ese total de población se estima que el 37,5% tiene cobertura de salud pública exclusiva, considerándose esta la población priorizada (Portal APS en RED BA, 2024). En el año 2023 se realizaron en el CeSAC N°9 32.572 consultas correspondientes a 8186 pacientes, y 1352 actividades comunitarias. Se registró atención en 1374 personas con ECNT, 2680 mujeres en edad reproductiva (Portal APS en Red BA, 2024).

Además de la atención individual y grupal de cada disciplina, desde el año 2009, el equipo adoptó una organización del trabajo basada en el modelo de equipos de referencia con apoyo especializado matricial, (Sousa Campos, 2001) lo que dio lugar a distintos tipos de atención interdisciplinaria.

Actualmente, el equipo de Salud del CeSAC está conformado por distintas disciplinas de planta permanente, tanto de especialidades médicas como de otras especialidades de salud y de ciencias sociales y es también sede de formación y rotación de distintas residencias.

A continuación, se hará un breve recorrido por los principales hitos históricos del CeSAC y su comunidad y la forma en la que el trabajo

1 Uno de los indicadores en los que este problema se expresa con más fuerza es en los desalojos forzosos. Para el año 2023 los procesos de desalojos en el barrio ascienden a más de 272.

territorial se fue expresando en cada uno de esos momentos; se identificarán los diferentes actores, sus visiones sobre el trabajo territorial y las tensiones que emergen en el encuentro de los mismos. Por último, se explicitarán las estrategias de gestión que se utilizan para abordar dichas tensiones y se delinearán algunas reflexiones finales.

EL CESAC N°9 Y EL BARRIO DE LA BOCA: ALGUNOS HITOS EN MÁS DE 35 AÑOS DE HISTORIA

Desde una perspectiva histórica, el equipo de trabajo fue atravesando diversas etapas en relación a su forma de organización interna y a sus maneras de intervenir y pensar la atención de salud. Consecuentemente, en cada uno de esos momentos es posible rastrear diferentes modos de abordar el trabajo territorial. Muchos de esos cambios en la forma de encarar el trabajo en territorio no sólo tienen que ver con la organización interna del equipo, sino también con cambios estructurales y políticos que se fueron dando tanto en la CABA como a nivel Nacional.

El CeSAC N° 9 comenzó a funcionar en el año 1987 en un pequeño edificio dentro de Plaza Matheu, contando con una planta mínima que realizaba principalmente actividades asistenciales intramurales, seguimientos, prevención y promoción de la salud, basadas mayormente en una lógica de atención asistencial y por demanda. Sin embargo, desde los inicios existía un interés creciente por entender que había en la comunidad “voces que escuchar” (Guerrero, 2014, 12). Tal es así que, en el año 1989, surge el primer proyecto comunitario del CeSAC que fue el denominado “Proyecto Guardería Hormiguitas”², que fue realizado con la participación activa de la comunidad. En ese período inicial también comenzó la participación institucional en la Red Solidaria Boca-Barracas, una red de instituciones y organizaciones sociales que vieron la necesidad de empezar a juntarse para contrarrestar la focalización y fragmentación de las políticas públicas neoliberales, propias de la década del 90. Paralelamente, se comenzó a trabajar en algunos equipos interdisciplinarios que se organizaban en torno a Programas, muchos de ellos iniciativas del nivel central (Materno Infantil, Procreación Responsable) y otras por propias necesidades de los equipos de abordar los seguimientos de manera

2 A partir de este proyecto interdisciplinario e intersectorial se logra concretar la puesta en funcionamiento de una guardería, con un grupo de madres cuidadoras y profesionales a cargo de la capacitación de las mismas y el seguimiento de salud integral de los niños que asistían. Este proyecto surge como una necesidad de las mujeres del barrio, y en el mismo participaron organizaciones barriales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales junto con profesionales del equipo de salud.

interdisciplinaria (Atención de la Mujer Embarazada, Seguimiento del Niño Sano).

A partir del año 1997, y debido a las malas condiciones edilicias que tornaban imposible continuar trabajando en el edificio de la plaza, comenzó un período itinerante de múltiples mudanzas a diferentes instituciones del barrio que cedían parte de sus instalaciones para que el equipo de salud pudiera continuar su labor hasta tanto se consiguiera un nuevo espacio para el CeSAC. En esta etapa continuó la atención asistencial intramural, la atención interdisciplinaria por programas y se mantuvo la participación en reuniones intersectoriales. Sin embargo, esta pérdida de lugar propio implicó un doble movimiento en el vínculo con la comunidad. Por un lado, se evidenciaron serias dificultades en los seguimientos de pacientes y familias, pero, por el otro lado, fortaleció el vínculo con algunos actores comunitarios que motorizaron y apoyaron la lucha por un nuevo edificio para el centro de salud.

En el año 2001 se inauguró el edificio donde funciona actualmente el CeSAC, lo que trajo aparejado una ampliación de la planta profesional. Al mismo tiempo se daba una de las crisis sociales, económicas y políticas más profundas de los últimos años, cuyo impacto se hizo evidente en la situación de salud de las familias del barrio. Como consecuencia de esta crisis se abrieron más de 30 comedores comunitarios en el área de referencia del CeSAC, situación que condujo a que la planificación de la tarea se realizara en torno al acompañamiento de los referentes de dichas organizaciones. Esto llevó al fortalecimiento del vínculo del CeSAC con el barrio, facilitando los pasos iniciales para pensar otras formas de abordar el trabajo en territorio. En este momento, además del trabajo con lógica programática e interdisciplinaria, se comenzó a trabajar con equipo específico que oficiaba de articulador de las demandas de las organizaciones con el equipo ampliado.

A partir del año 2009 el equipo de salud comenzó un proceso de reformulación de la participación y acción promocional, preventiva y asistencial en el espacio comunitario. Se propuso la búsqueda de nuevas modalidades de abordaje de las necesidades de salud. Además de los motivos de organización interna, se evidenciaban cambios sociales y económicos que fueron haciendo perder la centralidad de los Comedores en la vida diaria de las personas. Se decidió crear los Equipos de Áreas de Trabajo Extramural, formados por diferentes profesionales a cargo de la población de un espacio geográfico determinado del Área Programática del CeSAC. El objetivo de estos equipos era llevar adelante el abordaje y seguimiento de las familias, haciendo prevalecer el vínculo entre el equipo de salud y la población. Estos

equipos convivían con los equipos interdisciplinarios que trabajaban con programas. Además de estos equipos se contaba con un equipo específico que llevaba adelante la tarea de articular con las redes e instituciones del barrio y llevaba adelante las reuniones intersectoriales.

En el año 2013, los Equipos de Áreas de Trabajo Extramural, proponen dejar la lógica de trabajo por programas para dar lugar a la lógica territorial como principal ordenador del trabajo. Se fortalecieron los Equipos Territoriales de Referencia (ET)³ y se crearon los Equipos de Apoyo Matricial (EM)⁴. Este modelo se inspiró en el trabajo del médico sanitarista Brasileiro Sousa campos (2001). Se acordó también que cada ET pueda tener en sus tareas las articulaciones con instituciones y organizaciones dentro de su territorio al entender la importancia de que dichas articulaciones se trabajen transversalmente en el equipo de salud (desapareciendo así el equipo específico conformado años anteriores), En este período, además de continuar con la participación en distintas redes intersectoriales, se empezó a evidenciar la importancia de abordar de manera intersectorial la temática habitacional, dado el crecimiento de los procesos de desalojo en el barrio. Ello llevó a que el equipo se plantee la necesidad de participar institucionalmente en la Comisión de Vivienda y Hábitat de la Multisectorial La Boca Resiste y Propone. Un cambio importante a nivel gestión de la CABA que se dio en esta etapa, fue, en 2015, la creación de la Secretaría de APS⁵. La incorporación de este nuevo actor trajo aparejada la creación de nuevos Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR), la posibilidad de tener un interlocutor específico para gestiones propias del primer nivel de atención, pero también implicó negociar con un nuevo actor que buscaba tener incidencia sobre los modos de organización interna del CeSAC y también sobre las formas de abordaje del trabajo territorial.⁶

En el año 2020, con la irrupción de la Pandemia por COVID-19

3 Los ET están integrados por profesionales de disciplinas médicas (médicos generalistas o pediatras), profesionales de enfermería y por disciplinas del área social, quienes están a cargo de la población de un espacio geográfico determinado del Área Programática del CeSAC, y que llevan adelante el abordaje y seguimiento de las familias.

4 Los Equipos Matriciales son equipos interdisciplinarios que colaboran y dan apoyo al abordaje de las familias desde la especificidad si así se requiriera y además llevan a cabo actividades de promoción y protección de la salud en relación a su área de incumbencia.

5 A principios del 2000 existía una Secretaría de APS que llevaba adelante, sobre todo, gestión de recursos específicos para los CeSACs. Esta dejó de existir durante la gestión Macri en la CABA y se volvió a organizar con la primera Gestión de Larreta.

6 Mediante, por ejemplo, la Dirección General Salud Comunitaria (DGSCOM)

y el consecuente Aislamiento Social, el CeSAC tuvo que modificar su organización y modalidad de atención. Esto implicó la puesta en pausa de actividades grupales y comunitarias, reduciéndose las salidas extramurales a la búsqueda de casos y de contactos estrechos. Sin embargo, el trabajo territorial siguió teniendo importancia, pero desde otro lugar. A partir de las iniciativas de diferentes organizaciones sociales se realizaron diversas reuniones de trabajo intersectorial en salud, que tenían como fin coordinar esfuerzos para el abordaje de la pandemia⁷. Frutos de esas reuniones fueron la posibilidad de contar con el Programa Detectar en el Barrio de La Boca, organizar la entrega de alimentos a las personas aisladas y la organización de distintas postas de vacunación. Además de esta mesa de salud, el CeSAC participó de la conformación de una Red de Cooperación en la que se trataba de dar respuesta solidaria y comunitaria a los problemas surgidos por el aislamiento.

Actualmente, superada la pandemia dicho espacio se transformó en una Mesa de salud, con el objetivo de facilitar la articulación y el abordaje conjunto de los problemas de salud de la población a cargo. A nivel interno, el CeSAC continúa con su modalidad de organización basada en ET y continúa participando de reuniones intersectoriales en diversas mesas y comisiones como la Red Solidaria de La Boca y la Comisión de Vivienda y Hábitat de La Boca Resiste y Propone. Por otro lado, al interior del equipo surge la necesidad de hacer una revisión de las prácticas, revisando lo vivido en la pandemia y de cara a la incorporación de nuevos profesionales.

A nivel contextual y de gestión, a partir del año 2022 se modifica la dependencia funcional de los Departamentos de Área Programática de Salud (que incluye a Centros de Salud y programa de Salud Escolar) pasando ésta a depender de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Comienza entonces una nueva etapa de gestión desde nivel central donde por un lado se jerarquiza la Atención Primaria, pero, por otro, se recrudece la mirada hacia adentro de las gestiones de los CeSACs, interfiriendo en las modalidades de trabajo particulares de cada efector. En los aspectos positivos, se destaca la designación de un presupuesto propio, el nombramiento de nuevos cargos para los “equipos básicos de salud”⁸ y la incorporación

7 De dicha Mesa participan los 3 CeSACs del Barrio de La Boca, la jefatura de APHGACA y diferentes referentes barriales y de organizaciones sociales e instituciones.

8 Desde la gestión de APS se busca la conformación de equipos básicos de salud con población a cargo, conformados por médicos/as pediatra, generalista y enfermero/as.

de Promotoras de Salud dentro de cada efector. Sin embargo, se priorizan líneas de gestión que tienden a la homogeneización de los diferentes CeSACs, desconociendo las trayectorias de los equipos, sus historias y formas de organización, así como las características del territorio en el que se encuentran. En el último tiempo, por ejemplo, la principal línea de gestión ha sido la implementación de agendas electrónicas (Gestor de encuentros) con turnos individuales, minimizando la importancia del trabajo interdisciplinario y comunitario que históricamente se realiza en el CeSAC, lo que atenta contra otras formas de pensar la accesibilidad para la población usuaria.

CADA CUAL ATIENDE SU JUEGO... ALGUNOS ACTORES Y TENSIONES PRESENTES EN EL TERRITORIO

El trabajo en APS lleva implícita la necesidad de articulación y trabajo con diferentes actores. Cuando hablamos de actores, nos referimos, siguiendo a Matus, a aquellas “personalidades, organizaciones sociales o partidos políticos, (que) tienen capacidad de producir hechos políticos y constituyen centros de acumulación y desacumulación de poder” (Matus, 1987, 12) Es decir, los actores se caracterizan por tener un proyecto (más o menos explícito) que guía su acción, tienen motivaciones, intereses y fuerza, pueden acumular (o desacumular) poder y pueden en ocasiones, controlar algún recurso crítico y tener alguna organización más o menos estable.

Es por ello que es de vital importancia para el CeSAC reconocer quiénes son esos actores, sus demandas, sus formas de pensar y expresar lo que “tendría que hacer un efector de salud” así también como analizar las prácticas de cada uno de esos actores puesto que allí pueden aparecer divergencias entre lo que se expresa y lo que se hace. El encuentro entre estos diversos actores puede tener como resultados conflictos y tensiones, como así también alianzas y articulaciones más o menos duraderas. (Landini et al., 2014). Para el caso del CeSAC N°9, estos actores pertenecen a sectores intra e intersectoriales, como ser: organizaciones e instituciones barriales, establecimientos dependientes de otros Ministerios, otros efectores de primer nivel de atención, hospital de referencia y CEMAR, así como con el Ministerio de Salud de CABA a través de la Dirección de Atención Primaria, y con el Área Programática a la que pertenece. A continuación, se desarrollan más algunos de estos actores, y las tensiones que emergen en la interacción en el trabajo territorial.

- *Equipo de Salud del CeSAC N°9*: Hacia el interior del equipo de salud pueden identificarse diferentes lógicas y formas de percibir y abordar los problemas de salud que muchas veces se evidencian en tensiones y discrepancias al momento de organizar la tarea. El CeSAC

como organización social es compleja, se identifica la conformación de grupos con intereses diferentes y es en sí misma un campo de disputas de poder con diversos actores que ponen a jugar sus capitales. También al interior del equipo de salud se presentan diferentes tensiones fruto de las diversas concepciones e ideas de los propios profesionales. (Landini et al., 2014). Muchas de estas tensiones tienen que ver con las distintas formas de pensar el trabajo interdisciplinario, la prioridad que se le otorga al trabajo territorial y con discrepancias a la hora de pensar abordajes para situaciones de salud complejas.

- *DGATP*: Esta dirección se encarga de coordinar el trabajo de los CeSACs. En sus palabras buscan “mejorar de manera continua los niveles de promoción, prevención y atención de la salud de las ciudadanas y ciudadanos en el sistema público de la Ciudad.” (APS en RED BA, n.d.). Los principales intereses que manifiesta este actor son los de homogeneizar la atención en salud en los distintos puntos de la CABA, principalmente a partir de la implementación de las agendas electrónicas y de la puesta en marcha de “líneas priorizadas”, mediante las cuales se busca priorizar la atención de personas con Enfermedades Crónicas No transmisibles, controles de niño sano y de mujeres en edad reproductiva. Cuenta como principal factor de acumulación de poder, la posibilidad de designar recursos, cargos y designaciones, y la posibilidad de concentrar y sistematizar la información de salud y datos epidemiológicos producidos por los efectores de primer nivel. Las principales tensiones que se manifiestan en la interacción con este actor, están asociadas a las diferentes maneras de pensar el trabajo territorial. Si bien la DGATP promueve el trabajo en “equipos básicos con población a cargo”, estos están pensados desde las disciplinas tradicionalmente “hegemónicas” en salud, poniendo en un segundo plano a otras disciplinas no médicas. Además, por más que discursivamente se reconozca la necesidad de asignar horas profesionales a la realización de actividades interdisciplinarias, intersectoriales y comunitarias, la implementación de las agendas electrónicas pone el foco en que esas horas sean para atención individual en consultorio, resultando esto en un fuerte punto de conflicto con los equipos, y generando incluso tensiones entre los diferentes integrantes del equipo de salud, al haber diferentes criterios de evaluación y control sobre las diferentes disciplinas.

- *Organizaciones sociales (OS) y políticas*: A la hora de pensar cómo se expresan las demandas y discursos de las OS, lo primero que hay que señalar es que éstas no pueden entenderse como un todo homogéneo. En ellas hay distintas trayectorias y lineamientos políticos que pueden manifestarse en diferentes articulaciones, pedidos y exigencias. En líneas generales, sin embargo, podemos decir que

las OS tienen como principal factor de acumulación de poder la posibilidad de movilizarse políticamente en pos de hacer notar sus demandas. Muchas OS pueden también contar con recursos “conquistados” a partir del vínculo con otras organizaciones estatales. Además, muchas veces, la posibilidad de aparecer en la comunidad como un interlocutor con los efectores de salud (y tener la posibilidad de gestionar talleres, turnos y recursos) puede ser en sí mismo un factor de acumulación de poder territorial. A los fines analíticos, es importante reconocer que desde el CeSAC se realizan articulaciones con algunas organizaciones sociales a partir de la Mesa de Salud, cuyas demandas y “alianzas” se encuentran más institucionalizadas y sostenidas en el tiempo, y por otro lado, con otras organizaciones sociales, con las cuales los vínculos se dan de manera más esporádica. Con ellas, las articulaciones suelen ser demandas puntuales para facilitar el acceso a turnos o pedidos de realización de talleres, postas de vacunación, etc. Las principales tensiones que suelen expresarse tienen que ver con las dificultades de acceder a todas las demandas de las OS (principalmente, las asociadas a los turnos), aquellas asociadas a las distintas formas de entender las funciones de los diferentes niveles de atención en salud y las que tienen que ver con los horarios y lógicas de funcionamiento institucional (muchas de las actividades de las OS suelen realizarse en horarios en los que el CeSAC ya está cerrado).

- *Otras instituciones y Redes.* Al igual de lo que sucede con las OS, diferentes instituciones pueden ser portadoras de diversas maneras de entender el rol del CeSAC. En el caso de las instituciones estatales, quedan más en evidencia los cambios de gestión y conducción y cómo eso afecta en las formas de pensar las articulaciones intersectoriales. Muchas instituciones estatales cuentan con protocolos específicos y caminos institucionalizados de articulación, mientras que otras van variando sus formas de pensar dichas articulaciones. También aquí es posible establecer diferencias entre aquellas instituciones con las que el CeSAC comparte espacios de articulación como la Red Solidaria de La Boca y otras con las que las articulaciones se dan de forma más esporádica. Las principales tensiones que pueden surgir en este caso están dadas muchas veces por la falta de canales institucionales de articulación, ya que muchas veces éstas aparecen como “favores” o “buenas voluntades” de trabajadores, más que tareas específicas propias del trabajo en territorio.

- *Otros efectores de salud:* Otros actores importantes a tener en cuenta son los demás efectores de salud con los que se comparte territorio. En nuestro caso son otros tres Centros de Atención Primaria, y la jefatura del Área Programática que tiene su base en el hospital de referencia. Aquí también se evidencian diferentes formas de gestionar

y de entender la territorialidad. En muchas ocasiones, en especial en referencia a los otros CeSACs, estos efectores pueden ser aliados estratégicos a la hora de defender formas de trabajo territorial (esto sucede muchas veces con los demás CeSACs del barrio), mientras que en otras ocasiones pueden aparecer como actores que generan nuevas demandas o problemas en la gestión del territorio y de la atención en salud (por ejemplo, cuando hay dificultades para coordinar derivaciones, y seguimientos conjuntos con efectores de distintos niveles de complejidad). Hasta Agosto de este año, la jefatura del Área Programática⁹ estuvo a cargo de profesionales con una historia de años de trabajo en el territorio, por lo que tuvo un papel importante tanto en el logro de alianzas y estrategias comunes entre los diferentes actores mencionados, como en la defensa de una modalidad particular de abordaje / trabajo en salud ante las autoridades de APS.

ALGUNAS ESTRATEGIAS DE TRABAJO

¿Cómo lograr que esta amalgama de subjetividades y lógicas confluyan para garantizar el acceso a la salud de la población? Consideramos que es necesario escuchar todas las voces, lograr el consenso y generar espacios de discusión e intercambio. La democratización de la organización sanitaria es uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población. Una de las formas de llevar a la gestión cotidiana este objetivo estratégico (¿utopía?) consiste en la búsqueda de oportunidades para la construcción de espacios colectivos donde diferentes actores del sistema y de la sociedad civil puedan “contar con un lugar y un tiempo específicos en los que se generen encuentros entre sujetos, y se construyan oportunidades para el intercambio de información, el análisis y la toma de decisiones sobre temas relevantes” (Weller, 2007, 89).

Algunas de las estrategias que llevamos adelante en lo cotidiano tienen que ver con mantener dichos espacios de democratización y de intercambio, tanto hacia el interior del equipo como con la comunidad.

Hacia el Interior del equipo de salud se gestiona la posibilidad de contar con tiempo real (reuniones de equipo) para reflexionar acerca de los procesos de trabajo, los cambios que surgieron post pandemia y con la nueva gestión, los nuevos objetivos y la conformación de los equipos, de manera de poder lograr que cuando el equipo se junte,

9 A partir del llamado a concurso para cubrir este cargo vacante, surge un nuevo escenario donde por primera vez asume ese rol una persona que hasta el momento se desempeñó en otra Área Programática de CABA.

pueda hablarse sobre el trabajo y las tareas, y no sólo sobre los males-ares y las quejas, que suelen abundar en el día a día de los (Onocko Campos, 2004). También se evidenció la importancia de contar con espacios de encuentro que pongan en el centro el vínculo afectivo entre compañeros y permitan conectarse desde un aspecto que vaya más allá de la tarea.

En lo que hace a la relación con otros actores, también es posible identificar diferentes estrategias. Para el caso de la gestión central, se trabaja de manera intensa para mostrar el trabajo realizado actualmente por los equipos, explicando la complejidad del abordaje que implica la cercanía con el territorio, insistiendo en que se respete la singularidad de cada área. Una estrategia útil para esto es trabajar con herramientas de la epidemiología que permitan objetivar y monitorear las acciones implementadas. Entendemos, además, que la mejor forma para abordar la complejidad del territorio es a partir de las estrategias discutidas y decididas por el equipo, considerando la historicidad, el contexto institucional, siendo esto una forma de evitar la alienación, dando espacios de libertad y de hacer creativos para no perder el sentido de la tarea. Para esto también se forman alianzas con otros efectores y grupos profesionales de distintos efectores del AP y de la CABA.

Para lidiar con las tensiones que surgen en el encuentro con las OS y otros actores de la comunidad, se propone la participación en la Mesa de Salud, en el grupo de Vivienda y Hábitat de la Boca resiste y Propone y en la Red de cooperación. También se sostienen espacios de encuentro con otras instituciones estatales como la Red Solidaria de La Boca. Tener un canal institucionalizado de comunicación permite mejorar la relación con las OS, articular y pensar acciones en conjunto para abordar la salud del barrio.

REFLEXIONES FINALES

Al historizar los cambios en las modalidades de trabajo podemos ver cómo se fueron poniendo en el juego las tensiones marcadas por el territorio, el contexto social y político y la situación institucional. También queda evidenciado que el abordaje de las problemáticas locales requiere de estrategias y modalidades de atención pensadas desde lo local, desde la cercanía, desde la comprensión de los mecanismos involucrados.

El empeoramiento de las condiciones de vida de los últimos años y la situación socioeconómica actual (Aguirre & Díaz Córdoba, 2021), complejiza las demandas y necesidades de la población y requiere de la articulación intersectorial para su abordaje. Asimismo, la tarea asistencial exclusiva toma nuevas dimensiones que difícilmente

pueden encajar en un formato preestablecido y que busca homogeneizar un territorio como la CABA, con enormes desigualdades entre los diferentes barrios que la componen

El intento de la gestión central por invisibilizar las diferencias, homogeneizando la gestión de la demanda, no sólo no resuelve los problemas y tensiones, sino que suma problemáticas en la interacción con la población cercana y los referentes territoriales, y generan malestares hacia el interior del equipo de salud.

Frente a este escenario nos preguntamos: ¿será posible seguir sosteniendo el trabajo territorial si se contrapone a la lógica de atención por agendas digitales? ¿Podremos encontrar, en el nivel central, interlocutores que tengan una escucha real de lo que sucede en el territorio, articulando las diferentes lógicas en pos de garantizar la gestión de la salud en torno a las problemáticas locales? ¿En un contexto de precarización de la vida se volverá la atención primaria una “atención Primitiva” (Testa, 1993) o podremos mantener las articulaciones intersectoriales necesarias para cambiar las condiciones que enferman y así mejorar la vida de la población a la que asistimos?

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P., & Diaz Córdoba, D. (2021). La inestabilidad como rutina. La precarización de la vida cotidiana y su impacto en la alimentación en Buenos Aires, Argentina. *Revista de Antropología Social*, 30(2), 119-133.
- APS en RED BA. (n.d.). ¿Quiénes Somos? Retrieved septiembre 18, 2024
- Carluccio, G. M., Carluccio, I. I., Jordán, A., & Rodriguez, M. A. (2022). *Diagnóstico de situación de salud de la Comuna 4, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 2019*
- Guerrero, A. L. (2014). *CeSAC N°9: un equipo de Salud, un barrio, una historia...* Edición propia, CeSAC N°9.
- Landini, F. P., Gonzalez Cowes, V. L., & D'Amore, E. P. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Escola Nacional de Saúde Pública "Sergio Arouca" Cadernos de Saúde Pública*, 231-244.
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Miguel Angel García.
- Onocko Campos, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En *Salud Colectiva* (pp. 103-120). Hugo Spinelli.
- Portal APS en RED BA. (2024). *Estimaciones poblacionales*. Tableros APS.
- Portal APS en Red BA. (2024). *Tableros de Gestión*. Tableros APS

- Sousa Campos, G. W. d. (2001). *Gestión en salud: En defensa de la vida*. Lugar Editorial.
- Testa, M. (1993). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En *Pensar en salud*. Lugar Editorial.
- Weller, S. (2007). La gestión como espacio de cambio. En *Hechos y palabras: La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires* (Ministerio de Salud - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) ed., pp. 82-129). Claudio Bloch.

Cuando nos juntamos... pasan cosas. Desafíos del trabajo de una red comunitaria de distribución de preservativos, anticonceptivos de emergencia y test de embarazo

Virginia Isola*, Verónica Lanzette**, Nancy Otsubo***

INTRODUCCIÓN

En esta oportunidad queremos compartir el relato de experiencia del proceso de construcción de una red comunitaria de distribución de preservativos peneanos, anticonceptivos de emergencia y test de embarazo.

Nosotras formamos parte del equipo del Centro de salud y Acción Comunitaria N° 41 que depende del Área Programática del Hospital Argerich; y está ubicado en el barrio de La Boca, en la Ciudad de Buenos Aires.

El centro tiene 16 años de vida. Su creación fue producto de la lucha de vecinos y organizaciones del barrio; y asimismo la necesidad de contar con otro centro de salud en La Boca, se fundamentó con los datos relevados en el análisis de situación de salud local realizada por el Área Programática del Hospital. Desde su creación, la articulación del equipo de salud con el territorio ha sido una de las marcas fundacionales de cómo concebimos nuestro trabajo en salud. El territorio se constituye como un espacio transformado por la acción de la participación social, pero al mismo tiempo marca las condiciones de

* (CeSAC N° 41-GCBA) isolavirginia@gmail.com

** (CeSAC N° 41-GCBA) veronicalanzette@gmail.com

*** (CeSAC N° 41-GCBA) nancy.otsubo@gmail.com

reproducción de ese colectivo (Rofman, 2016:19).

El centro de salud tiene un área de referencia que abarca 70 manzanas y tiene una población empadronada por el Sistema de Salud de 30.340 personas. Este número resulta bastante confiable ya que durante la vacunación de Covid todas las personas que la recibían debían ser empadronadas, independientemente de su cobertura de salud. A su vez, dentro de esta población existen 16.793 personas con cobertura pública exclusiva.

El equipo de salud durante el primer año desde su inauguración no contó con una jefatura, pero tuvo un acompañamiento de un equipo de coordinación del Área Programática del Hospital Argerich. En este marco, el equipo en forma autogestiva fue conformando una modalidad propia de organización. El modelo de gestión elegido está basado en la co-construcción de cuidado y de vínculo, con continuidad intra y extramural (Clínica Ampliada de Gastao Sousa Campos, 2006). Desde entonces, el trabajo se encuentra organizado en equipos de trabajo interdisciplinarios. La totalidad del equipo de salud está distribuido en 5 Equipos Territoriales con base territorial y determinado número de manzanas a cargo. A su vez, existen en la actualidad, 9 Equipos Matriciales centrados en problemáticas de salud relevantes epidemiológicamente (vih-sida, TBC, salud sexual y reproductiva, hábitos saludables, salud mental, epidemiología, vivienda, capacitación y huerta). El modelo de organización del trabajo en torno a los equipos territoriales, con un territorio de responsabilidad y con una población nominalizada a cargo, fue tomado por la Subsecretaría de atención primaria, ambulatoria y comunitaria del Ministerio de Salud, para ser extendida al resto de los centros de salud. Como equipo de salud, tomamos la conceptualización de Menéndez (1990) quien propone utilizar la categoría de proceso salud-enfermedad-atención que alude a un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que lo integran. El autor incluye a la atención, al considerar que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales, y por tanto estas respuestas instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. En la atención incluimos la respuesta del sector salud (como el actor que representa la manera legitimada de entender y dar respuesta a los padecimientos), así como la instancia de la autoatención, que se refiere a la respuesta de los microgrupos generan ante estos padecimientos. Y es en esta relación entre los procesos de autoatención y cuidado de la salud sexual, y la oferta desde el sector salud, es que se inscribe el trabajo de esta red comunitaria de distribución de preservativos, anticonceptivos de emergencia y tests de embarazo.

ALGUNOS DATOS DEL BARRIO DE LA BOCA

En la Ciudad de Buenos Aires según el Censo 2020 viven 3.075.646 de habitantes. “(...) la pirámide poblacional de la Ciudad de Buenos Aires, para el año 2020, a diferencia de la pirámide nacional, puede considerarse una pirámide regresiva, por su forma de urna, característica de sociedades que han alcanzado una baja natalidad y baja mortalidad.” (Gerencia de Epidemiología-Min.Salud CABA, 2022: 17) Sin embargo, la pirámide poblacional de la Comuna 4 donde está inserto el barrio de La Boca presenta una forma de pirámide acampanada, correspondiente a una población joven.

La tasa global de fecundidad (TGF) de la mujer se encuentra por debajo del nivel de reemplazo generacional (menos de 2,1 hijos por mujer) desde el año 1991. “Si bien se observan diferencias por comunas, que coinciden con los análisis de años anteriores, (donde las Comunas 6, 5 y 13 continúan manteniendo las tasas más bajas y las Comunas 8 y 4 las más altas), vale remarcar el hecho de que en ninguna de ellas se alcanza el valor del nivel mínimo de reemplazo generacional en el último trienio.” (Gerencia de Epidemiología-Min.Salud CABA, 2022: 21)

El barrio de La Boca forma parte de la zona sur de la Ciudad que presenta indicadores de calidad de vida más desfavorables que la zona centro y norte de la misma.

En la Ciudad de Buenos Aires, para el 2020 el 18% de la población contaba con cobertura pública exclusiva, pero para la zona Sur este porcentaje se eleva al 31,9%. La zona sur, presenta los niveles más altos de hacinamiento crítico y no crítico. En el mismo sentido, en esta zona, la tasa de desocupación fue aproximadamente un 5% mayor que en el resto de la ciudad y la subocupación casi duplicó las cifras.

Del total de embarazos atendidos en el 2020 en las maternidades estatales de la Ciudad, en un 60,7% las personas gestantes expresaron no haber planificado su embarazo. En la última década el promedio de nuevos casos diagnosticados de VIH en la Ciudad es de 1500 correspondiendo el 60% de los casos a residentes de la Ciudad y el 40% a otras jurisdicciones, principalmente el área metropolitana. La tasa de VIH para la Ciudad en el 2022 fue del 17,2 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa a nivel país es de 12,2 x 100.000 habitantes. Por su parte, para el mismo período la tasa de sífilis para la Argentina fue del 57,7 por 100.000 habitantes y para la Ciudad fue de 8,1 por 100.000 habitantes.

¿CÓMO SURGE LA RED COMUNITARIA DE DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS, ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA Y TESTS DE EMBARAZO?

A mediados del 2021, desde la Coordinación de salud sexual, VIH e ITS del GCBA se realizó una propuesta para ampliar insumos a la red de distribución de preservativos peneanos. Desde que el centro de salud inauguró, se conformó una red comunitaria de distribución de preservativos peneanos en distintos puntos del barrio: organizaciones sociales, instituciones, lugares de circulación de personas que quizás no se acercaban al centro de salud como terminales de colectivos, puente transbordador Nicolás Avellaneda, algunos comercios, etc. La propuesta que realizó la Coordinación de salud sexual, VIH e ITS fue sumar a algunas de estas bocas de distribución, el anticonceptivo de emergencia y el test de embarazo. Se realizó así, en el mes de agosto de 2021 un primer encuentro virtual entre los equipos de salud y algunos actores sociales del territorio que habíamos invitado. En este primer encuentro virtual, la Coordinación presentó la propuesta y realizó una primera capacitación en estos insumos. A partir de allí el equipo de salud comenzó a identificar posibles actores a nivel local que pudieran sumarse a la estrategia y se realizaron los primeros encuentros presenciales en el barrio. Nosotras identificamos también como antecedentes locales otras experiencias previas a esta propuesta generada desde nivel central. En el 2019 se estableció un dispositivo de testeo rápido para VIH en una organización comunitaria barrial con una frecuencia semanal. Esta organización trabaja con personas en situación de consumo de sustancias y muchas de ellas se encuentran en situación de calle. Por el alto nivel de vulnerabilidad de la población que asiste, el escaso contacto con el sistema de salud, y trabajando desde la mirada de “ventana de oportunidad”, se capacitó al equipo técnico y operadores en el manejo de la anticoncepción de emergencia y tests de embarazo para que estuvieran disponibles en la organización. Previo a esto, en el 2018, se habían realizado encuentros de capacitación en interrupción legal del embarazo con el equipo técnico del Centro de Atención Integral para la Adolescencia y la Niñez (CAINA) y el programa de Puentes Escolares del Ministerio de Educación de CABA, que atienden niños y adolescentes en situación de calle. Se ofreció proveer de test de embarazo y anticoncepción de emergencia a la institución, tras realizar encuentros de capacitación con el equipo que gestionaría estos recursos.

En el año 2019 desarrollamos un proyecto de postas de salud comunitarias donde realizamos jornadas de testeo rápido de VIH, vacunación y asesoría en salud sexual con entrega de AHE y preservativos en distintos puntos del barrio. En esta oportunidad la Posta Itinerante

de Salud recorrió espacios públicos de la base territorial del CeSAC como ser la Plaza Solís, Puente Nicolás Avellaneda, esquinas con alta concurrencia de la población, asentamiento, ingresos a edificios como así también se desarrolló en organizaciones comunitarias, comedores e instituciones como el Hospital Odontológico.

Todos estos antecedentes estuvieron en la línea de “sacar” los recursos preventivos del centro de salud y de promover una mayor accesibilidad de la población a los mismos.

¿PERO POR QUÉ AL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA LO PUEDEN DISPENSAR PERSONAS QUE NO SON PARTE DEL EQUIPO DE SALUD Y FUERA DEL CENTRO?

Un hecho que fue identificado desde hace unos años por la Coordinación de salud sexual, vih e ITS fue la sub-utilización del anticonceptivo de emergencia. Este hecho fue relacionado con datos arrojados por la Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva del 2013 y la Encuesta Joven realizada en el año 2016 en CABA. En el primer estudio se evidenció que sólo el 7,3% de varones entre 14 y 59 años a nivel país conocían la existencia de la anticoncepción de emergencia; mientras que para las mujeres ese porcentaje ascendía al 9,7%. En la segunda encuesta, se observó que sólo el 17% de las jóvenes sexualmente activas encuestadas entre 15 y 29 años había utilizado la anticoncepción de emergencia en los últimos 12 meses. Por otro lado, se han identificado múltiples mitos y falta de información no sólo por parte de la población, sino también de los equipos de salud respecto a este recurso. Fue necesario entonces comenzar a trabajar al interior de los equipos acerca del funcionamiento del anticonceptivo de emergencia: cómo y cuándo puede tomarlo una persona con capacidad de gestar, si existen contraindicaciones en su uso, cómo actúa, etc. Se realizaron de este modo encuentros con el equipo ampliado, así como con el equipo de salud sexual.

El propósito de ampliar a la red de distribución de preservativos, estos nuevos insumos es aumentar la accesibilidad a los mismos. La categoría de accesibilidad permite pensar el vínculo que se construye entre usuarios y servicios de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios; analizando la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

La propuesta de llevar el anticonceptivo de emergencia fuera de las instituciones de salud, tuvo un aval del Ministro de Salud y la aprobación para que este insumo se pudiera entregar sin tener que nominalizar a la persona destinataria y ser entregado por cualquier

persona. En esta misma dirección fue la resolución de junio de 2023 que estableció que el anticonceptivo hormonal de emergencia pase a ser de venta libre.

Con el sector que no se ha logrado ampliar la entrega de anticonceptivos de emergencia es con el Área de Educación. Si bien existen múltiples miembros de la comunidad educativa capacitados en ESI y con disponibilidad para entregarla, el Estatuto docente prohíbe la entrega de cualquier tipo de medicación por parte del personal docente¹.

La propuesta de que otros actores de la comunidad puedan facilitar estos recursos tiene varios valores agregados: el conocimiento que poseen de la población; la realización de actividades en horarios más amplios que los de funcionamiento del CeSAC; y la posibilidad de llegar a determinados grupos que no llegan al centro de salud. Este dispositivo persigue ampliar la participación comunitaria en el trabajo en la salud sexual.

La estrategia de Atención Primaria para el abordaje integral de salud de la población junto con la participación comunitaria en salud fue acordada en la Conferencia de Alma Ata en 1978. La participación comunitaria implica que la comunidad participe en el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud” (Mahler, 1981:10). Es decir, podemos hablar de una auténtica participación comunitaria cuando la comunidad participa en “(...) la planificación, la organización de decisiones e incrementa su poder y autonomía.” (Ugalde, 2006: 148). En este sentido consideramos también la participación social como requisito básico para la democratización y ejercicio de la ciudadanía. La incorporación a la red de distribución de preservativos de nuevos actores sociales empoderando su rol, tiende al logro de ese tipo de participación comunitaria en salud y no la mera participación de la población, como receptora de actividades que el equipo de salud planifique.

La ampliación de estos insumos a la red se enmarca en una estrategia de reducción de daños. Ante la falla en el uso de preservativos, utilizar la anticoncepción de emergencia permite al menos reducir la probabilidad de un embarazo no intencional.

Y DE A POCO SE FUE ARMANDO LA RED...

Ante la propuesta por parte del nivel central de la estrategia, el equipo de salud definió que la misma sería impulsada desde el equipo de vih y el equipo de salud sexual del centro. Actualmente somos

1 En el año 2022, a algunos trabajadores del Programa “Retención escolar de alumnas embarazadas, madres y alumnos padres”, les iniciaron sumarios administrativos; llevando a este colectivo a retraerse de la iniciativa.

tres integrantes que formamos parte del equipo de VIH y a su vez, una de nosotras forma también parte del equipo de salud sexual. Realizamos con el equipo ampliado encuentros de intercambio y capacitación sobre el anticonceptivo de emergencia. En estos encuentros se de-construyeron algunos mitos que el propio equipo de salud tenía acerca del anticonceptivo de emergencia. Se realizó una actualización sobre el uso y la acción del mismo. Y principalmente, se trabajó en este giro en las intervenciones que hasta hace unos años se venían realizando. Entregar preventivamente anticonceptivo de emergencia a todo aquel que utilice preservativo y mantenga relaciones sexuales heterosexuales para que lo tengan disponible ante alguna falla en el uso del mismo. Teníamos que cambiar del mensaje de que las personas debían acudir lo antes posible ante un “accidente con el preservativo”, a generar acciones para que las personas lo tuvieran disponible si lo necesitaban y supieran cómo utilizarlo.

Comenzamos también a realizar encuentros con referentes de las organizaciones que se fueron sumando a la red. Estos encuentros tenían como objetivo capacitar en aspectos básicos de estos insumos, conocer los derechos sexuales y reproductivos, difundir recursos y servicios vinculados a la salud sexual que el centro de salud brinda.

El tener mayor disponibilidad y favorecer el acceso a estos nuevos insumos, fue celebrado por la mayoría, pero también surgieron algunas resistencias.

“Van a dejar de usar preservativos...” “Van a aumentar los casos de VIH y otras enfermedades” fueron las intervenciones de una referente comunitaria en el primer encuentro de la Red. Problematizar que quien no utiliza preservativo o tuvo un inconveniente con el mismo puede hacer algo para evitar un embarazo no intencional, era algo necesario. Otra referente comentó *“los van a vender”*. Un discurso similar fue también esgrimido por un miembro del equipo de salud cuando se presentó la propuesta. Fueron necesarios el intercambio y la reflexión acerca de los obstáculos que las personas pueden tener en el acceso a los recursos adecuados para el cuidado de su salud sexual, si deciden “comprar” un recurso que saben que es de distribución gratuita.

Por otro lado, que los tests de embarazo estén más disponibles para las mujeres y las personas con capacidad de gestar, tiene también como objetivo el contacto más temprano con el equipo de salud, por ejemplo, ante el deseo de interrumpir la gestación. En este sentido, el vínculo de confianza con las organizaciones puede favorecer como puente para una consulta por interrupción voluntaria del embarazo.

A medida que fue avanzando el trabajo de la red, los referentes de las organizaciones fueron comunicándose con el equipo de salud para consultas referidas a los insumos, como así también para

la derivación de personas a servicios o espacios del CeSAC. En estos intercambios fuimos construyendo la modalidad de articulación, ajustando tiempos y posibilidad de abordaje y/o resolución en el Primer Nivel de atención o necesidad de derivación a Hospital. Estos referentes fueron incorporando como herramienta de orientación a la población, las redes sociales del CeSAC donde se publican los horarios de actividades como la entrega de leche, los turnos para farmacia, los horarios de entrega de métodos anticonceptivos, etc. fueron asimismo elaborando criterios propios para efectuar esta articulación con el sistema de salud. Es el territorio el lugar que habilita la interacción para la satisfacción de necesidades individuales y colectivas. El concepto de red permite explicar la construcción de significaciones a partir de la interacción y describir a las organizaciones como sistemas abiertos que interactúan con su medio. El universo es así definido como un entramado relacional lo cual permite pensar a las organizaciones sociales como redes sociales². Es interesante pensar la noción de redes en salud no sólo para referirse a la oferta de los servicios sino también para reflexionar acerca de la demanda, considerando las relaciones entre las personas y la comunidad. En estos encuentros con la red surgieron también demandas al equipo de salud para realizar talleres sobre salud sexual y reproductiva que se realizaron en varias de las organizaciones. Algunos de estos encuentros tuvieron como destinatarios los miembros de la organización y en otros eran espacios destinados a la población con la que las organizaciones trabajan. Se organizaron también algunas jornadas de testeo rápido de vih/sífilis en la plaza junto a las organizaciones. En estas jornadas los referentes de algunas de las organizaciones participaron en la distribución de preservativos y folletos e invitaban a las personas que circulaban a testearse. Otro eje de trabajo en la red es la comunicación. Para la comunicación interna, se creó un grupo de whatsapp que se utiliza como medio de comunicación para solicitar insumos, comunicar alguna actividad vinculada a la red o convocar a juntarnos, pero también es utilizada como canal de comunicación para difundir actividades de cada uno de los miembros de la red. Esto ha llevado a consolidar el vínculo entre los diversos actores sociales.

Dentro del eje de comunicación de la existencia de la red y para trabajar con la población, se diseñó un flyer con información de lugares de días y horarios de las bocas de distribución. Se provee a las organizaciones de folletos y afiches vinculados a la salud sexual.

2 Dabas, E; Perrone, N; (2006). Viviendo Redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social, Ediciones Ciccus, Bs. As.

También se han realizado acciones de difusión en medios comunitarios y redes sociales.

Como parte importante de la comunicación y reconociendo el rol de multiplicadores de las organizaciones sociales para ello, en los encuentros de la red, se aprovechó la oportunidad de dar a conocer los distintos recursos que el centro fue incorporando en la estrategia de prevención combinadas del vih: preservativos vaginales, profilaxis pre y post exposición, testeo rápido de vih y sífilis. La red ampliada está conformada por 6 organizaciones y están interesadas en sumarse otras 3 organizaciones.

REFLEXIONES FINALES

La oferta a la población por parte de las organizaciones de preservativos, anticonceptivos de emergencia y tests de embarazo permite ampliar la accesibilidad a estos recursos; pero también que estos actores sociales se constituyan en promotores de salud y funciones como “puente” de ingreso al CeSAC, no sólo en lo que respecta a salud sexual sino también a la atención integral de los procesos de salud enfermedad atención y cuidado.

La capacidad instalada en las organizaciones componentes de la propuesta, permiten pensar en la configuración de una red de cuidados integrales y progresivos entre la comunidad y el CeSAC. En cuanto a las barreras de accesibilidad al sistema de salud, si bien se observa que las administrativas revisten cierta importancia, consideramos que son las barreras de orden simbólico las que parecieran tener mayor relevancia por parte de la población a la hora de conversar sobre procesos o decisiones que atañen a su sexualidad y prácticas sexuales. El territorio permite la construcción de códigos y lenguajes compartidos que facilitan el ejercicio de derechos.

Por otro lado, nuestros propios supuestos y la forma de realizar la entrega de estos insumos dentro de la institución también se vieron enriquecida con la experiencia de la red. Los relatos de vecinos, participantes de las organizaciones, la voz de los usuarios cobró nuevos significados, dispararon nuevas inquietudes y propuestas con los participantes de la red. La posibilidad del armado de la red, en sus instancias de encuentro y cristalización, fue generando propuestas específicas con cada una de las organizaciones participantes. Tal vez aquí radique el mayor valor de la propuesta y nuestros aprendizajes. La constitución de la red implicó un modelo de articulación desde el reconocimiento del otro en tanto sujeto político, con autonomía, con conocimiento del territorio, su organización y particularidades de la misma, con conocimiento de su demanda y la posibilidad de ampliar o limitar su oferta. Con la necesidad de realizar acuerdos con

la red, pero a la vez la posibilidad de disentir; problematizar el acceso a insumos y el funcionamiento del sistema de salud en un sentido más amplio. Espacios de negociación, de propuestas de la red, con o sin el equipo de salud, espacios de construcción de ciudadanía. Las particularidades del territorio del barrio de la Boca, altamente organizado en torno a la satisfacción de las necesidades de reproducción de la vida cotidiana de sus habitantes como así también en relación al ejercicio de sus derechos ciudadanos, y la inserción de nuestra institución en este entramado, resultó ser territorio propicio para el desarrollo de esta experiencia de gestión participativa. Su estructura socioeconómica, su grado de desarrollo de la institucionalidad política local y las características de la organización de la sociedad civil favorecieron este proceso de construcción colectiva, delineando acciones de prevención y promoción de la salud, desde una concepción integral de la misma.

Como dificultades de este proceso se señalan limitaciones en horarios de encuentro para las reuniones de trabajo, considerando los horarios institucionales de nuestro efector y los horarios de trabajo de las organizaciones que conforman la red.

La presencia de organizaciones político partidarias marco las limitaciones de encuentro por la necesidad de preparación para las elecciones presidenciales de octubre 2023 y luego de la misma, la agenda de decisiones gubernamentales impacto en las tareas y posibilidades de las organizaciones. Una de las organizaciones se alejó del barrio por imposibilidad de pago de alquiler; otra se encuentra temporalmente en reorganización por fallecimiento de su coordinadora. Por otro lado, el Gobierno Nacional puso fin al Programa “Potenciar Trabajo” a través del que una persona percibía la mitad del Salario Mínimo Vital y Móvil a cambio de una contraprestación laboral de cuatro horas diarias. La reconversión de este Programa, y la gestión de su reemplazo por el Ministerio de Capital Humano, reduce la participación de las personas en organizaciones comunitarias barriales como así también el sostenimiento por parte de estas últimas de sus actividades propias: talleres, merenderos, comedores, etc. Espacios de encuentro limitados, políticas focalizadas y desancladas de procesos territoriales, modifican las posibilidades reales de gestión de políticas participativas locales.

El desánimo atravesó a la red en su conjunto, replanteando la estrategia desarrollada, exigiendo la incorporación de nuevos actores sociales y la modificación de la propuesta elaborada.

Estamos convencidas que cuando nos juntamos pasan cosas... el encuentro del territorio, el trabajo con y entre los actores tiene un potencial transformador. La escucha, el acuerdo, el desacuerdo, la

negociación nos permite, como un actor social más del barrio, comprender los procesos sociales y políticos que en él se desarrollan e intervenir junto a otros para mejorar la calidad de vida de la población.

En el contexto actual de aumento de la pobreza en términos económicos, aumento de la desigualdad, fragmentación social y política, el trabajo en red desde una perspectiva situada, es la única posibilidad para el recupero y la búsqueda de nuevos umbrales de bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- Colectivo FUNDARED; Roxana Cei, Elina Dabas (Compiladora), Gabriel Litovsky, Alejandra Kotin, Eva Kñallinsky, Denise Najmanovich, Rodolfo Nuñez, Néstor Perrone, Cristina Ravazzola, Joaquín Rodríguez Nebot, Cecilia Ros, Débora Yanco. (2006). *Viviendo Redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Ediciones Ciccus, Bs. As.
- Coordinación Salud sexual, vih e its, Ministerio de Salud CABA. (2024). *Síntesis de la situación y respuesta vih e ITS en CABA*. (Archivo PDF) <https://buenosaires.gob.ar/epidemiologia-y-gestion/epidemiologia-y-gestion-del-vih-y-otras-its>
- Gerencia Operativa de Epidemiología. Subsecretaría de Planificación Estratégica. Ministerio Salud CABA. (2022). *Análisis de situación de la salud en la Ciudad de Buenos Aires. 2020* (Archivo PDF) <https://buenosaires.gob.ar/salud/servicios-de-salud/epidemiologia/analisis-de-situacion-de-salud-asis>
- Mahler, H. (1981). El sentido de la “salud para todos en el año 2000”. En Organización Mundial de la Salud, *Foro Mundial de la Salud*, OMS, Ginebra.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, México.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013* (Archivo PDF) https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enssyR/ENSSyR_doc_utilizacion_bases_usuario.pdf
- Rofman, A. (2016). *Participación, políticas públicas y territorio*. Ediciones UNGS Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Sousa Campos, G. (2006) *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. y Otros, (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En Domínguez Mon, A. *La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Ed. Dunken. Buenos Aires.

Ugalde, A. (2006). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En Menéndez, E y Spinelli, H. *Participación social ¿Para qué?* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Grupo de trabajo
**Niños y adolescentes en los procesos de
producción de salud y cuidados**

Coordinadorxs:

Pía Leavy (ICA- UBA- CONICET / RedASA)

Adelaida Colangelo (UNLP - CEREN CIC PBA - RedASA)

Sofía Ríos (ICSOH - UNSA- CONICET)

La violencia sexual contra niñas y adolescencias: del fenómeno social al abordaje terapéutico en un hospital público

Julián Ismael Asiner*

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las infancias es un fenómeno social de gran envergadura a nivel mundial, que produce efectos condicionantes sobre la subjetividad y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. La Organización Mundial de la Salud lo define como un problema global de salud pública (OMS, 2022). Al ocurrir muchas veces en el ámbito privado o intrafamiliar, la vulneración de derechos en la infancia asociada al maltrato y el abuso tiende a quedar silenciada. Este ocultamiento puede extenderse sobre un sistema de salud atravesado por sus propias lógicas y tendencias al etiquetamiento y medicalización de los procesos vitales (Affonso Moysés, Collares y Untoiglich, 2013), que según algunos autores está provocando sobre las infancias una “epidemia de malos diagnósticos” (Lebovic, 2023). Estas circunstancias motivaron el inicio de una investigación en la temática que, partiendo del carácter eminentemente social de la violencia y la propensión a su naturalización, apunta a contribuir a potenciar las herramientas de intervención tanto para su detección temprana como para el abordaje terapéutico y vincular.

* GCABA, FSOC-UBA. julianasiner@gmail.com

Así, la presente ponencia forma parte de un estudio en desarrollo que se propone describir las formas de abordaje de las situaciones de violencia contra las infancias que se despliegan en los dispositivos de musicoterapia del Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú” del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Tomando como punto de partida algunas de las reflexiones que aquí desarrollaremos, la investigación plantea iniciar un proceso de inmersión en las experiencias clínicas, en un trabajo de campo a través de las sesiones de musicoterapia. El proyecto busca analizar cómo estos dispositivos permiten identificar elementos indiciarios de las experiencias traumáticas y diseñar intervenciones que habilitan vivencias de amparo y construyen herramientas de afrontamiento y metabolización.

DEFINICIONES INICIALES

Si bien todas las problemáticas de salud tienen un carácter social e históricamente determinado, la violencia se distingue de otros padecimientos por su preeminencia en este sentido: no existe en este campo un agente patógeno biológico, sino que su origen es la naturaleza de las relaciones sociales y vinculares. En particular, el abuso sexual tiene un contenido singular en la gama de violencias a las que son sometidas las infancias y adolescencias. Siguiendo a Toporosi (2018), podemos definirlo como “la convocatoria a un niño por parte de un adulto, a participar en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución, y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto”. Como explica esta autora, los abusos ocurren en el marco de una relación de dependencia, donde el adulto ejerce su poder intrusivo.

Estas experiencias tienen efectos traumáticos, ya que se trata de un exceso de realidad frente a la cual los niños y niñas no tienen herramientas de simbolización ni transformación (Toporosi, 2010). Quienes las sobrellevan presentan síntomas o trastornos que involucran al cuerpo. Entre los más habituales, aunque no exclusivos, están los episodios de enuresis o encopresis, trastornos en el sueño, pesadillas, asco, masturbación compulsiva e hiperactividad relacionada con una excitación imposible de metabolizar (Toporosi, 2005). Los más pequeños es frecuente que dejen de hablar o comiencen a tartamudear (Amir y Yair, 2008). Aquellos que no pueden escapar de la amenaza del abuso utilizan mecanismos de disociación, para retirarse mentalmente de la situación separándola de su conciencia (Amir, 2004).

Estas violencias incluyen con frecuencia el incesto, que ha sido y sigue siendo un tabú social, en referencia no solo a la comisión del

hecho sino a la posibilidad de reconocerlo (Calmels, 2007). La gravedad del abuso intrafamiliar consiste en su paradoja: la misma persona de la que se espera protección y contención es la que ejerce la violencia. En el incesto, la perversidad se acopla al ejercicio de la función paterna (Quaranta y Goldwaser, 2022). Esto dificulta a niños y niñas pensarse como víctima, incorporando un sentimiento de culpabilidad que los deja indefensos frente a los embates y que impide enunciar lo que ocurre. Quien lo padece queda sin anclaje simbólico, convertido en un objeto de goce, des-subjetivado, y arrojado por fuera del linaje familiar.

Quaranta y Goldwaser (op. cit.) reflexionan acerca de que estos abusos no se vinculan únicamente con la satisfacción del deseo sexual del adulto, sino que son también un acto de poder, de sometimiento del otro, en el que se hace carne una estructura social determinada. Se pone en acto una crueldad que opera de forma imprevisible, y que puede ser entendida como la violencia organizada para hacer padecer al otro sin conmoverse, en lo que constituye un rasgo exclusivo de la especie humana. Si de acuerdo con Engels (1977), en la familia contemporánea el hombre representa a la burguesía y la mujer al proletariado, nos preguntamos: ¿qué lugar queda, entonces, para estas niñeces y adolescencias vulneradas?

La violencia contra las mujeres es también un aspecto que suele acompañar de cerca a la violencia contra las infancias. Como relata Gasco (2021), las afectaciones de las mujeres que han sufrido violencia de género son compartidas también por sus hijos, que crecieron y se desarrollaron en esos contextos. Otra faceta del fenómeno abusivo es la cadena transgeneracional. Toporosi (2005) plantea que en los niños que son víctimas de agresiones sexuales que se perpetúan en el tiempo se constata muy a menudo que alguno de los padres, generalmente el del mismo sexo, fue él mismo víctima de intrusiones sexuales durante su infancia, de las que nunca pudo hablar. Por eso, para la autora, estos niños se convierten en víctimas del silencio que ha prevalecido en la generación de sus padres. En la misma sintonía, Franco et al. (2020) argumentan que existen cadenas de transmisión inter o transgeneracional, con significaciones no introyectadas que incluyen lo no dicho, que se incorporan a modo de intromisión en el psiquismo del niño, generando vulnerabilidad.

LA VIOLENCIA COMO FENÓMENO SOCIAL

La violencia contra las infancias atravesó las diferentes formaciones sociales desde los inicios de la civilización (Sáez Martínez, 2015). Sin embargo, en lugar de ser catalogada como una condición humana universal, su persistencia debe ser explicada a la luz de los regímenes

sociales que la prohicaron y sus respectivos contextos históricos. La asociación entre abuso sexual y sistema social probablemente tuvo su manifestación más palmaria en el llamado derecho de pernada bajo el feudalismo¹. Pero en lugar de apaciguarse o confinarse a un asunto intrafamiliar, bajo la sociedad capitalista la violencia contra las niñas adquirió una renovada dimensión. Hace más de un siglo, Marx (2012) señalaba que el empleo masivo de niños y niñas en las fábricas desintegraba a la familia obrera y conducía a un aumento sin límites de la mortalidad, transformando la sangre infantil en capital.

La revolución industrial, en la fase de ascenso histórico de las relaciones sociales capitalistas, se encarnizó con las vidas de las infancias que formaban parte de las filas de la naciente clase obrera. Posteriormente, en el siglo XX tuvo lugar una renovación de miradas sobre las niñas y las adolescencias, cuyos derechos fueron reconocidos por numerosas convenciones y tratados de alcance internacional (Sáez Martínez, op. cit.). Este giro, sin embargo, encontró límites sociales infranqueables. En la época de la decadencia imperialista, con el predominio del capital financiero, el abuso sexual sobre los cuerpos de niños y niñas adquirió su forma mercantilizada en las redes de trata, cuyo circuito entrelaza a entidades bancarias, los Estados y sus fuerzas de seguridad más sofisticadas (Rieznik, 2007). De acuerdo al informe global de la ONU, el 19% de las víctimas de redes de trata son niñas y el 15% niños, proporción que casi se triplicó en los últimos 15 años. El 73% de las niñas son tratadas con fines de explotación sexual, mientras que entre los niños priman los fines de explotación laboral, con un 66% (UN, 2021). Según UNICEF (2020), a nivel mundial son 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años los que se ven obligados a mantener relaciones sexuales forzosas o fueron víctimas de otras formas de violencia y explotación sexual.

La violencia contra las infancias está inscrita en el siglo XXI como símbolo del agotamiento y la tendencia a la descomposición de una organización social. Progresó junto a las guerras mundiales, las hambrunas, las bancarrotas financieras, las crisis sanitarias, la precarización laboral, la desocupación en masa, las migraciones forzadas, el incremento de la miseria social y la destrucción del medio

1 El derecho de pernada, o “derecho a la primera noche”, se refiere a la potestad que se le otorgaba a los señores feudales de mantener relaciones sexuales con aquellas mujeres vírgenes de su feudo que fueran a contraer matrimonio con alguno de sus siervos. Este presunto “derecho” tuvo vigencia en Europa occidental durante la Edad Media, aunque su práctica se extiende también a los patrones de las haciendas latinoamericanas, que solían exigir servidumbre sexual a campesinas, indígenas y trabajadoras.

ambiente. Como síntoma, refiere a la barbarie social que se manifiesta en los vínculos humanos, incluso en los más primarios, íntimos y cercanos. Engels (2003) destacaba que para Fourier el grado de emancipación de la mujer representaba la medida de la emancipación general de una sociedad. Lo mismo podría aplicarse hoy a la posición que ocupan los niños, niñas y adolescentes y sus infancias vulneradas.

Winnicott (1965) provocó a sus contemporáneos al afirmar que no existe nada que pueda llamarse niño, en referencia a que estos solo se presentan en el contexto de un vínculo familiar y social. Autoras como Viglieca señalan que la familia es la fibra más sensible a la agonia del régimen social vigente, aunque el nexo entre ambas cuestiones sea muchas veces negado (Brodsky, 2011). El desgarramiento familiar tiene causas y consecuencias que comprometen a todo el cuerpo social: violencia doméstica y sexual, hacinamiento, flexibilidad laboral, pobreza e indigencia, drogadicción y alcoholismo, fracaso escolar, delincuencia y un largo etcétera. Por la extendida dimensión que ha adquirido a nivel mundial y en la Argentina, la violencia contra las infancias es una relación social estructurada, una marca de época que impacta, aunque de manera diferencial, sobre todas las clases sociales.

Las cifras que retratan esta problemática son abrumadoras. Un informe reciente indica que 6 de cada 10 niños entre 2 y 14 años de edad sufren de manera periódica castigos físicos por parte de sus cuidadores (UNICEF, 2021a). Según la Organización Panamericana de la Salud, una cuarta parte de los adultos a nivel mundial sufrieron abuso físico durante su infancia, el 36% recibió maltrato emocional y el 16% fue objeto de descuido (OPS, 2023). Un meta-análisis a escala internacional reveló que el 19,2% de las niñas y el 7,4% de los niños sufrieron distintos tipos de abusos sexuales, guarismos que escalan al 25 y al 10% respectivamente en los países de América Latina (Pereda et al., 2009). Según una investigación realizada en los Estados Unidos, el 40% de las mujeres encuestadas experimentaron alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años (Montello, 1999). 60 millones de afectadas en ese país lo ubican como un fenómeno epidémico (Amir, op. cit.). En Alemania, una de cada cuatro o cinco mujeres hasta los 16 años fue víctima de abuso sexual al menos una vez, ya sea dentro o fuera de la familia (Strehlow, 2009).

La Argentina no cuenta con una estadística general, pero algunos informes parciales dan cuenta de la magnitud del fenómeno. La línea telefónica 137 que brinda asesoramiento y asistencia en casos de violencia familiar y sexual registra un promedio de 10.000 denuncias por año en las que las víctimas son niños, niñas o adolescentes (UNICEF, 2021b). Según el Ministerio Público Fiscal (2019), del total de delitos sexuales denunciados en 2018 el 39,1% corresponde a abusos y

corrupción de menores. La Oficina de Violencia Doméstica que depende de la Corte Suprema de Justicia (2022) añade que tres de cada diez personas afectadas por situaciones de violencia doméstica en CABA fueron niños. De éstos, ocho de cada diez fueron violentados por sus progenitores. En este último informe se señala que las denuncias aumentaron un 32% respecto al mismo período del año anterior.

La familia contemporánea es objeto de una vulneración de derechos de carácter estructural, que también discurre a su interior. Esto afecta a todas las clases sociales, pero en los sectores más explotados se entrelaza con otros fenómenos concurrentes y determinantes: allí se producen anudamientos opresivos que encadenan las privaciones sociales, las subordinaciones de género y los abusos del mundo adulto (Capriati, 2019). Janin (2002) explica que en situaciones de catástrofe social es frecuente que las situaciones de desborde de los adultos recaigan sobre las niñeces y adolescencias. La Argentina ingresó a ese estadio con un proceso de pauperización masiva de la población, que de acuerdo con los estudios más recientes alcanza al 70% de las infancias (UNICEF, 2024).

La cuestión del incesto requiere un tratamiento particular. Bleichmar (2005) ubica el aporte del psicoanálisis en el descubrimiento del acceso del sujeto a la cultura a partir de la prohibición del goce sexual intergeneracional. Brodsky (2011) analiza las variantes que se producen en las diferentes sociedades humanas respecto a las alianzas interpersonales y las limitaciones al incesto, refutando la idea de su prohibición como ley universal o hecho fundante de la cultura; por el contrario, esta prohibición, como expresión cultural, tienen un origen histórico y responde a necesidades sociales determinadas. Para Calmels y Méndez (2007), el incesto es un fenómeno de orden social que puede considerarse el extremo sintomático de un sistema de acumulación que deshumaniza las relaciones sociales al regirlas por el lucro: exige “todo de sí y para sí”. Desde la óptica de este estudio, lo que importa es que lejos de ser un estatuto social infranqueable, esta norma restrictiva es continuamente quebrada por el devenir contemporáneo.

La lucha contra estos flagelos tiene un amplio recorrido histórico. Fueron las corrientes socialistas las primeras en asociar la sexualidad y sus crisis a las relaciones de propiedad fundadas en las bases económicas del vigente orden social. Desenmascararon el contenido de clase de la violencia contra las mujeres y los niños, al denunciarla como un factor de división de las filas obrera y de freno a la formación de una conciencia revolucionaria (Kollontai, 2011). Se planteó, de este modo, el desafío de erradicar su presencia al interior de las familias obreras, como condición para cohesionarlas en la lucha contra

el capital y contra toda forma de explotación y opresión social (Zetkin, 2017). Estos antecedentes no son inocuos desde el punto de vista terapéutico. Retomar el hilo de una perspectiva crítica, que desnaturalice la presencia de la violencia en relaciones humanas mediadas por la opresión social, puede servir de apoyatura para un abordaje clínico que tiende a colisionar contra las instituciones sociales y las relaciones de poder establecidas.

En este sentido, no corresponde abordar el abuso sexual contra las infancias como una condición invariante o rémora cultural, sino que su redoblada vigencia debe relacionarse con las contradicciones irresolubles de la organización social y la crisis de las relaciones interpersonales en el presente, cuyas consecuencias se descargan con particular inquina sobre los sectores más oprimidos y precarizados. Abordar la naturaleza social de este fenómeno es ineludible a la hora de dilucidar el devenir del actual momento histórico e introducirnos en sus experiencias y perspectivas terapéuticas. Esta caracterización, que refuerza la necesidad de producir transformaciones sociales de orden más general para habilitar nuevas formas de ser y relacionarse con los otros, es a la vez un insumo fundamental para enfrentar los avatares que presenta la clínica en esta época histórica y para abordar, en consecuencia, los desafíos que plantea la direccionalidad del proceso terapéutico.

ABORDAJES TERAPÉUTICOS EN EL HOSPITAL PÚBLICO

Frente a una problemática de este alcance, resulta indispensable indagar en la capacidad del sistema público de salud para detectar estas situaciones, así como para brindar amparo y tratamiento terapéutico para los niños, niñas y adolescentes afectados. Un problema relacionado a la naturalización de las violencias es la tendencia a que los efectos subjetivos asociados a la vivencia de situaciones traumáticas sean catalogados de forma reduccionista, bajo la etiqueta de trastornos del desarrollo u otras categorías diagnósticas similares ofrecidas por los manuales de salud mental.

En su estudio acerca de la patologización de las infancias, Affonso Moysés, Collares y Untoiglich (op. cit.) comentan un ejemplo elocuente en este sentido. En una investigación conducida por la médica pediatra y psicoanalista Luci Pfeiffer en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, Brasil, se analizaron 150 niños que sufrían graves situaciones de violencia familiar. Todos habían recibido diferentes diagnósticos neuropsiquiátricos. El 68% estaban clasificados como DEA (dificultades específicas del aprendizaje), TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y fracaso escolar. Además, 127 de los 150 niños recibían medicación psiquiátrica,

algunos por más de la mitad de años de su vida. Todos ellos estaban siendo atendidos por diferentes servicios del hospital, y ningún profesional había detectado previamente al estudio las situaciones de violencia en las que estos niños y niñas se encontraban envueltos.

Al tratarse de un tema velado, y transcurrir por lo general en el ámbito privado, una gran dificultad para los equipos de salud consiste efectivamente en lograr detectar estas situaciones e intervenir de forma oportuna, evitando que permanezcan ocultas y se perpetúen en el tiempo. Los efectos del silenciamiento y el pudor social en torno a la temática hacen que las situaciones de violencia no sean enunciadas por sus víctimas o referentes adultos de manera directa, más aún cuando se trata de abusos sexuales. Muchas veces, las sospechas en torno a estos hechos nunca llegan a develarse o solo lo hacen tras un largo período de tratamiento. Janin (op. cit.) explica que la sociedad tiende a mantener en silencio lo ocurrido y se ensaña en avergonzar al que habla. Es por esto que afirma que darle la palabra a un niño no supone pedirle simplemente que hable, sino que requiere saber escucharlo.

Bleichmar (2009) señala que la modalidad expresiva de un sujeto, configurada por su lenguaje sonoro, puede verse lesionada por el exceso traumático. Los niños pueden presentar elementos indiciarios de estos antecedentes en el modo desarticulado de su producción psíquica. En la misma sintonía, van der Kolk (2015) asegura que lo traumático es casi imposible de verbalizar. Para Maiello (2013), la psicoterapia ha descuidado frecuentemente la musicalidad del lenguaje en favor de la primacía de la imagen visual y del contenido semántico del discurso. Por eso plantea que es necesario desarrollar una función de “cuerpo de resonancia”, a través de una escucha global que incluya la materia sonora y rítmica que fluye del paciente y que permita recoger lo que se transmite a través de las penumbras de la vocalidad.

Por estas razones, el estudio que emprendemos parte de ubicar a la musicoterapia como una disciplina estratégica en esta problemática, ya que se dedica a conceptualizar la materia sonora del vínculo temprano y los modos expresivos que los conforman (Gauna, Giacobone y Licastro, 2015), yendo más allá del lenguaje verbal. Siguiendo a Belloc (2009), la musicoterapia propone una “escucha trabajada”, que es un modo distinto y específico de escuchar. Esto implica una intervención sustentada en un modo de percibir y registrar la producción expresiva singular de cada paciente (Licastro y Arias, 2009). Para Giacobone (2011), se trata de ir al encuentro de un material que, analizado modal y cualitativamente, promueve un enlace entre los discursos del cuerpo y la palabra, “escuchando en el decir”.

En relación al abordaje de las situaciones de abuso sexual, Tkach et al. (2012) explican que no sólo por hablar o contar el hecho se

comienza a elaborar. En algunos casos, estas narraciones pueden quedar desligadas del afecto. En este punto, es importante diferenciar “de qué sufre” (los síntomas o lo sintomático en sentido amplio) y “qué le pasó” (el hecho fáctico). Es trabajo de la terapia vislumbrar qué es lo traumático para cada sujeto. En los casos de violencia sexual, es esperable una desconfianza subjetiva que deviene precisamente del hecho de que, quienes tenían que cuidarlo, son los que lo exponen o abusan. Por eso un primer objetivo de la terapia apunta a encontrar en el vínculo transferencial un encuentro exitoso, que permita generar una “vivencia de amparo”.

Otro aspecto importante en el trabajo con los niños es otorgarles la posibilidad de jugar juegos en los que ellos tengan el control (Bensimon, 2020b). Crear un mundo propio, donde el niño mande y determine las reglas, permite canalizar la energía hacia una zona de seguridad que es el espacio lúdico auto-construido, en un sentido similar a lo que Winnicott denomina como “experiencia de omnipotencia” (Tagle, 2016). La traumatización vivida es una herida que se recrea en la relación con el terapeuta. Por eso, distintos musicoterapeutas describieron cuán desafiante puede resultar la relación paciente-terapeuta cuando se trabaja con niños que fueron víctimas de abuso sexual (Strehlow, op. cit.). La imprevisibilidad y lo incontrolable son características centrales de estas experiencias. De allí que la musicoterapia con víctimas de trauma se proponga crear un ambiente predecible y seguro al controlar el ritmo, el volumen, el timbre (Bensimon, 2020a).

La música, a su vez, permite eludir ciertas operaciones defensivas de las funciones corticales del cerebro y pasar directamente al sistema límbico (Montello, 1999). En estos casos, la música es fiel a la vida sentimental de una forma que el lenguaje no puede, expresando ambivalencias y permitiendo desbloquear relaciones disociadas. Hong, Hussey y Heng (1998) afirmaron que la musicoterapia, por la naturaleza independiente y comunicativa de sus intervenciones, promueve que un niño que ha aprendido a evitar la intimidad con figuras adultas importantes asuma riesgos. También subrayaron que las actividades de consuelo suelen ser importantes debido a la falta de cuidados esenciales en la primera infancia. Incorporar esta capacidad de recibir consuelo a través de la música sienta los cimientos para la aceptación del cuidado y del afecto.

Siguiendo a Jares (2020), en el trabajo con lo sonoro-musical en transferencia lo que opera es una ficción, que permite revestir simbólicamente las marcas del arrasamiento subjetivo. Esta ficción hace de pantalla, produce un velo y opera como distancia que hace posible el despliegue de la propia subjetividad y la constitución de

un lazo social novedoso. Bleichmar propone, en este mismo sentido, un trabajo abductivo para entramar el tejido desgarrado por el traumatismo (Toporosi, 2021). Consiste en ensamblar los fragmentos en el marco de la transferencia, dando lugar a que se produzca lo que designa como “simbolizaciones de transición”. El sentido de la terapia, desde esta óptica, sería lograr el olvido, no en función de la represión, sino de la ligazón, posibilitando el desinvertimiento de eso que se repite.

A MODO DE CIERRE

El hospital público es una caja de resonancia de las grandes crisis sociales y humanitarias de nuestra época. Allí llegan familias desgarradas por cadenas de violencia sexual transgeneracional cuyos antecedentes se remontan no a una, sino a varias generaciones pasadas. Estos fenómenos se reproducen en condiciones sociales de vulnerabilidad, entrelazados con privaciones de carácter estructural, muchas veces agravadas por la migración desde países limítrofes o cercanos. Estas familias suelen habitar viviendas hacinadas en barrios sumergidos en la miseria, algunos aledaños y otros muy lejanos al propio hospital. Las niñas y adolescencias que llegan a la consulta en muchas ocasiones atraviesan relaciones de ambivalencia con sus cuidadores, cuando no la violencia directa, frente a la cual no tienen otra alternativa que los hogares estatales, espacios que frecuentemente reproducen estas vulneraciones en escala ampliada. Son estas instituciones las que demandan la intervención del hospital, cuando los niños hacen síntomas en la escuela o en el hogar, o a raíz de una mediación judicial. En otras ocasiones son traídos por sus familiares, en general por mujeres que están iniciando un proceso de liberación frente a las propias violencias que sufren a diario en sus hogares.

Estos niños a veces no hablan o tienen problemas para integrarse a las aulas del jardín o la escuela, ya sea porque son disruptivos, apáticos, sobre-adaptados, agresivos o porque tienen conductas abusivas hacia sus compañeros, en las que reproducen algo de lo vivido y aprendido en sus cortas trayectorias de vida. La constitución del psiquismo no se da al interior del niño, sino en ese “entre” que se produce con el otro que ocupa un lugar significativo, en un contexto social determinado. Por eso la afectación del lenguaje trasluce la crisis del propio lazo social. La naturaleza de estas situaciones exige un esfuerzo para lograr un trabajo de enlace, en el que se desarrolle la transferencia. Es un encuentro que requiere un querer escuchar y un tiempo compartido, que esquive las etiquetas apresuradas para habilitar el proceso.

Si el sometimiento de las infancias y adolescencias es un fenómeno epocal, asociado a una etapa histórica determinada, las intervenciones clínicas pueden leerse como una apoyatura posible y necesaria, en el compromiso por impulsar aquellas transformaciones sistémicas que permitan cortar los mecanismos de reproducción de la violencia y edificar vínculos libres de toda forma de opresión social. Abordajes terapéuticos como los que aquí reseñamos pueden verse favorecidos por la conciencia del alcance históricamente emancipatorio de su propósito, ya que se trata de una brújula que puede contribuir a orientar una tarea que tiende a colisionar contra las instituciones establecidas, las condiciones materiales de vida y las vulneraciones sociales que llevan encadenadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Affonso Moysés, M. A., Collares, C. y Untoiglich, G. (2013). La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. En G. Untoiglich (Ed.), *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación* (pp. 25-44). Noveduc. <https://www.dgeip.edu.uy/documentos/2021/privada/materiales/EnInfanciaDiagnosticosEscribenLapiz.pdf>
- Amir, D. (2004). Giving trauma a voice: the role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 96-103. <https://doi.org/10.1093/mtp/22.2.96>
- Amir, D., y Yair, M. (2008). When the piano talks: Finding meaning in piano improvisations created by three children at risk who live in residential care. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 4, 113-166. <http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/when-piano-talks-finding-meaning-improvisations/docview/1170885392/se-2?accountid=142712>
- Belloc, E. (2009). Musicoterapia [Conferencia]. IV Jornadas de Musicoterapia del Hospital General de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Buenos Aires, Argentina.
- Bensimon, M. (2020a). Relational needs in music therapy with trauma victims: The perspective of music therapists. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(3), 240-254. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1703209>
- Bensimon, M. (2020b). Perceptions of music therapists regarding their work with children living under continuous war threat: Experiential reframing of trauma through songs. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(4), 300-316. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1703210>

- Bleichmar, S. (2005). Sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre. Una propuesta respecto del futuro del psicoanálisis. En S. Bleichmar, R. Musicante, C. Schenquerman y A. Tradatti, *Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?* (pp. 9-32). Editorial Brujas.
- Bleichmar, S. (2009). Inteligencia y simbolización. Una perspectiva psicoanalítica. Paidós.
- Brodsky, J. L. (2011). *Eros, familia y cambios sistémicos*. Biblos.
- Calmels, J. (2007). El problema del incesto y el abuso sexual infantil en los programas estatales y en los medios masivos de comunicación [Ponencia]. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA, Buenos Aires, Argentina. https://www.edumargen.org/docs/curso27-17/unid02/apunte06_02.pdf
- Calmels, J. y Méndez, M. L. (Eds.). (2007). *El incesto: un síntoma social. Una perspectiva interdisciplinaria*. Editorial Biblos.
- Capriati, A. (2019). *Pibes sin calma: desigualdades y vulnerabilidades en las juventudes argentinas*. Grupo Editor Universitario.
- Engels, F. (1977). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Progreso.
- Engels, F. (2003). *La revolución de la ciencia de Eugenio Dühring ("Anti-Dühring")*. Marxists Internet Archive. <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/anti-duhring/index.htm>
- Franco, A., Lastra, S. A., Poverene, L., Tomei, F., D'Amato, D., Peñaloza Egas, N. M., Esquivel, J. y Etcheverry, M. H. (2020). Lo inter y transgeneracional en el abuso sexual infanto-juvenil: una investigación clínica sobre sus efectos y abordajes psicoterapéuticos [Ponencia]. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología organizado por la Facultad de Psicología de la UBA, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-007/656>
- Gasco, A. (2021). Musicoterapia para mujeres supervivientes de violencia de género y sus hijas e hijos. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 4(4), 22–43. <https://doi.org/10.15366/rim2020.4.002>
- Gauna, G., Giacobone, A. y Licastro, L. (2015). *Musicoterapia en la Infancia*. (Tomo 1). Diseño.
- Giacobone, A. (23 de septiembre de 2011). Escuchar en el decir. Cualidades sonoras de la infancia [Ponencia]. Congreso Latinoamericano de Primera Infancia de la SAPI-WAIMH, Buenos Aires, Argentina. <https://www.musicoterapiaenlainfancia.com/escuchar-en-el-decir/>
- Hong, M., Hussey, D., y Heng, M. (1998). *Music therapy with*

- children with severe emotional disturbances in a residential treatment setting. *Music Therapy Perspectives*, 16(2), 61-66. <https://doi.org/10.1093/mtp/16.2.61>
- Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (33/34). 149-171. <https://www.seypna.com/documentos/articulos/janin-marcas-violencia.pdf>
- Jares, T. (2020). Lo sonoro-musical, un territorio posible al margen de las palabras. *Narraciones*, 4(7), 160-167. https://issuu.com/revistanarraciones.centro1/docs/letra_y_escritura
- Kollontai, A. (2011). Las relaciones sexuales y la lucha de clases. *Marxist Internet Archive*. <https://www.marxists.org/espanol/kollontai/1911/001.htm>
- Lebociv, A. (2023). Ser niño en tiempos de etiquetas. *Forum Infancias*. <https://foruminfancias.com.ar/ser-nino-en-tiempos-de-etiquetas/>
- Licastro, L. y Arias, A. (2009). La clínica en Musicoterapia. *Revista del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"*, 51(234). 221-223. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con294-221.pdf>
- Maiello, S. (2013). En los orígenes del lenguaje. Aspectos vocales y rítmicos de la relación primaria y su ausencia en los estados autistas. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, (13), 74-105. <https://www.controversiasonline.org.ar/PDF/anio2013-n13/5.%20MAIELLO.pdf>
- Marx, K. (2012). *El capital*. Siglo Veintiuno Editores.
- Ministerio Público Fiscal (2019). Relevamiento de fuentes secundarias de datos sobre violencia sexual a nivel país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2019/10/Informe_UFEM.pdf
- Montello, L. (1999). A psychoanalytic music therapy approach to treating adults traumatized as children. *Music Therapy Perspectives*, 17(2), 74-81. <https://doi.org/10.1093/mtp/17.2.74>
- Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de la Nación (2022). Informe estadístico. Tercer Trimestre 2022. <https://www.ovd.gov.ar/ovd/archivos/ver?data=6862>
- Organización Mundial de la Salud (2022). WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365814/9789240065505-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275326824>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Quaranta, A. V. y Goldwasser, N. M. (2022). *La tenue luz de las luciérnagas. Cartografías de una experiencia: intervenciones frente al abuso sexual intrafamiliar contra infancias y adolescencias*. Letra Viva.
- Rieznik, P. (2007). *Las formas del trabajo y la historia*. Editorial Biblos.
- Sáez Martínez, G. J. (2015). Aproximación histórica a los abusos sexuales a menores. *Eguzkilore*, (29), 137-170. <https://www.ehu.eus/documents/1736829/5274977/07+Saez>
- Strehlow, G. (2009). The use of music therapy in treating sexually abused children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), 167-183. <https://doi.org/10.1080/08098130903062397>
- Tagle, A. (2016). *Del juego a Winnicott. Una revolución silenciosa*. Lugar.
- Tkach, C., Franco, A., Gómez, V., Toporosi, S., Calmels, J., Woloski, G., Pucci, M. V., Germade, A., Raschkovan, I., Santi, G., y Peñaloza, N. (2012). Los modos de relatar/contar/narrar el abuso sexual sufrido en la infancia por adolescentes en tratamiento psicoanalítico. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 281-288. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100029&lng=es&tlng=es
- Toporosi, S. (2005). Algunas claves para el diagnóstico del abuso sexual infantil. *Revista Topía*, 15(44), 17-18. <https://www.topia.com.ar/articulos/algunas-claves-para-el-diagn%C3%B3stico-del-abuso-sexual-infantil>
- Toporosi, S. (2008). ¿Juegos sexuales, conductas abusivas o prácticas sexuales entre niños? *Revista Topía*, 18(54), 23. <https://www.topia.com.ar/articulos/juegos-sexuales-conductas-abusivas-o-practicas-sexuales-ninos>
- Toporosi, S. (2010). ¿Qué nos pasa a los adultos hoy con la sexualidad de los niños? *Revista Topía*, 20(60), 26-27. <https://www.topia.com.ar/articulos/%C2%BFqu%C3%A9-nos-pasa-adultos-hoy-sexualidad-ni%C3%B1os>
- Toporosi, S. (2018). *En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil*. Topía Editorial.

- Toporosi, S. (2021). Aportes de Silvia Bleichmar a la conceptualización y a las intervenciones clínicas frente a lo traumático. En G. Woloski (Comp.), *Teoría y clínica en la obra de Silvia Bleichmar* (pp. 121-138). Ricardo Vergara Ediciones.
- United Nations (2021). *Global Report on Trafficking in Persons 2020*. UNODC. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTiP_2020_15jan_web.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund (2020). Preguntas frecuentes sobre la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes. UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/historias/preguntas-frecuentes-sobre-la-explotacion-sexual-de-ninas-ninos-y-adolescentes>
- United Nations International Children's Emergency Fund (2021a). Análisis de la escala de disciplina infantil. Síntesis de principales resultados. UNICEF. <https://www.unicef.org/chile/media/4776/file/Disciplina%20ELPI.pdf>
- United Nations International Children's Emergency Fund (2021b). Un análisis de los datos del Programa "Las Víctimas Contra Las Violencias" 2020-2021. UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/12506/file/Factsheet%20Nro.9%20-%20Serie%20Violencia%20contra%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes.pdf>
- United Nations International Children's Emergency Fund (2024). Pobreza monetaria y privaciones vinculadas a derechos en niñas y niños. Argentina 2016-2023. UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/informes/informe-pobreza>
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Eleftheria.
- Winnicott, D. W. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Laia.
- Zetkin, C. (2017). *Sólo con la mujer proletaria triunfará el socialismo*. Marxist Internet Archive. <https://www.marxists.org/espanol/zetkin/1896/0001.htm>

Niñeces y Cuidados: Tensiones y Políticas en la Provincia de Salta

Carla Cabrera, Alejandra Delgado, Eliana Heredia,
Eugenia Belmont, Oriana Roldán, Sofía Ríos*

INTRODUCCIÓN

En la provincia de Salta, la situación de las niñeces, adolescencias y juventudes (NAyJ) se enmarca en un escenario nacional de regresión en materia de derechos y deterioro de sus condiciones de vida y las de sus familias¹. Este trabajo busca abordar de forma crítica dos políticas de cuidado implementadas en contextos geoculturales diversos: el Programa Jardín Crecer y el Plan Unir. Ambos programas, aunque con enfoques distintos, se presentan como iniciativas orientadas a la protección y desarrollo de niños, niñas y adolescentes, articulando tanto actores del sector público como privado y enmarcándose en la promoción de los derechos de esta población. El Programa Jardín Crecer se centra en la prevención y erradicación del trabajo infantil en la

* ICSOH- CONICET-UNSa

1 Desde el desmantelamiento de organismos, planes y programas nacionales como ENIA y SENAF, pasando por iniciativas legislativas que buscan bajar la edad de imputabilidad en adolescentes hasta los efectos de la profunda recesión económica que atraviesa el país la cual en el primer semestre de 2024 la incidencia de la pobreza alcanza al 52,9% de las personas, y en cuanto a la indigencia, al 18,1% de las mismas (INDEC, 2024). A su vez, cabe destacar que el 66,1% de niños y niñas de entre 0 y 14 años es pobre o indigente.

producción tabacalera del Valle de Lerma, mientras que el Plan Unir se focaliza en el acompañamiento integral a familias en situaciones de alta vulnerabilidad socioeconómica e interculturalidad en el Chaco salteño. Ambas intervenciones responden a problemáticas específicas de sus respectivas regiones, reflejando las diferencias socioeconómicas e históricas que caracterizan a la provincia.

En líneas generales, el contexto provincial muestra características propias, especialmente en relación con las desigualdades estructurales que afectan a las poblaciones indígenas y rurales (Abeledo et al, 2020; Durand y Condorí, 2019). Salta, con una destacada presencia de pueblos originarios (10% de la población total, según INDEC, 2022), presenta elevados índices de pobreza infantil. Según el informe de la SENAF (2022), el 77,2% de los hogares salteños con NAYJ se encuentra por debajo de la línea de pobreza, cifra que supera la media nacional en aglomerados urbanos. La situación es aún más grave en áreas rurales, especialmente en los departamentos de General San Martín, Rivadavia y Orán, declarados en emergencia sociosanitaria desde el año 2020².

La región del Chaco salteño, abarcando los departamentos de San Martín, Rivadavia, Anta y parte de Orán, ha experimentado profundas transformaciones socioeconómicas debido a la expansión de prácticas extractivistas, como la agroindustria y la explotación hidrocarbúrfera. La introducción del cultivo de soja en la década de 1990 impulsó la deforestación masiva, afectando negativamente las condiciones de vida de los pueblos originarios y provocando desplazamientos forzados. Por otro lado, el Valle de Lerma, con una producción tabacalera predominante, ha sido un polo de atracción para trabajadores estacionales, incluidos campesinos e indígenas, quienes han enfrentado condiciones laborales precarias y riesgos asociados al trabajo infantil (Ataide, 2020).

Ambas regiones presentan desafíos específicos para el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a las infancias. En este sentido, el concepto de cuidado adquiere relevancia como eje articulador, entendido como un proceso social y político que constituye tramas de relaciones sociales. En este trabajo, analizamos las perspectivas institucionales y las acciones concretas de los programas Jardín

2 El decreto provincial N° 237/18 declaró en febrero de 2018 el estado de emergencia hídrica, vial, sanitaria y social, para los departamentos: Santa Victoria, Iruya, Orán, General San Martín y Rivadavia, por un plazo de 120 días. En enero de 2020, por Decreto de Necesidad y Urgencia de la provincia de Salta, se declaró el estado de emergencia sociosanitaria en los Departamentos de San Martín, Orán y Rivadavia, norma que luego fue ratificada mediante Ley N° 8.185 (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2023).

Crecer y Plan Unir, explorando cómo estas políticas buscan intervenir en los territorios afectados por profundas desigualdades socioeconómicas y culturales. Nos interesa plantear interrogantes respecto a la implementación de estas políticas, sobre sus impactos, tomando en cuenta las particularidades de cada contexto regional y las perspectivas de los actores involucrados.

POLÍTICAS, CUIDADO Y NIÑEZ: ALGUNAS ORIENTACIONES TEÓRICAS

En la actualidad la categoría de cuidado es objeto de múltiples debates tanto académicos como políticos y sociales; ha sido abordada con diversos sentidos y desde distintas corrientes teóricas. Las inquietudes que buscamos plantear en el siguiente trabajo se focalizan en aquellos aportes que conceptualizan al cuidado en tanto organización política y social (Faur, 2014), así como proceso (de dar y recibir cuidados) ligado a la noción de persona, moral e implicado con ideas normativas y negociaciones acerca de necesidades, responsabilidades, merecimientos, inclusiones y exclusiones (Landeira, Frasco Zuker y Llobet, 2023).

Con respecto al primer conjunto de aportes, la organización política y social del cuidado, ha sido analizada como vector de reproducción de desigualdad (Rodríguez Enriquez, Marzonetto y Alonso, 2019), la cual reconoce que todas las personas comparten la necesidad de cuidados, pero que no todas disponen de los mismos recursos para satisfacerla, como así tampoco son igualmente responsabilizadas de las tareas de cuidar.

La noción del cuidado ha superado la dicotomía público/privado (en el que históricamente fue considerado), develando la multiplicidad de actores, instituciones, políticas públicas y legislaciones en que tienen lugar a la hora de garantizarlo (Faur, 2014). A principios de siglo XXI, en América Latina y el Caribe tomaron impulso iniciativas regionales en miras a reorganizar la provisión de los cuidados en tanto “una prioridad de la agenda social para encauzar sociedades más igualitarias”, definiendo, en algunos casos, políticas públicas tendientes a colocar el cuidado en el centro de la protección social. Numerosos trabajos han indagado en esta arquitectura institucional que define la provisión de cuidado infantil en la Argentina (Faur, 2018). En lo que refiere a las políticas estatales, el país (y sus jurisdicciones provinciales y municipales) no posee una estrategia sistemática en relación con el cuidado sino un conjunto de normas e iniciativas que perfilan la organización social y política de los cuidados desde tres ejes: la regulación del tiempo para el cuidado dentro de las familias (legislación laboral); la oferta de servicios públicos de cuidado; y las políticas de sostenimiento de ingresos (Marzonetto, 2019).

En cuanto a la segunda acepción, el cuidado como proceso, se desprende la comprensión de los modos y las lógicas con que el cuidado se brinda/recibe, conformando una trama donde, también, se integran particulares experiencias de niñas y niños, quienes participan en ella activamente (Hernández, 2016). Para esta autora, el cuidado se presenta como una categoría de sentidos múltiples y alcances variables, susceptible a ser interrogada de forma situada y en entramados concretos. En esta misma línea, García Sánchez (2018) considera que hay poco reconocimiento del cuidado desde la perspectiva de niños y niñas; es decir que, los discursos hegemónicos y adultocentristas convierten a la niñez en sujetos destinatarios e incapaces de incidir en las prácticas de cuidado. Desde estos enfoques

es clave analizar los procesos mediante los cuales las infancias negocian, significan y valoran el cuidado y las relaciones de poder inter e intrageneracionales con aquellos otros con los que hacen y sostienen sus vidas cotidianas (Landeira, Frasco Zuker y Llobet, 2023, p. 85).

Estos aportes son fundamentales para plantear algunos interrogantes en dos campos de políticas en la provincia de Salta orientadas a incidir en los cuidados de niñas y niños. Al intentar focalizar en las definiciones que construyen tales políticas sobre el cuidado de niños y niñas, sus dinámicas y contextos socioeconómicos y políticos en los cuales se enmarcan, recurrimos a la perspectiva antropológica sobre el cuidado infantil, valiosa para comprender las estrechas relaciones entre esta categoría y las concepciones particulares sobre la niñez, la persona, el curso de vida, el parentesco (Szulc et al., 2019), la producción y reproducción de lo social, como también saberes y discursos expertos en tensión que buscan definir las formas idóneas de normativizar y regular dichas prácticas (Llobet y Villalta, 2021). Tal como enfatiza Colángelo (2014) que la definición de las formas socialmente adecuadas de criar a las niñas constituye un punto crucial en las disputas materiales y simbólicas por la reproducción o transformación de toda sociedad; aquellas que se erigen como tales no solo nos hablan de una perspectiva adultocéntrica, sino también centrada en particulares moralidades generizadas, enclasadadas (Llobet y Villalta, 2021) y racializadas. Asimismo, la perspectiva antropológica de la infancia, posibilita conceptualizarla como un procesamiento sociocultural de las edades, donde las prácticas y los modos de ser que la constituyen son particulares en cada contexto y de acuerdo a los múltiples aspectos de la realidad que posibilitan y condicionan las experiencias de ser niño(a); incluso desde su propia perspectiva en tanto sujetos activos.

En este sentido, atenderemos a dos aspectos en los marcos de las políticas de cuidado mencionadas: por un lado, las tensiones discursivas que emergen en la definición de prácticas de cuidado consideradas adecuadas; y por otro lado a las concepciones acerca de la agencia de niños y niñas en la organización del cuidado y el sostenimiento de la vida, que conjugan aprendizajes, ayudas y obligaciones, atendiendo a los matices que ésta participación adquiere en contextos de recrudescimiento en las condiciones de vida como el actual.

LA EXPERIENCIA EN LOS VALLES DE LERMA: EL PROGRAMA JARDÍN CRECER

SOBRE EL TRABAJO PRODUCTIVO Y DOMÉSTICO DE NIÑOS Y NIÑAS EN CERRILLOS

Como antes señalamos, en el departamento de Cerrillos la actividad productiva predominante es el cultivo de tabaco. En determinadas épocas del año la demanda de trabajo se incrementa por lo que las familias estructuran sus dinámicas laborales y de cuidado en base a la producción tabacalera. En algunos casos se observa la presencia de niños y niñas trabajando con sus familias en algunas etapas de la producción, abriendo el debate sobre qué tipo de actividades pueden ser consideradas como trabajo y cuáles como una ayuda o aprendizaje.

Dahul (2017) plantea que las formas en que se organiza el trabajo y sus características propias condicionan la participación de niños y niñas, sobre todo en aquellos casos donde la unidad doméstica y productiva se superponen, haciendo que sea difícil diferenciar unas de otras, dando lugar así a la colaboración en conjunto con sus familias. Para las familias la organización del trabajo es problemática, ya que están en una disyuntiva entre hacer que los niños y niñas acompañen y permanezcan (en el caso de vivir en la misma explotación) con los adultos en el lugar de trabajo, o se queden solos teniendo que autocuidarse o al cuidado de otros miembros del hogar, que también son niños, niñas y adolescentes, que pueden estar en situación de trabajo infantil doméstico. Dahul (2017) considera que “a menudo no es más tranquilizador que llevar a los niños al trabajo donde al menos están cerca de los adultos” (p.178). La vida cotidiana muestra que en el desarrollo del trabajo reproductivo se van articulando diversas estrategias en relación a las limitaciones estructurales, lo que pone en vinculación a distintos sujetos, según los márgenes de posibilidad y preferencias (Cerletti, 2010, p.242).

Crovetto (2013 en Labruné y Dahul, 2017) problematiza la ausencia de alternativas a servicios públicos de cuidado que suelen hacer que los niños queden solos en sus hogares, desarrollando tareas domésticas y de cuidado. Para Remorini (2020) en las interacciones

de niños y niñas al cuidado de sus hermanos(as) menores se evidencia que no solo replican las pautas que observan de los adultos, sino que también pueden introducir innovaciones. Según esta autora el cuidado entre hermanos representa una valiosa contribución a la subsistencia de la familia, ya que permite a los adultos distribuir tareas acordes a las competencias y posibilidades de sus integrantes.

Nos interesa indagar en las ideas de cuidado que circulan en torno a la presencia de niños y niñas en la producción tabacalera y sobre las actividades domésticas que desempeñan como parte de organización de la vida y qué acciones se llevan a cabo para abordar esta temática. En el departamento de Cerrillos niños y niñas de familias trabajadoras agrícolas, organizan las actividades reproductivas y de cuidado en relación a los tiempos laborales de los adultos y en ciertos casos a los suyos. Cuando no asisten a las escuelas, se quedan en las casas haciendo tareas de limpieza, cocina, al cuidado de los hermanos, que también son niños, como una forma de ayudar a las familias, de quitarles el peso de hacer esos trabajos cuándo regresen a casa.

Dichas actividades son vistas desde una posición negativa, tanto la participación en espacios productivos trabajando, como el trabajo doméstico al interior de la unidad familiar. Desde diversas instituciones se problematiza esta cuestión y se desarrollan actividades para cuidar a los niños y niñas particularmente en el verano, meses donde más trabajo realizan los adultos. Las nociones de cuidado infantil “adecuado” o “inadecuado” difieren según los actores intervinientes. Este será el aspecto que analizaremos en el marco de una política concreta: el Programa “Jardín Crecer”.

PROGRAMA “JARDÍN CRECER”

Este reúne a los programas “Jardines de cosecha” y “Jardín Crecer” y es desarrollado por el Registro Nacional de Trabajadores y Empleadores (RENATRE) en todo el país. Estos programas unifican esfuerzos con el objetivo manifiesto de “mejorar la calidad de vida de las familias rurales tabacaleras” del departamento, “previniendo y erradicando el trabajo infantil los meses de verano”, e involucran a un gran número de instituciones públicas (nacionales y provinciales) y privadas tales como la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; empresas que conforma la Red de empresas contra el Trabajo infantil, la Asociación Mutual de productores tabacaleros de Salta, la Cooperativa de productores tabacaleros de Salta y la Cámara del tabaco de Salta. El programa “Jardín Crecer” está en marcha desde 2015, participan 200 niños y niñas de 1 a 12 años, y están distribuidos en 4 centros en el departamento Cerrillos, además de 50 participantes en el paraje Betania de General Güemes.

Dicho programa se lleva a cabo en el tiempo de vacaciones de verano, donde se entiende que niños y niñas pueden estar “desprotegidos”. Se utilizan las instalaciones de diversas escuelas donde NyN asisten de 8 a 16 hs de lunes a viernes, reciben desayuno, almuerzo y merienda, se realizan controles de peso y talla, revisiones médicas y odontológicas. Además de ello realizan talleres, juegos, deportes, actividades recreativas. En palabras de sus representantes lo fundamental es que “estén protegidos”, brindarles “seguridad a las familias de que sus hijos están cuidados, protegidos, en un entorno seguro, alejado del trabajo y los peligros”.

Los objetivos principales que delinea el programa en relación a “contribuir a la prevención y erradicación progresiva del trabajo infantil” así como a “cuidar a niños y niñas de los peligros que conlleva quedar solos en sus casas nos hablan de una predominancia en el discurso de la infancia como mera destinataria de cuidados, el cual ha sido estructurado, por parte del programa y por la idea o teoría extendida del cuidado, por marcaciones de edad y género, para poder reflejar el dominio de ejercicio exclusivo de adultos (Landeira, Zuker y Llobet, 2023). Desde la perspectiva de sus actores, el programa busca “alejar” a niños y niñas de los entornos entendidos como “inseguros”, circunscritos a ámbitos agrícolas/productivos y también las unidades domésticas cuando niños y niñas desarrollan tareas de cuidado. En este sentido observamos que el Programa brinda horas de cuidado, contención y seguridad para niños y niñas, constituyéndose como una política que tiende a la desfamiliarización del cuidado (Faur, 2014) desde particulares definiciones del “cuidado infantil adecuado”, la protección y el riesgo.

Estas primeras problematizaciones dejan abiertos diversos interrogantes en torno a la recepción del programa por parte de las familias en relación a sus propias definiciones del cuidado apropiado, el tipo de participación de niños y niñas en las propuestas del Programa y fundamentalmente los desafíos que se presentan a la hora de inclusiones y exclusiones de la propia política. Como manifiestan sus representantes los criterios de inclusión al Programa comprenden a niños y niñas cuyas familias estén registradas en el Renatre o hayan trabajado en el último tiempo de manera registrada. De manera que aquellos niños y niñas cuyas familias se encuentran en “situaciones de mayor vulnerabilidad” debido a la informalidad de los trabajos deben desarrollar diversas estrategias para conseguir cupos o bien, quedan por fuera de su cobertura.

EL CHACO SALTEÑO Y EL PLAN UNIR

UNA APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE LAS INFANCIAS INDÍGENAS EN LAS TIERRAS BAJAS

Como señalan Abeledo y otros (2020), el uso del territorio ha sido fundamental para la subsistencia y reproducción social de estos pueblos³ sin embargo, la expansión agropecuaria ha resultado en la deforestación masiva, desplazando a comunidades hacia áreas urbanas y periurbanas, conllevando a una doble exclusión: la pérdida de tierras y la falta de empleo. Actualmente, muchas comunidades aún carecen de títulos de propiedad sobre sus tierras, enfrentando conflictos con actores privados.

El desplazamiento también ha afectado la seguridad alimentaria de estas comunidades, limitando el acceso a alimentos y medicinas tradicionales. Según Naharro y otros (2023), la mitad de las familias indígenas de los departamentos de Rivadavia, Orán y General San Martín no tiene acceso a agua corriente, lo que afecta gravemente la salud infantil y se refleja en altas tasas de mortalidad de menores de cinco años.

A principios del siglo XXI, casos de desnutrición infantil en comunidades indígenas del Chaco salteño captaron la atención pública. Un diagnóstico participativo hasta 2019 mostró que la mortalidad infantil indígena, aunque disminuida, sigue triplicando la tasa provincial. Diversos actores, incluyendo la Defensoría Nacional de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, han emprendido acciones legales y políticas para revertir esta crisis, especialmente en los departamentos de Rivadavia, Orán y General San Martín, declarados en “emergencia sociosanitaria” desde 2020.

Tanto informes de la defensoría del pueblo, organizaciones civiles y estudios científicos de corte antropológico (Leavy, 2015; 2022) han descrito el escenario social de las comunidades indígenas del Chaco salteño, brindando evidencia del vínculo existente entre la desigualdad estructural y la emergencia sociosanitaria de la niñez, que devienen en cuadros de desnutrición aguda. En línea con los trabajos realizados por Leavy (2022), problematizamos cómo las políticas públicas y sanitarias reducen como locus de intervención, en pos de morigerar estos padecimientos, a las formas de cuidado infantil y crianza, catalogándolas como “inadecuadas”.

3 Wichí, Chorote, Chulupí, Iogys, Weenhayek, Tapiete, Qom, Guaraní, Tupí Guaraní, Ava Guaraní y Chané (Abeledo y otros, 2021).

POLÍTICAS FOCALIZADAS PARA LA PRIMERA INFANCIA

El Plan UNIR, implementado por la Subsecretaría de Primera Infancia de Salta, tiene como objetivo el “acompañamiento integral” a familias indígenas en entornos rurales. En 2022, alcanzó a unas 3000 familias y 3300 niños y niñas de 0 a 8 años, incluyendo a mujeres embarazadas. El programa se desarrolla en 8 zonas rurales de los departamentos de Orán, General San Martín y Rivadavia. Incluye intervenciones para fortalecer la accesibilidad a servicios estatales y mejorar la situación de las familias en contextos de “vulnerabilidad sociosanitaria crítica”. El programa tiene como antecedente a los Centros de Primera Infancia Rurales⁴ desarrollados en 2016. Según documentos de UNICEF y el gobierno de Salta, la iniciativa busca acelerar el progreso hacia la Agenda 2030, adoptando un “enfoque intercultural y de desarrollo humano”.

Cabe señalar que la coyuntura política actual también ha impactado presupuestariamente sobre este Programa: hace algunos meses un portal de noticias local anunciaba que funcionarios provinciales habían “conseguido” el financiamiento nacional para sostener su funcionamiento, dejando en evidencia que la continuidad de la política, tuvo que ser negociada con la gestión del Ministerio de Capital Humano⁵.

Un antecedente fundamental para situar y comprender este tipo de políticas focalizadas en la primera infancia lo constituye la investigación doctoral de Paz Landeira (2021) donde analiza el aumento de políticas centradas en la primera infancia y las competencias parentales. Landeira sostiene que las categorías de “desarrollo infantil temprano” se han convertido en ejes centrales de intervención de agencias, proyectos y narrativas vinculados al desarrollo y la modernización dirigidos al Sur Global, y en América Latina, en particular destinada a “combatir la denominada transmisión intergeneracional de la pobreza”. En base a una indagación empírica en el programa nacional Primeros Años, advierte una creciente indagación e intervención definida en términos neurocognitivos y socioemocionales y

4 Cabe señalar que aunque generalmente un Centro de Primera Infancia se caracteriza por contar con infraestructura y recurso humano para brindar horas de cuidado a niños y niñas de 0 a 5 años. En este caso los CPI funcionaban en escuelas e iglesias próximas a parajes y comunidades donde “se trabajaba acompañando a las familias para fortalecer prácticas de salud e higiene, desarrollo integral y alimentación” (refuerzo alimentario para niños y niñas, madres y mujeres embarazadas, y alimentación complementaria en casos que lo requerían) (UNICEF y Gob. de Salta, 2021 , p.14)

5 www.cuarto.com.ar/desarrollo-social-nacion-garantiza-a-salta-fondos-de-los-programas-focalizados-y-unir/

orientada por la idea de un “potencial a alcanzar”. Asimismo, señala la preeminencia de estas definiciones en tanto ideal normativo de pretensión universal. De esta forma, el “desarrollo infantil temprano” se constituye en un nodo polisémico de imaginación e intervención sobre la sociedad futura. Desde un enfoque más abarcativo, esta problematización permite identificar la conexión entre este tipo de políticas focalizadas y las propias ideas del “desarrollo humano” (Álvarez Leguizamón, 2019) entendido como una propuesta frente a carencias no solo de recursos sino también, a la falta de capacidades.

Desde distintas vertientes de estudios latinoamericanos sobre niñeces se han elaborado fuertes críticas a este tipo de pretensiones universalizantes de los paradigmas de desarrollo, socialización y protectionistas de la infancia; y como ya hemos señalado, se han elaborado argumentos respecto a que el desarrollo y la naturaleza infantil deben ser abordados como procesos sociohistóricos y culturales, de tal forma se hace necesario considerar los modos diversos de organizar la variabilidad humana (Fonseca, 1999 ; Remorini, 2013).

TALLERES DE CRIANZA: EL CUIDADO INFANTIL INDÍGENA COMO “CAPACIDAD FAMILIAR” A OPTIMIZAR

Una de las líneas de acción del Plan UNIR es la promoción de “buenas prácticas de crianza” a través de talleres dirigidos a madres, padres y cuidadores. Estos talleres abarcan temas como el desarrollo infantil, alimentación saludable, saneamiento ambiental, salud preventiva, y la promoción de rutinas saludables. Se han implementado independientemente del Plan UNIR desde 2016 con el programa “Crianza sin Violencia”⁶, inicialmente financiado por UNICEF.

A partir de 2020, bajo el Plan UNIR, se expandieron los talleres a comunidades indígenas en el norte de Salta, con dos objetivos principales: documentar la situación socioeconómica de estas comunidades y reducir la desnutrición crónica mediante el fortalecimiento de competencias parentales. El informe “Las prácticas de crianza en comunidades indígenas del pueblo wichi” ofrece un análisis antropológico sobre la crianza indígena, describiendo aspectos como rutinas diarias, roles de género y transmisión cultural. El informe constituye un significativo aporte en la construcción de una noción más amplia y situada

6 Como señalan Villalta y Llobet (2023) a partir de la década de 2000, UNICEF y otras organizaciones internacionales iniciaron un activismo tanto en el terreno normativo como estrategias regionales y nacionales de sensibilización en torno a la “crianza libre de violencias”; también puso en agenda temas como las violencias sexuales en ámbitos cotidianos, la trata de niñas y niños con fines sexuales, los escenarios virtuales como ámbitos de violentación (Anastasia González, 2019), etc.

del cuidado infantil en comunidades indígenas, aunque deja un vasto campo de indagación etnográfica abierto respecto a las particularidades que ésta presenta en el pueblo wichí en la coyuntura actual.

La disposición discursiva a incorporar la “perspectiva intercultural” se plasma también en documentos oficiales que “adaptan” los talleres de “Crianza sin Violencia” a contextos interculturales. Estos retoman aspectos desarrollados en el informe antes citado, remarcando la necesidad de contemplar cómo las prácticas de crianza se ven afectadas por factores culturales, cosmovisiones y condiciones socioeconómicas que inciden en determinados grupos sociales históricamente situados. Sin embargo, estas orientaciones no modifican sustancialmente los propósitos de los Talleres de Crianza (UNICEF, 2018) que promueven nociones como “hábitos saludables”, “límites”, “alimentación responsiva”, y “crianza sin violencia”.

Los documentos elaborados por UNICEF y el gobierno provincial señalan como un aspecto clave para la incorporación de la “perspectiva intercultural” consiste en la incorporación de acompañantes familiares pertenecientes a comunidades originarias como recurso humano en ambas políticas⁷. Constituye un área significativa de vacancia el indagar empíricamente en las dinámicas, relaciones, interacciones y discursos que se habilitan en este tipo de intervenciones, así como en la situación y la propia perspectiva de los(as) acompañantes familiares originarios respecto a ellas, ya que en la “Sistematización de la experiencia de acompañamiento familiar en contextos rurales en Salta” de un total de 20 entrevistas a funcionarios, profesionales y trabajadores, ninguno de ellos(as) era indígena. Algo análogo sucede con las entrevistas que analizamos en esta ponencia, realizadas a funcionarios no indígenas. Una de las referentes de la línea señalaba que en la planificación, la organización y el planteo de los talleres

En algunos casos hacemos que la misma comunidad sea protagonista de estos talleres, es decir, que el referente comunitario o que el cacique también se haga partícipe (...) y respondemos a las temáticas o demandas que ellos mismos nos van planteando. Por ejemplo, hace poco estuvimos viendo sobre huertas comunitarias. En una de las comunidades llevamos adelante un taller comunitario respondiendo a esta necesidad que ya estaban planteando y actualmente se trabajó la

7 Cabe señalar que no todos los acompañantes familiares pertenecen a comunidades indígenas. Tampoco contamos con precisiones respecto a los pueblos originarios a los cuales pertenecen. Sin embargo, en entrevista con una de las coordinadoras del plan en 2022, se hizo referencia al frecuente trabajo en “duplas” de acompañantes familiares originarios bilingües y “criollos”.

plantación y las semillas, quedamos como ahí en el proceso de esperar que crezcan, después con recetas y poder trabajar un poco la alimentación responsiva⁸(Entrevista a funcionaria Plan UNIR, 27/4/2022)⁹.

En líneas generales, estas apreciaciones se reiteran en las entrevistas a funcionarios y profesionales (no indígenas) del Plan para los(as) cuales las prácticas de crianza indígena suelen reconstruirse como nociones “culturales” a “respetar”, “comprender” y “no invadir”. Resulta sugerente indagar en profundidad las formas que adquiere esta intervención, en tanto el (único) sentido hacia el cual el cuidado infantil aparece como capacidad “mejorable” no pareciera admitir variantes, aunque tampoco coordinadas precisas. Identificamos que gran parte de los ejes desarrollados en los talleres de crianza, a pesar de contar con un andamiaje discursivo que permite situar la crianza y el cuidado hacia niños y niñas indígenas, se orientan al desarrollo de aspectos valorados como neutralmente positivos y mayormente, bajo la forma de una “competencia parental”; es decir en términos individualizantes y bajo los cuales subyace una idea adulto responsable del cuidado que difícilmente dialoga con los particulares procesos económicos y socio-culturales que configuran las actuales condiciones de vida del pueblo wichí en el norte de la provincia. Tal es el caso de nociones como las de “hábitos”, “límites”, “alimentación responsiva”, “alimentación saludable”, “crianza sin violencia ni estereotipos de género”, entre otras. Sobre este último eje, resulta especialmente relevante indagar en relación al terreno de las prácticas, relaciones y tensiones que se abren en los marcos de intervenciones orientadas a desnaturalizar “roles y estereotipos de género” tanto en la organización social del cuidado como en la socialización del género en la crianza, y su particular recepción e implicancia en distintas configuraciones sociales del pueblo wichí.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de esta ponencia se han explorado enfoques teóricos para conceptualizar el cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNyA), así

8 “La alimentación responsiva es un enfoque que plantea que la labor de los padres es ofrecer una variedad de alimentos saludables en porciones apropiadas para la edad a la hora de las comidas y los refrigerios. Es tarea del niño decidir qué y cuánto comer. La alimentación responsiva ayuda a los niños a aprender a reconocer cuándo tienen hambre y cuándo están llenos” (Academia Americana de Pediatría en Ohio y del Departamento de Salud de Ohio, 2021).

9 En una entrevista realizada en el marco de una Consultoría para la elaboración de un diagnóstico sobre los servicios públicos de prevención y respuesta frente a las violencias contra niñas, niños y adolescentes en dos provincias coordinada por Valeria Llobet y Carla Villalta en el año 2022.

como el contexto social específico de Salta, donde las políticas de cuidado se enfrentan a realidades complejas, especialmente en áreas rurales e indígenas. En este análisis se consideraron dos programas clave: el Programa Jardín Crecer y el Plan Unir. El primero ofrece horas de cuidado a hijos de familias trabajadoras del sector tabacalero durante las vacaciones de verano, en pos de erradicar el “trabajo infantil” y prevenir “situaciones de riesgo en el espacio doméstico”. Por otro lado, el Plan Unir interviene en un contexto de emergencia socio-sanitaria en comunidades indígenas del Chaco salteño, promoviendo prácticas de “buena crianza”.

La implementación de ambas políticas suscita interrogantes en cuanto a cómo se definen y entran en tensión las ideas de cuidado infantil frente a las violencias estructurales que afectan a niñeces y sus familias en ambos contextos. Esto nos invita a continuar indagando empíricamente acerca de las implicancias y desafíos de la aplicación de estas políticas de cuidado en contextos socioculturales tan diversos como los de la provincia de Salta.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Leguizamón, S. (2019) Desarrollo, Desarrollo Humano en La Pobreza en la prensa. *Palabras clave en los diarios de Argentina, Brasil, Colombia y México*, 209-224.
- Anastasia González, P. (2019). Erotización infantil y gramáticas afectivas: discursos sobre la infancia en la era 2.0 en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (31), 101-118.
- Ataide, S. (2020). Escuela y vida cotidiana. Un análisis sobre las representaciones que circulan en contextos escolares, rurales y migratorios de la provincia de Salta (Argentina). *Periplos, revista de investigación sobre migraciones*. Volumen 4.
- Cerletti, L. (2010). Una etnografía sobre las relaciones entre familias y las escuelas en contextos de desigualdad social. Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires.
- Colangelo, M. A. (2014). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. En *Primeras jornadas Diversidad en la Niñez*. Hospital El Dique.
- Dahul, M.L (2017). Formas de organización del trabajo y trabajo infantil en horticultura. Un estudio sobre la actividad de la comunidad boliviana en el cinturón hortícola del partido de General Pueyrredón. Tesis de maestría. Universidad Nacional de La Plata.
- Faur, E. (2018). Repensar la organización social y política del cuidado infantil. El caso argentino. *Género y cuidado: teorías*,

- escenarios y políticas, 172-187.
- Faur, E. (2019). El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Siglo XXI editores.
- Fonseca, C. (1999). El abandono de la razón: la descolonización de los discursos sobre la infancia y la familia. Revista "Sociedad.
- Hernández, M. C. (2019). Experiencias de niñez en la pobreza. Una cartografía de cuidados. *Runa*, 40(2), 93-111.
- Labrunée, ME y Dahul, ML. (2017). Bienestar de niños y niñas en el cordón frutihortícola del partido de General Pueyrredón. Los espacios de cuidado como promotores de derechos y la prevención del trabajo infantil. *FACES*, año 23 n°49. P.33-53
- Leavy, P. (2015). Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición. *Horizontes Sociológicos*, Año 3, Número 6: 54-72.
- Leavy, P. (2022). Tensiones en torno a la (des)nutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica. *Salud colectiva*, 18, e3839.
- Llobet, V., & Villalta, C. (2023). Moralidades de género y violencias contra la niñez: Las interpretaciones sobre las violencias en los sistemas de protección de la infancia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (39), e22314.
- Llobet, V.; Villalta, C. Economías morales del cuidado infantil. Familias, género y desigualdades en los programas de acogimiento familiar en la Argentina. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 61, p. 227–256, 2021.
- Marzonetto, G. L. (2019). La política de los programas de cuidado infantil en América Latina: Un análisis comparado de Argentina, Chile y Uruguay (2005-2015).
- Paz Landeira, F., Frasco Zuker, L., & Llobet, V. S. (2023). Infancia y cuidado: Reflexiones críticas desde perspectivas relacionales.
- Paz Landeira, F. (2022). *Desarrollo infantil, parentalidad y horizontes de bienestar: etnografía sobre políticas y saberes para la primera infancia en Argentina (2015-2019)* (Doctoral dissertation, Escuela Interdisciplinaria De Altos Estudios Sociales (Idaes); Universidad Nacional De San Martin).
- Remorini, C. (2013). Estudio etnográfico de la crianza y de la participación de los niños en comunidades rurales de los Valles Calchaquíes septentrionales (noroeste Argentino). *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, (42 (3)), 411-433.
- Remorini, C. (2020). Repensando las ecologías del cuidado infantil: agencia y reciprocidad en dos comunidades de Argentina. *AFIN* n°125
- Leavy, P. (2015). Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición. *Horizontes*

- Sociológicos, Año 3, Número 6: 54-72.
- Rodríguez Enríquez, C., Marzonetto, G., & Alonso, V. (2019). Organización social del cuidado en la Argentina: Brechas persistentes e impacto de las recientes reformas económicas. *Estudios del trabajo*, (58), 0-0.
- Szulc, A. P., Colangelo, M. A., Garcia Palacios, M. I., Leavy, M. P., Shabel, P. N., Hernández, C.,... & Morales, S. J. (2019). Niñez, alteridad y cuidado: reflexiones para un campo en construcción.
- UNICEF (2018). Talleres de Crianza. Guía para replicar la iniciativa.
- UNICEF y Gob. de Salta (2021) Sistematización de la experiencia de acompañamiento familiar en contextos rurales en Salta.
- UNICEF y Gob. de Salta (2021) Las Prácticas de Crianza en Comunidades Indígenas del Pueblo Wichí.

Lógicas de la producción del cuidado y vínculos entre varones jóvenes y servicios de atención primaria de la salud

Luciana Fulladoza*

INTRODUCCIÓN

Como parte inicial de una investigación en curso, en esta ponencia me propongo enunciar algunas lógicas que concurren en la producción del cuidado y vínculos entre varones jóvenes y servicios de Atención Primaria de la Salud (APS). Se basa en el trabajo de campo que he realizado desde febrero de 2024, mayormente a partir de mi integración a una red intersectorial territorial en la ciudad de Paraná, Entre Ríos, retomando de esta forma algunas experiencias profesionales previas en esta red —entre 2018 y 2019— y en otros servicios y dispositivos de salud locales entre 2018 y 2021, en torno a la temática.

Su punto de partida lo constituye la observación regular, en el ámbito de mi desempeño profesional —durante los años mencionados—, de trabajadores de la salud que advierten que los varones jóvenes “no llegan” a los Centros de Atención Primaria. Según constatan Tajer y otros (2018), los profesionales refieren que los varones jóvenes acuden a los servicios de salud en escasas ocasiones, la mayoría de ellas vinculadas a urgencias. En paralelo, diversos indicadores epidemiológicos aportan relevancia a estas observaciones, en tanto evidencian que la morbimortalidad en esta población se produce mayormente

* CIT Rafaela (CONICET-UNRaf) luciana.fulladoza@unraf.edu.ar

por causas evitables —homicidios, suicidios, accidentes, consumos problemáticos, entre otras— y en mayor proporción a lo que ocurre en otras franjas etarias y con las mujeres de su misma edad (Tajer et al, 2018). A lo largo del presente trabajo, se propone un diálogo entre algunas lógicas presentes en los servicios de APS y este emergente, que tensiona la organización, las concepciones y las estrategias de las políticas sanitarias.

PERSPECTIVAS DE SALUD PARA LOS VARONES JÓVENES

En el cotidiano de los servicios de salud, los aspectos sociales que conciernen a los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado, y que caracterizan particularmente el cuadro epidemiológico de los varones jóvenes, son a menudo tratados como aquello que “excede” las capacidades y posibilidades de trabajo en salud. Legitimadas desde fines del siglo XVIII, tanto por criterios cientificistas como por el Estado, las lógicas de la biomedicina han invisibilizado o desplazado las particularidades sociales y políticas que forman parte de los procesos de salud. Actualmente, desde el paradigma biomédico, el abordaje de lo social implica un desplazamiento al subsector denominado “salud mental” (Azevedo Hemmi et al., 2020) que, desde estas lógicas, promueve un enfoque individualizante y acontextual (Manderson, 2016) de los padecimientos que supone, además, la psicopatologización o bien la expulsión de los llamados “casos sociales”. Se añade que, para hacer efectivo este abordaje, el sistema debe contar con personal especializado, insumos psicofarmacológicos al alcance, disponibilidad suficiente para la atención en consultorio y el trabajo preventivo. Sin embargo, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) suelen contar con escasos recursos especializados y prácticamente nulo presupuesto destinado a la prevención en salud mental. De este modo, el sector salud continúa sosteniendo un modelo de atención primaria clásicamente materno-infantil (Guida, 2020), que, mayormente, excluye las problemáticas juveniles de su campo de acción.

Por otro lado, debido a que la solicitud de atención a los efectores de salud no suele ser el modo predominante que toma el cuidado en los varones jóvenes, raramente los CAPS abordan de modo directo sus problemáticas prevalentes. Ante la detección oportuna, es habitual que el personal de salud demande la intervención de otros actores —familias, educación, organismos de protección de derechos— o que, en atención a su recurrencia, se pujan para la creación de efectores y programas específicos —para jóvenes, para el abordaje de los consumos, para la prevención del suicidio, etc.—. Asimismo, es frecuente que la iniciativa particular de profesionales o equipos que se interesan por estas problemáticas promueva prácticas alternativas, intuitivas o

artesanales en los efectores en los que trabajan, basadas en la convivencia, co-presencia y tensiones entre el enfoque dominante y perspectivas críticas.

Desde el marco que ofrece este modelo dominante, los “condicionantes estructurales” (Menéndez 2018:466) que constituyen los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado aparecen sumidos en las lógicas del riesgo epidemiológico, que reducen procesos sociales e históricos a variables naturales (Menéndez, 1988). Desde su comprensión multi-factorial, tanto *ser adolescente* como *ser varón* no son integrados como dimensiones fértiles para abordar los procesos de salud de los varones jóvenes, sino que se conjugan como causas explicativas de sus procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado. En la palabra de los/las trabajadores/as de salud, los varones jóvenes “no llegan” a los CAPS como producto de su etapa del ciclo vital y de su socialización de género. La perspectiva del riesgo, transforma así las probabilidades de ocurrencia en cualidades de las situaciones y los sujetos (de Almeida Filho et al., 2009), condicionando fuertemente las representaciones y prácticas. En este marco, lo social pierde su posibilidad de expresar formas específicas de las relaciones en contexto, tornándose en características fragmentadas esperables en una situación dada (Luxardo et al., 2020). Respecto de los jóvenes, las acciones que desde allí se despliegan suceden entre la omisión y las estrategias “amigables” (Ministerio de Salud, 2010) de acercamiento, que se asientan sobre la descripción de características específicas, homogéneas y esperables para cierta franja etaria. De modo similar, respecto de las masculinidades, la dimensión de género, puede encontrarse teñida de este enfoque homogeneizante. Además, aunque esta dimensión se encuentre en el imaginario profesional, dista de haber encontrado su lugar en las prácticas. Tal como lo plantean Luxardo y otros (2020), se observa que las lógicas del riesgo limitan la indagación de los procesos de salud-enfermedad/padecimiento-atención/cuidado en cada territorio y, en particular, la reflexión sobre los modos en que se recrean o alteran estas condiciones sociales desde las instituciones de salud. Así, se torna relevante analizar la producción del cuidado y vínculos entre los varones jóvenes y los servicios de APS desde un enfoque relacional, que recupere su dimensión procesual y contextual.

VARONES JÓVENES, DENTRO Y FUERA DE LA RED DE CUIDADOS

La red intersectorial territorial en la que me incluyo funciona propulsada por un CAPS pionero en la consecución de esta estrategia en la ciudad. Ha sostenido reuniones mensuales y actividades colaborativas que se ocupan de intervenir respecto de las problemáticas “del barrio” desde 2016 —con una interrupción entre 2021 y 2023, heredera de la

pandemia de COVID-19. Desde 2024, en lo que sería un segundo ciclo de la red, además de instituciones de salud, protección de derechos, educación y de mi inclusión a partir de mi proyecto de investigación, hay una fuerte presencia del área de cultura del municipio, lo que resulta determinante para que comiencen a participar en la red algunos vecinos. Sin embargo, no se ha considerado viable convocar a jóvenes del barrio a estos encuentros.

Al respecto, como se mencionó, las lógicas de la biomedicina inciden en los vínculos entre los jóvenes y los servicios de APS. Algunas ideas confluyen y se adaptan bien a este modelo, como la noción psicobiologicista de la “adolescencia”. Bajo esta categoría tan extendida, esta concepción instituye a las juventudes como una etapa del desarrollo en un proceso incompleto hacia otro estado superior (Álvarez Valdéz y Duarte Quapper, 2016), subordinando a las personas jóvenes. Ha constituido así una base fundamental para los Estados en la creación y adopción de normas y políticas públicas para esta población, destinadas incluso a protegerles de su propia “inmadurez” (García Suárez y Parada Rico, 2018). Esta concepción se encuentra en el fondo del modelo de derecho tutelar que, hasta hace cerca de dos décadas, les asignaba en nuestro país la condición de dependientes y que abrió a su paso imaginarios que invisibilizaron su participación en el espacio público (Batallán y Campanini, 2008). También se encuentra contenida en el enfoque de derechos empleado como marco de las intervenciones públicas desde la Ley “de protección integral” (Ley N° 26.061/05), cuyo énfasis sigue estando en los procesos encaminados a la corresponsabilidad en la protección y no al agenciamiento de las personas jóvenes (Vommaro et al., 2021).

De este modo, desde el espacio de la red, los varones jóvenes son considerados: “difíciles”, “complicados”, o bien, “diferentes”, “complejos”, “un desafío”, y se ha optado por plantear estrategias “acordes a la edad” para relevar sus intereses y proyectar actividades que los tienen como objeto. La “inmadurez” opera como fundamento en la segregación de los jóvenes de este espacio de participación. Así, los jóvenes son excluidos de la producción colectiva del cuidado, privilegiando su provisión por adultos reconocidos o autorizados desde los servicios de salud. Opuestamente, considerar su perspectiva, así como reconocer su agencia, es “la puerta de entrada para el respeto de los derechos vinculados al ámbito de la participación social..., igualando el estatus a los derechos de protección... que tradicionalmente han primado” (Pavez de Soto y Sepúlveda Kattan, 2019:201), porque se tiende a verlos como seres vulnerables.

La consideración de su vulnerabilidad psicosocial, junto a las problemáticas territoriales observadas por los actores de la red —entre

las que sobresalen el consumo de sustancias y las conductas suicidas en los jóvenes—, ha fomentado el interés en diseñar propuestas para los jóvenes, que tienen como objetivo generar espacios y redes de contención. En particular, se destacan entre estas propuestas, el espacio de fútbol y el del taller de rap, que cuentan con antecedentes que se retoman y reformulan en este nuevo ciclo de la red. En este marco, se observa que las estrategias intersectoriales de abordaje de las problemáticas juveniles ensayan y se debaten respecto de la participación de los jóvenes como actores sociales en los procesos del cuidado. Es posible dar cuenta de esto a partir de contrastar algunas observaciones en torno al espacio de fútbol y el taller de rap.

En lo que podría enunciarse como un primer periodo de la red —entre 2016 y 2020—, el espacio de fútbol al que acuden varones jóvenes, es garantizado por un vecino, en soledad y de modo voluntario. Aunque este es altamente valorado por jóvenes considerados “en riesgo” por los agentes de salud, el espacio de fútbol no cuenta con ningún apoyo institucional. Por su parte, la red ofrece un taller deportivo para niños/as. En cuanto al taller de rap, es uno de los espacios estrella de la red entre 2018 y 2019, con una dupla de talleristas, el acompañamiento de referentes de salud y la realización de una serie de actividades anudadas. Aunque sostiene una amplia participación y el apoyo de la red intersectorial, la financiación de los talleristas conlleva una ardua gestión, que implica explicar, cada vez, a los distintos organismos de gobierno, qué tiene que ver un taller de rap con la salud. Cuando, a causa de cuestiones presupuestarias y algunas situaciones de sabotaje por parte de varones jóvenes “satélites” al taller, se decide suspenderlo a fines de 2019, CM —un joven que participaba del mismo— se ofrece a coordinar el espacio de modo voluntario. Sin acuerdo por parte de los referentes institucionales, el taller se da por finalizado.

[Fragmento de una charla con CM, agosto 2024:]

CM (24 años): “Yo lo hacía, yo tuve mucha actividad de muchos eventos, salía, cantaba. La gente me escuchaba, me alentaba, y eso no... Me hacía bien, porque era... me sentía con otro ánimo y tenía otra cabeza. Me sentía bien, ya cuando empecé a abandonar eso, que ya no había más oportunidades, que no había más lugares para hacerlo, eso hizo que me tirara abajo”. “Fue cuando se cortó el taller. Yo pensé que me iban a dejar a mí, pero no me dejaron.”

En el segundo periodo observado, que inicia en 2024, el espacio de fútbol es reconocido como valioso y necesario, ausente desde que este vecino se retiró de su actividad en la post pandemia. A pesar de estas valoraciones, ofrecer un espacio similar para jóvenes aparece, hacia

dentro de la red, como un obstáculo a trabajar. Pese a las mejores intenciones y según explica una vecina, resulta dificultoso proyectar la inclusión de los jóvenes porque, desde los 14 o 15 años: “están en cualquiera”. Luego de algunas conversaciones, y con muestras de apoyo de la Municipalidad, un espacio de fútbol femenino infantil, que suele incorporar a niños de modo solidario, se muestra permeable a recibir también a varones hasta sub 16 “si se portan bien”. En cuanto al taller de rap, un nuevo proyecto encarado esta vez por el Municipio —en el marco de un proceso de recualificación y desarrollo turístico en la zona—, propone incluir a CM en la coordinación del taller. Al respecto, referentes de salud consideran —en base a la experiencia transcurrida cinco años atrás— que el joven no estaría en condiciones de coordinar un grupo y lo comprenden como un riesgo a asumir por el Municipio. Es posible inferir, entonces, que el cálculo del riesgo impidió en aquel momento el acompañamiento por parte de los servicios de salud respecto de prácticas autónomas de cuidado.

Sobre estas barreras, es posible situar que los varones que viven en *territorios vulnerables* (Passerino, 2021) y signados por lógicas de excepción (Machado y Martiñán, 2021), producen experiencias y normativas de masculinidad atravesadas por desigualdades que configuran un sector marginal de prácticas dentro del horizonte normativo de la masculinidad hegemónica, entre las que se encuentra el cuidado. Algunos estudios que analizan fenómenos complejos, como la violencia y el consumo, señalan que estos, muchas veces, constituyen, a la vez, modos de vida, subjetivación y cuidado y modos de degradación, que responden a racionalidades propias de un contexto determinado (Bourgeois, 2010; Duschasky y Corea, 2002). Pese a esto, las intervenciones de la salud pública, continúan focalizadas en el cambio de actitud de las poblaciones con modelos de la elección racional de las clases medias” (Luxardo y Passerino, 2020:120). Esto supone la visión de un individuo que tiene por delante una decisión, dando por sentado una elección racional que reduce todo aquello del cotidiano que sostiene los cuidados a la toma de decisiones individuales. En este punto, “la dimensión normativa de la promoción de la salud representa un obstáculo para el cuidado” (Estrella, 2014:52). Es posible hipotetizar que, en el ámbito de los servicios de salud, el rechazo a la (auto) agresividad, como rasgo identitario de lo masculino en franca oposición con lo considerado “saludable”, se torne en la expulsión y subalternización de los varones jóvenes.

A lo largo del tiempo referido, en el barrio se han reiterado actos vandálicos por parte de varones jóvenes, tanto hacia el espacio de encuentro de la red —un centro cultural estatal, recientemente recuperado— como hacia el CAPS. Es posible referir estos acontecimientos

a las distintas “lógicas de poder que atraviesan dichos espacios y se expresan de formas particulares” (Machado y Martiñán, 2021:297). Según explica Martuccelli (2019), los integrantes de los grupos socialmente subordinados, se ven en la tarea de “aprender a protegerse de las instituciones, de sus errores o insuficiencias, de sus prescripciones imposibles o contradictorias” (p. 27), desarrollando prácticas de cuidado en sus márgenes. Los jóvenes no son objetos pasivos de las estructuras y procesos sociales (Pavez de Soto y Sepúlveda Kattan, 2019). Al respecto, diversos estudios sitúan que la masculinidad que es expulsada intenta encontrar modos de habitar la periferia, actuando de forma compensatoria y facilitando la recuperación de espacios de poder perdidos donde le es posible (Cela Bertran, 2020; Fuller 2018). En sus distintas presentaciones, estos jóvenes pugnan por existir para el otro, luchan así para la constitución de su confianza, respeto y estima (Di Leo et al., 2018). Por el otro lado, en el marco de una relación con los jóvenes construida en base a la lógica benefactor-beneficiario (de Carvalho Mesquita Ayres et al., 2016) y ante los actos vandálicos, los/las agentes estatales sienten insuficientes sus recursos y acciones, e intentan sobreponerse a ello rápidamente, teniendo como premisa la insistencia. El polo opuesto, a evitar, lo constituyen la individualización o la familiarización de la producción del cuidado, que facilita la configuración de imaginarios que los producen como victimarios o culpables e impulsan los procesos de exclusión.

La red ha promovido intervenciones destinadas a los varones jóvenes que apuntan a la convivencia, la apropiación de los espacios y al sostén comunitario. Aunque continúan excluidos de las reuniones intersectoriales, puede observarse que las acciones de la red se han encaminado hacia procesos participativos. Como parte de este proceso, desde la apertura del espacio de fútbol, se han sumado unos diez jóvenes entre 13 y 16 años. Las iniciativas de la profe fomentan estratégicamente su participación y compromiso con la actividad, a lo que los jóvenes responden con el cuidado de la cancha y de las niñas con quienes comparten los entrenamientos, en su interés de continuar asistiendo a dicho espacio. Con el foco puesto en aquellos jóvenes que vandalizaron el centro cultural, la coordinación de este centro planea ofrecer la conexión de internet con acceso libre en sus alrededores, a cambio del cuidado del edificio, en lo que pareciera inaugurar una negociación, devenida del reconocimiento o presunción de una necesidad aún no articulada por los jóvenes. Finalmente, para el taller de rap, la propuesta termina por incluir la formación de CM como tallerista en un espacio acompañado.

En el contexto de un Estado nacional que se retira y profundiza aún más la precarización en la que ya se encontraban las políticas

destinadas a infancias y juventudes, que se suma a un empobrecimiento agudizado intencionalmente en pos de los valores de mercado, diversos actores locales confluyen en intereses y valores. Ensayan, desde la intersectorialidad, alternativas de producción colectiva del cuidado que enfatizan los postulados de la atención primaria de la salud integral. En este proceso, se observan algunas lógicas que dificultan los vínculos entre los varones jóvenes y los servicios de APS y obstaculizan la participación de los jóvenes en la producción del cuidado. Entre ellas, se exploraron la individualización de los procesos de cuidado y su desplazamiento al subsector de la salud mental; el enfoque del riesgo y su lógica multi-factorial y determinista; y la concepción de los jóvenes desde una perspectiva adultocéntrica y acontextual.

BIBLIOGRAFÍA

- Azevedo Hemmi, A. P.; Wargas de Faria Baptista, T.; de Rezende, M. (2020) O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>
- Batallán, G.; Campanini, S. (2008) La participación política de niños@s y jóvenes-adolescentes. Contribución al debate sobre la democratización de la escuela. *Cuadernos de Antropología Social* N° 28, pp. 85–106. FFyL, UBA. ISSN: 0327-3776
- Bourgois, P. (2010). *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Ed. Siglo XXI.
- Cela Bertran, X. (2020). *Masculinitats (in)habitables: transaccions, gènere i patiment mental entre els adolescents i joves* [Tesis doctoral]. Universitat Rovira I Virgili.
- De Almeida Filho, N., Castiel L. D., Ayres J. R (2009) Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(3), 323-344, Septiembre – Diciembre.
- De Carvalho Mesquita Ayres, J.R., França Junior, I., Junqueira Calazans, G. y Saletti Filho, H.C. (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (ed.) *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 135-162). Ed. Lugar.
- Di Leo, F.; Güelman, M.; Sustas, S. (2018). *Sujetos de cuidado: escenarios y desafíos en las experiencias juveniles*. Grupo Editor Universitario.
- Duarte Quapper, Klaudio (2016) Genealogía del adultocentrismo. La constitución de un patriarcado adultocéntrico. En: Duarte Quapper, K.; Álvarez Valdés, C. (2016) *Juventudes en Chile*.

- Miradas de jóvenes que investigan*. DOI: <https://doi.org/10.34720/szmm-c937>. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Duschatzky, Silvia; Corea, Cristina (2020 [2002]) *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Ed. Tinta Limón.
- Estrella, P. (2014) Promoción de la salud y cuidado en San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina. En: Domínguez Mon, A.; Perner, S.; Pére, S. (comp.) *De la agencia social a la salud colectiva. Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas*. Ed. Universidad Nacional de Río Negro.
- Fuller, N. (2018). *Difícil ser hombre: nuevas masculinidades latinoamericanas*. Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- García Suárez, C. I.; Parada Rico, D. A. (2018). “*Construcción de adolescencia*”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *Universitas Humanística*, núm. 85, pp. 347-373. Pontificia Universidad Javeriana. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh85.cach>.
- Guida, C. (2020) La retórica de los cambios en las relaciones de género y masculinidades desde los discursos de salud global. En: Madrid, Valdés, Celedón (comps.) *Masculinidades y políticas en América Latina. Veinte años de estudios y políticas para la igualdad de género*. Ed. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Ley Nacional 26.061/05 *Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2014.
- Luxardo, N.; Passerino, L. M.; Sasseti, F.; Heredia, C.; Palermo, C.; Billordo, J.; Brage, E.; Alva, L.; López, F.; Calzia, T. (2020) Antecedentes del concepto “determinantes sociales de la salud” en el estudio de las desigualdades”. En: Sustas, Sebastián Ezequiel; Tapia, Silvia Alejandra; Venturiello, María Pía (comp.) *Investigación e intervención en salud. Demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. Ed. Teseo.
- Luxardo, N., Passerino, L. (2020). Deudas en Salud Pública: Coordinadas teóricas ausentes en intervenciones sanitarias con poblaciones “difíciles de alcanzar”. *Cuestión Urbana - Año 4 Nro. 7*.
- Manderson, L.; Smith-Morris, C. (2010) Introduction: Chronicity and the Experience of Illness. En: *Chronic Conditions, Fluid States. Chronicity and the Anthropology of Illness*. Piscataway NJ.:

- Rutgers University Press.
- Martiñán, L. M; Machado, L. (2021) La violencia hacia la vida. Una mirada etnográfica en torno a la gubernamentalidad de la pobreza. *Astrolabio*, 26, 290-311.
- Martuccelli, D. (2019) Variantes del individualismo. *Estudios Sociológicos*, Vol. 37, No. 109 (enero-abril), 7-38. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/26798651>
- Menéndez, E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988, 451-464.
- Menéndez, E. L. (2018) Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*. 2018;14(3):461-481. DOI: 10.18294/sc.2018.1838
- Ministerio de Salud (2010) *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*.
- Passerino, L. M. (2021). Experiencias en territorio: vulnerabilidad y problemáticas sanitarias en barrios periurbanos de Paraná (Entre Ríos - Argentina). *Saúde e Sociedade*, 30(2), 1-12.
- Pavez de Soto, I.; Sepúlveda Kattan, N. (2019) Concepto de agencia en los estudios de infancia. Una revisión teórica. *Sociedad e Infancias*, Ediciones Complutense. ISSN: 2531-0720. <https://dx.doi.org/10.5209/soci.63243>
- Tajer, D.; Reid, G.; Gaba, M.; Cuadra, M. E.; Solís, M.; Fernández Romeral, J. (2018) Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Papeles de trabajo*, ISSN 1851-2577, noviembre, Año 12, (22), 104-122.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Vommaro, P.; Rodríguez, E.; Perozzo-Ramírez, W.; León, D.; Ospina-Alvarado, M. C. (2021) Políticas públicas y perspectiva generacional: reflexiones en y desde América Latina y el Caribe. *Pilken Sección Ciencias Sociales*, ISSN 1851-3123, oct/dic, 24 (5), 47-60