Trayectorias antropológicas y trabajo en salud

Diálogos, intersecciones y desafíos

II Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina

Compiladoras
Adelaida Colángelo, Alfonsina Cantore, Diana Weingast, María Pozzio, Mariana Lorenzetti, Romina del Monaco, Victoria Castilla

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

Trayectorias antropológicas y trabajo en salud

Comité Académico

Dr. Eduardo Menéndez
CIESAS, México

Dra. Alejandra Roca
Secretaría de Ciencia y Tecnología, UNPaz

Lic. Alicia Cattáneo
FFyL, UBA

Dra. Anahí Sy
ISCO, UNLa. CONICET

Dra. Mabel Grimberg
ICA, FFyL, UBA. CONICET

Dr. Marcelo Sarlingo
FSOC, UNICEN

Dra. María Epele
FSOC, UBA. CONICET

Dra. Silvia Hirsch
IDAES, UNSAM

Dra. Susana Ortale
FaHCE, UNLP. CIC/PBA

Dr. Alejandro Goldberg
ICA, FFyL, UBA. CONICET

Dra. Ana Dominguez Mon
FSOC, UBA. UNRN

Lic. Leila Mir Candal
Hospital Ramos Mejía, CABA

Dra. Magdalena Chiara
ICO, UNGS

Dra. Mariana Lorenzetti
INMeT, Ministerio de Salud Nación

Dra. María Cecilia Scaglia
ICS, UNAJ

Dra. Susana Margulies
ICA, FFyL, UBA

Lic. Victoria Barreda
Ministerio de Salud del GCBA

Comité Organizador

Dra. Adelaida Colángelo
FTS, UNLP. CIC, PBA

Lic. Alfonsina Cantore
ICA, FFy L., UBA

Prof. Daniela Cormick
Hospital Penna, CABA

Mg. Diana Weingast
FaHCE-IdIHCS, UNLP/CONICET

Dr. Juan José Gregoric
UNPaz-UBA-UNSAM

Prof. Lía Ferrero
IESCODE, UNPaz

Dra. Nélida Barber
FFyL, UBA

Lic. Ana Valero
FCNyM, UNLP

Lic. Clara Pierini
ICO; UNGS

Mg. Débora Swistun
IDAES, UNSAM

Dr. Diego Díaz Córdova
ISOC, UNLa

Lic. Laura Piaggio
Ministerio de Salud CABA

Dra. María Pozzio
ICS, UNAJ

Dra. Romina del Mónaco
FSOC, UBA. CONICET

Dra. Victoria Castilla
IDAES, UNSAM/CONICET

II Jornadas de la
Red de Antropología y Salud de Argentina

Trayectorias antropológicas y trabajo en salud

Diálogos, intersecciones y desafíos

Compiladoras

Adelaida Colángelo, Alfonsina Cantore,
Diana Weingast, María Pozzio, Mariana Lorenzetti,
Romina del Monaco, Victoria Castilla

redASA

Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos, intersecciones y desafíos. Actas de las Segundas Jornadas de la red de Antropología y Salud de Argentina redASA / Compilado por Adelaida Colángelo ... [et al.]. - 1a ed. -Susana Ortale; María E. Epele. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 2020.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-86-6918-2

1. Antropología. 2. Salud. I. Colángelo, Adelaida, comp. II. 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

Prólogo 15
María E. Epele

Construyendo la Red. Experiencias del quehacer antropológico en salud 19
Comisión Coordinadora de la REDASA

Conferencia Inaugural. Cuerpos futuros: contaminación interna y sufrimiento ambiental 27
Cristina Larrea Killinger

Relatoría del Conversatorio Nº 1. Las ciencias sociales y las carreras de salud no hegemónicas: Diálogos posibles en torno del cuerpo, los cuidados, las discapacidades y los saberes profesionales 43
María Pozzio y Daniela Testa

Relatoría del Conversatorio Nº 2. Los aportes de la Antropología a la formación universitaria de las carreras de salud en Buenos Aires. El caso de la Enfermería, la Medicina y la Nutrición 47
Karina Faccia

Relatoría del Conversatorio Nº 3. Investigación e intervención antropológica en el campo de la salud: convergencias, complementaciones y temas pendientes que precisan dialogar 49
Juan Adrián Sotelo y Paula Estrella

Grupos de trabajo Nº 1
ALIMENTACIÓN Y SALUD
Relaciones estructurales y miradas antropológicas

Sobre la intersección de la alimentación y la salud. El caso de los ultraprocesados.....57
Juliana Ravazzoli

Una arqueología contemporánea de saberes y verdades sobre alimentación saludable 71
Paula Rodríguez Zoya

Narrativas del alimentar infantil. Aportes para pensar la vinculación entre pediatría, alimentos e infancias, a partir de un enfoque etnográfico.....81
Nuria Caimmi

¡Somos cuerpos!. Una mirada desde nuestro cuerpo que se (de)forma en el campo de la salud.....95
Juliana Huergo, Esteban Hugo Massobrio, Julieta Seplovich, Juliana Belén Ureta, María Daniela Bustos, María Julia Angeli, Vanesa Roxana Scarlatta, Perla Victoria Bognanno, Antonella Marconetti, Florencia Bainotti, Candela María Iriarte, Roberto Pérez Miranda

Grupos de trabajo Nº 2
CUIDADO Y DESIGUALDADES

Los sentidos sobre el cuidado infantil. La perspectiva de madres de sectores subalternos sobre el cuidado materno y sobre el cuidado profesional.....111
María Adelaida Colángelo, María Susana Ortale y Diana Weingast

Circuitos de información y aprendizaje sobre la crianza y el cuidado.....125
Melina Damiana Varela

En vías de la profesionalización del cuidado.....139
Stephanie Pintos Pelayo y Yanina Lando

Epistemología e intervenciones de enfermería. En busca del cuidado. Formación de auxiliares, técnicos y licenciados enfermeres, y reproducción en el modelo sanitario biomédico.....145
Gladys Chávez y Alex Franco

Grupos de trabajo Nº 3
ARTICULACIONES MACRO – MICRO EN EL ESTUDIO DE LAS TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD
Diálogos, intersecciones y desafíos

Activismos y despatologización de la experiencia trans. Diálogos entre lo global y lo local.....159
María Alejandra Dellacasa

Hemodiálisis, subjetividad y sufrimiento social.....173
Álvaro Dardo Flores

Reflexiones sobre el trabajo interdisciplinario en una Residencia en Educación y Promoción de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires.....185
Daniela García Clementi

Atención Primaria de la Salud e interculturalidad. Modos de hacer y estar entre trabajadores de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa. Lujan, Provincia de Buenos Aires.....199
Laura Haydeé Celia

Grupos de trabajo Nº 4
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD
Aportes y desafíos de la antropología en Argentina

Genealogía de la salud pública desde una perspectiva Biopolítica, para una reconfiguración bioética en las investigaciones relacionadas con la salud 221
Maximiliano García

Bioética de la investigación y salud pública. Más allá de la verdad.....231
María Marta Mainetti y Susana La Rocca

¿De la epistemología estímulo-respuesta a la epistemología dialógica? Reflexiones y desafíos de la investigación cualitativa en psicología.....243
Paula Mercedes Romero

Grupos de trabajo Nº 5
INTERSECCIONES ENTRE RELIGIÓN, SANACIÓN Y BIENESTAR

Medicina integrativa y complementariedad terapéutica, ¿hay lugar para la espiritualidad?.....253
Nahir Paula de Gatica

Grupos de trabajo Nº 6
INVESTIGACIONES EN SALUD INDÍGENA
Abordajes para repensar a las
"interculturalidades" en contexto

Políticas Públicas, Salud Intercultural y Estrategias comunitarias para el cuidado de la salud. Estudio de caso en 5 comunidades indígenas chulupí/Nivaclé distribuidas en el Departamento de Bermejo, Provincia de Formosa 269
Joice Barbosa Becerra y Luciana Vázquez

La salud intercultural en la formación universitaria.....283
Marcela Valdata, Analia Chumpitaz y Ana Bensi

Grupos de trabajo Nº 7
MÉTODOS Y TÉCNICAS EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

"Tiranía de los datos". Investigación científica y búsqueda de evidencia en psicoterapias cognitivas conductuales en Buenos Aires, Argentina 297
Romina Del Mónaco

La producción de conocimiento sobre aborto autogestionado en Argentina 309
Raquel I. Drovetta

Grupos de trabajo Nº 8
SALUD, AMBIENTE Y TRABAJO
Un abordaje etnográfico para la
comprensión interdisciplinaria

Trabajo y salud en la "obra". De la *experiencia* de los trabajadores a la construcción médico técnica del "riesgo" 325
Gretel Philipp

Grupos de trabajo Nº 9
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
Investigaciones científicas y experiencias de gestión

Centro de documentación de la Salud Pública en la ciudad de Rosario. Estrategia para destacar su valor como patrimonio histórico y experiencia sanitaria.....341
Sandra Gerlero, Cecilia Augsburger, José Dalonso, Cecilia Moyano, Cecilia Pinto y Ernesto Taboada

Hospital de Lezama. Indagación de los vínculos entre la humanización de la salud pública y la construcción subjetiva del paisaje desde la periferia 351
Verónica G. Meo Laos

Sistemas y servicios de salud. Investigaciones científicas y experiencias de gestión. Adolescencia: entre políticas y servicios de salud en la ciudad de Bahía Blanca 357
Ana Florencia Quiroga

Grupos de trabajo Nº 10
SALUD, AMBIENTE Y RIESGO
Encrucijadas entre la salud colectiva y el impacto medio ambiental del desarrollo

Una mirada interdisciplinaria e intersectorial de la Hidatidosis en la zona periurbana de San Carlos de Bariloche 371
Paula Caruso y Guillermo Mujica

Riesgo Ambiental e intersectorialidad. Resultados y experiencias en barrios de la Cuenca Matanza Riachuelo de la CABA 383
Maximiliano Peluso

Embodiment, biología local y abyección. Un modelo antropológico para el análisis de la corporización de la desigualdad ambiental.....395
Débora Swistun

La vida envenenada. Transformaciones y riesgos en las zonas rurales del partido de Olavarría 407
Marcelo Sarlingo

La intersectorialidad en el abordaje territorial de problemáticas de infraestructura y acceso a servicios básicos desde el CeSAC N° 16.....417
Armani MF, Demirjian FM, Gauna C, Kotzarew TE, Matusevicius J, Soto VI, Africano V

Representaciones sociales sobre factores ambientales percibidos de riesgo para la salud de poblaciones de la Región Centro.....427
Claudio Staffolani, Estibaliz Cuesta Ramunno, Alejandro Oliva y Julio González-Cobos

Riesgo, Espacio y Salud. Reflexiones en torno a la tuberculosis como problemática de salud pública de las ciudades....439
Andrés Martín Pereira

Grupos de trabajo Nº 11
PROCESOS DE SALUD / ENFERMEDAD / ATENCIÓN / CUIDADOS EN MIGRANTES Y REFUGIADOS/AS

Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba (Bolivia) en las ciudades de Comodoro Rivadavia (Chubut) y Caleta Olivia (Santa Cruz) y Colonia Caroya (Córdoba).....453
Brígida Baeza, Lila Aizenberg y Lorena Saletti Cuesta

Políticas focalizadas en salud y sus tensiones sobre el cuidado. Mujeres migrantes en Comodoro Rivadavia.....465
Carlos Barria Oyarzo

Violencia contra las mujeres en contextos migratorios. Experiencias, estrategias e implicancias en la salud/enfermedad/cuidado.....479
María Florencia Linardelli

Grupos de trabajo Nº 12
TRATAMIENTOS Y PADECIMIENTOS VINCULADOS A LOS USOS DE DROGAS

Procesos y Transacciones en la Legitimación de los Usos Medicinales del Cannabis en Argentina.....499
Marcelo Sarlingo y Gastón Barreto

Cannabis medicinal y recreativo. Ponderación antropológica de las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de marihuana.....509
Fernando Lynch

Grupos de trabajo Nº 13
ANTROPOLOGÍA, SALUD MENTAL Y DIÁLOGOS DISCIPLINARES ANTE PROCESOS TRANSFORMADORES

Saber, poder y subjetivación. Los medios de comunicación ante los procesos de reforma en salud mental en Argentina: la internación como analizador.....523
Milagros Luján Oberti, Ana Silvia Valero, Eugenia Bianchi, Paula Cantor, Silvia Faraone y Flavia Torricelli

El peso de la Ley. Un acercamiento al modo en que la normativa vigente en salud mental es considerada en el desarrollo de los procesos de internación y externación de un Hospital monovalente de la CABA 535
Eugenia Rouillé

Grupos de trabajo Nº 14
DESAFÍOS EN TORNO A LAS TRANSFORMACIONES SOCIOPOLÍTICAS EN EL ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD
Del modelo médico rehabilitador al modelo social

Aprendiendo a vivir con Parkinson: pérdida, sufrimiento y grupo de pares 553
Georgina Strasser y María de los Angeles Bacigalupe

¿Discapacidad en la infancia?. El Certificado Único de Discapacidad como política pública: dos modelos en tensión 565
Axel Levin

Resúmenes presentados en los Grupos de Trabajo
CONVOCATORIA DE LAS II JORNADAS DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA REDASA

Grupo de Trabajo Nº 1. Alimentación y salud. Relaciones estructurales y miradas antropológicas.....579

Grupo de Trabajo Nº 2. Cuidados y desigualdades.....587

Grupo de Trabajo Nº 3. Articulaciones macro-micro en el estudio de las trayectorias de atención y cuidado de la salud. Diálogos, intersecciones y desafíos 595

Grupo de Trabajo Nº 4. Ética de la investigación cualitativa en salud. Aportes y desafíos de la antropología en Argentina 603

Grupo de Trabajo Nº 5. Intersecciones entre religión, sanación y bienestar 607

Grupo de Trabajo Nº 6. nvestigaciones en Salud Indígena. Abordajes para repensar a las “interculturalidades” en contexto 613

Grupo de Trabajo Nº 7. Métodos y Técnicas en Antropología de la Salud 623

Grupo de Trabajo Nº 8. Salud, ambiente y trabajo. Un abordaje etnográfico para la comprensión interdisciplinaria 631

Grupo de Trabajo Nº 9. Sistemas y Servicios de Salud. Investigaciones científicas y experiencias de gestión 635

Grupo de Trabajo Nº 10. Salud, ambiente y riesgo. Encrucijadas entre la salud colectiva y el impacto medio ambiental del desarrollo 647

Grupo de Trabajo Nº 11. Procesos de salud/enfermedad/ atención/cuidados en migrantes y refugiados/as 655

Grupo de Trabajo Nº 12. Tratamientos y padecimientos vinculados a los usos de drogas.....663

Grupo de Trabajo Nº 13. Antropología, salud mental y diálogos disciplinares ante procesos transformadores 669

Grupo de Trabajo Nº 14. Desafíos en torno a las transformaciones sociopolíticas en el abordaje de la discapacidad. Del modelo médico rehabilitador al modelo social.....675

Prólogo

> *"Ciruelo de mi puerta, si no volviese yo,*
> *la primavera siempre volverá.*
> *Tú, florece. (Anónimo japonés)"* (Conti, 2015: 7)

Con esta cita abre, como sabrán si tuvieron oportunidad de que llegara a sus manos, *La Balada del Álamo Carolina*, el escrito de Haroldo Conti. Y comienza….

> "*Uno piensa que los días de un árbol son todos iguales. Sobre todo, si es un árbol viejo.*
> *No. Un día de un viejo árbol es un día del mundo".* (Conti, 2015: 7)

Y el cuento narra ese día del árbol, su mundo en detalle, poniéndole voz a sus vivencias. La balada nos devuelve un mundo desconocido a través de la mirada extrañada de un álamo cualquiera, de un árbol viejo.

Lo que conmueve principalmente de *La Balada del Álamo Carolina*, y quisiera hacerles llegar hoy a Ustedes, es el especial montaje temporal en que nos sumerge la narración. Hay un efecto particular que produce la escritura: mientras más avanzamos, a medida que más nos sumergimos en la textura del mundo del árbol, en sus vivencias, mayor es el extrañamiento, la desorientación que se produce al terminar el cuento.

Al final del texto, hay un momento de ruptura que, como un rápido destello, modifica por completo lo que habíamos estado leyendo y viviendo hasta ese momento.

El destello, al final de la balada, revela que no era el árbol el que hablaba, ni alguien, es decir, un autor que contaba su experiencia: era un hombre viejo, recostado en la sombra del árbol, quien había estado haciendo el relato, el que nos hizo ver el mundo, desde la mirada del árbol.

Era este hombre tan viejo y cansado que se confundía con el álamo, él que al final del texto, se revela como la persona que narra lo que había soñado mientras dormía, cuando se pensaba árbol, cuando había vencido el desarraigo con raíces bien sujetas en la tierra, cuando era solo un árbol y no era bosque…cuando todavía no había partido…

Algo en las palabras, en sus texturas, en el modo de escribirlas, esta suerte de destello que abre en el tiempo un espesor y movilidad que desafía lo lineal e irreversible, todo esto y en conjunto, revuelve toda coordenada fija de las vivencias y lecturas.

El avanzar que nos fuerza a regresar, el final que se transforma en principio, el retroceder que nos hace progresar, no solo rompe con el sentido de la acumulación lineal de palabras. También, produce una conmoción en la lectura, nos hace interrogarnos acerca de ¿quién narra?, ¿sobre qué vida, de cuáles mundos se están hablando?

Comenzar estas jornadas, las *II Jornadas de la Red de Antropología de la Salud*, con la referencia de este texto de Haroldo Conti, no es solamente un agradecimiento al espacio en que nos recibieron y nos alojaron hoy. También, es un homenaje a la persona, al escritor y militante que lo representa, que nos deja recostarnos un rato bajo su sombra.

Si nos damos el permiso de escuchar lo que Haroldo Conti dice sutilmente y al ritmo de balada, posiblemente podamos hacer de estas jornadas, de este encuentro, una experiencia que también conmueva algunas de las coordenadas desde las que trabajamos en antropología y en el campo de la salud.

Sin embargo, pareciera que estas analogías, árboles, sueños, miradas, ritmos y ni que hablar de las baladas, se chocan y estrellan contra la pared de las crudas realidades que venimos viviendo. Para muchas y muchos, para las mayorías en Argentina y países de la región, se han extremado los procesos por los que sus sueños han sido condenados a ser vividos bajo el régimen de las catástrofes cotidianas, de las emergencias, de las necesidades inmediatas. Las complejas y profundas crisis económicas y políticas, los golpes de Estado en ascenso en Latinoamérica, la fragilización de las democracias por la desigualdad abismal en nuestras sociedades; la criminalización, represión y muertes crecientes por las fuerzas de seguridad y militares; la vigilancia y la regulación opresiva y binaria de los pensamientos y comportamien-

tos, reavivadas y empujadas por iglesias e instituciones patriarcales y racistas; todo conjuntamente vulnera, violenta y arrasa con derechos, la igualdad, las diferencias, las voces de los pueblos originarios, de los sectores marginalizados, de las minorías de género y de las mujeres. Todas estas catástrofes, crisis, tensiones y conflictos vienen siendo transformadas por el capitalismo neoliberal en combustible para su expansión y radicalización, produciendo crecientes malestares, dolencias y sufrimientos, que comprometen la subsistencia, la salud y supervivencia de muchos, de todas, todos, en la región y en nuestro país.

En los momentos en que se extrema la devastación y la incertidumbre, sin embargo, también a través de vínculos, acciones y movimientos colectivos y de resistencia, en ocasiones, se logra transmutar algunas necesidades en deseos, las opresiones en derechos, las acciones aisladas en políticas que lucha contra la desigualdad y la segregación, que en conjunto sean productoras de otros presentes y horizontes.

Como todas sabemos, estas aflicciones y desafíos son la materia misma de nuestro quehacer, lo que nos confronta día a día nuestro trabajo siempre con otros, siempre socializado. En momentos tan críticos, las condiciones de posibilidad y la potencia de nuestro trabajo también se han visto profundamente afectadas y deterioradas. Como sabemos nuestro trabajo se desarrolla y florece al amparo de políticas que reconozcan la importancia del sistema público de educación, de salud, de las producciones científicas y culturales para lograr movilidades sociales, políticas y territoriales, nuevas prácticas y lenguajes que permitan vivir y enunciar los modos locales de bien-estar, y que alivien algo de las heridas que la marginación y pobreza crónica no dejan de producir y profundizar.

Aquello que recibimos de Haroldo Conti, en sus escritos y su vida, y particularmente a través de *La Balada del Álamo de Carolina* -que dicen los que saben es su texto más antropológico (Zieger, 2002)- es también una invitación a revisar como llevamos a cabo el trabajo antropológico. Específicamente, como escuchamos, vemos, hablamos, actuamos, intervenimos y escribimos con las personas, los conjuntos sociales y las complejas realidades que ellas viven, que vivimos y problematizamos. Una política de la reflexividad que descolonice nuestros argumentos y evite la reproducción en nuestro propio trabajo de ciertos mecanismos capitalistas, de extracción, apropiación, colonización, mercantilización de las experiencias, que van talando los colores, la carnadura, los tonos y la fuerza con que la gente las vive y relata.

Esta balada, además, nos interpela inevitablemente en nuestro trabajo sobre como alojamos al árbol, no al bosque, es decir, lo minoritario en la producción antropológica, lo contracorriente respecto de los discursos y argumentos dominantes en cuya sombra nos sentimos seguros. Nos interroga no sólo sobre como tratamos aquello

que tiene la potencia de despertarnos y conmover nuestras certezas y hábitos tradicionales, sino también nos recuerda la parcialidad, la fragilidad y el carácter situado de nuestros saberes. ¿En qué grado nos exponemos y abrimos a aquello en lo que no nos reconocemos?, ¿en lo que nos confronta con la diferencia?, ¿con lo que nos tenemos que esforzar para darle la bienvenida?

Para ir terminando, esta breve presentación de las jornadas, que no deja de entrelazarse con las palabras de Haroldo Conti, me parece ineludible destacar algo más que subrepticiamente se cuela y nos interpela en lo que él expresa. ¿Cómo reconocer y participar de otros mundos brotando frágilmente o ya existentes que hacen la vida más vivible, aunque sepultados por la hojarasca espesa hecha de discursos apocalípticos, catástrofes económicas, políticas omnipresentes de desolación y desasosiego que no nos deja verlos con claridad, oír su llamado, entender su lenguaje, o seguir su rastro?

Como en la revelación al final de la balada, como el destello que abre otras lecturas, que nos despega de lo predestinado e inicia un devenir abierto e incierto, esperamos que este encuentro tenga la potencia de producir efectos inesperados que nos faciliten: inaugurar espacios; romper con la abulia que produce la repetición de lo mismo; afrontar el vértigo que nos somete la confrontación con vidas invisibilizadas y marginadas; sobrellevar la extrañeza del trabajo comprometido con los desafíos del presente.

Ya sabemos que cuando las crisis muestran sus rostros más dolorosos, se extreman las exigencias que nos agobian en nuestro quehacer.

Pero, la primavera volvió, y está entre nosotras, y con ella se abren otras y nuevas oportunidades para que nuestra tarea esté a la altura de los grandes desafíos que estamos viviendo.

Que hoy estemos acá, que este encuentro sea posible, el hecho de que, con diversas experiencias y trayectorias, con diferentes deseos y expectativas, nos hayamos movilizado para llegar hoy, es definitivamente un buen augurio, un destello que abre un espacio en el tiempo, y que nos llena de alegría.

María Epele (CONICET-UBA)
Buenos Aires, 25 de noviembre de 2019

Referencias

Conti, H. (2015) *La Balada del Álamo Carolina*. Buenos Aires, Emecé.
Zieger, C. (2002) Un día del mundo. *Página 12*.

Construyendo la Red

Experiencias del quehacer antropológico en salud

COMISIÓN COORDINADORA
DE LA REDASA*

Este libro compila la conferencia inaugural, las ponencias presentadas en los Grupos de Trabajo, las relatorías de los conversatorios y los resúmenes de las II Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina: *Trayectorias Antropológicas y Trabajo en Salud. Diálogos, Interacciones y Desafíos*, realizadas en el Centro Cultural Haroldo Conti, los días 25, 26 y 27 de noviembre del 2019, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las Jornadas contaron con un Comité Académico y un Comité Organizador representativo de las universidades, centros de investigación, de formación, ministerios y centros de salud pública en los que trabajan antropólogas/os, principalmente del Área Metropolitana de Buenos Aires. Asimismo, recibieron el apoyo institucional de: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC); Colegio de Graduados de Antropología de la República Argentina (CGA); Sociedad Argentina de Antropología (SAA); Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata (FaHCE, UNLP); Instituto de Ciencias Antropológicas de la

* Epele María (FSOC, UBA. CONICET), Ferrero Lía (IESCODE, UNPaz), Lorenzetti Mariana (INMeT. FHyCS-UNaM), Ortale Susana (FaHCE, UNLP. CIC/PBA), Piaggio Laura (Ministerio de Salud CABA).

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires (ICA, UBA); Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín (IDAES, UNSAM); Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (CONICET-UNLP); Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús (ISCO, UNLa); Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano (INAPL); Instituto Nacional de Medicina Tropical (Ministerio de Salud de la Nación); Grupo de Trabajo, Diseño y Políticas de Salud del Área de Política Social del Instituto del Conurbano, Universidad General Sarmiento (ICO-UNGS); Centro de Investigación sobre Problemáticas Alimentarias Nutricionales de la Escuela de Nutrición, Universidad de Buenos Aires (CISPAN); Asociación Civil de Profesionales de Antropología, Comunicación, Sociología y Afines del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (APACSA); Secretaría de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ).

Las II Jornadas fueron el resultado de una breve historia que tiene como correlato la progresiva conformación de la red. Este espacio fue consolidándose con la realización de una serie de reuniones, encuentros y jornadas donde fueron convergiendo distintos equipos de trabajo de las distintas regiones del país.

La Red de Antropología y Salud de Argentina (en adelante REDASA), se inició en el año 2017, con el objetivo de poner en relación, visibilizar, articular y fortalecer el trabajo antropológico en el campo de salud en nuestro país. El quehacer antropológico en salud se ha constituido en un campo dinámico en el que confluyen la investigación, la docencia y la gestión, orientado a interrogar, entender y aportar herramientas ante un repertorio diverso de malestares y padecimientos en diferentes sectores sociales y en diversos contextos geopolíticos. A diferencia de otras aproximaciones, el abordaje antropológico busca trabajar desde las perspectivas y experiencias del bienestar, de la salud, de las prácticas de cuidado y atención de los propios conjuntos sociales. El campo de la antropología de la salud está caracterizado por una alta productividad teórica, innovación metodológica, experiencia en intervenciones y diálogos interdisciplinarios. La regionalización y contextualización de los saberes y las prácticas se ha convertido en un desafío en la producción y desarrollo de abordajes antropológicos a fin de que se correspondan con las prioridades que asumen los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidado en nuestro país. Las rápidas modificaciones sociales, económicas, tecnológicas y políticas asociadas a la expansión del capitalismo neoliberal global y de Latinoamérica en particular, se vienen materializando en un espectro cada vez más amplio de fragilidades y dolencias en los sistemas de atención y cuidado de las mismas. Al ritmo de estas transformaciones,

se agregan nuevos e inéditos desafíos a los modos de vivir, entender e intervenir en estas complejas cartografías sociales.

En Argentina, el quehacer antropológico en salud se ha constituido en un campo de investigación, formación, transferencia y gestión de creciente relevancia. Crecientemente antropólogas/os trabajan en este campo en diferentes regiones del país, en una diversidad de temáticas, perspectivas y métodos que lo atraviesan y caracterizan, contribuyendo a la relevancia de la salud pública en las problemáticas incluidas dentro de este dominio.

La organización de la REDASA estuvo guiada por el propósito de coordinar de manera conjunta y a nivel federal, las propuestas de trabajo acorde a los objetivos que fueron definidos en este período. Nuestro objetivo central como Red es reunir, visibilizar, actualizar y reflexionar a partir de los aportes del trabajo antropológico en el campo de la salud en Argentina, generando lazos, intercambios y debates tanto hacia el interior del campo profesional como con las instituciones, asociaciones y colectivos de la comunidad en donde nuestras actividades tienen injerencia.

Partiendo de algunos encuentros y conversaciones informales, la Primera Reunión de la Red tuvo lugar el 4 de septiembre del 2017 en el Museo Etnográfico "Juan B. Ambrosetti" de la Ciudad de Buenos Aires (FFyL, UBA). Nuestro segundo encuentro pudo concretarse en diciembre del 2017, en el marco del XII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM), organizada por la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Asimismo, diversas reuniones y comunicaciones con diferentes equipos de trabajo de investigación, gestión y docencia se llevaron durante el año 2018 con el objetivo de darle forma a la Red, atendiendo a las inquietudes y perspectivas de sus miembros.

De este modo se fue gestando el *Primer Encuentro de la Red de Antropología y Salud* cuya convocatoria se centró en *La Transferencia en el Campo de la Antropología de la Salud*. Organizado por los equipos de la Universidad Nacional de La Plata, específicamente por las antropólogas de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, del Instituto de investigaciones de Humanidades y Ciencias Sociales, de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Facultad de Psicología y de Trabajo Social, este primer encuentro se llevó a cabo el 28 de mayo del 2018, en la ciudad La Plata.

Con posterioridad, el 19 de octubre del 2018, se realizaron en Olavarría las *I Jornadas Nacionales de la Red de Antropología y Salud: La Antropología de la Salud Hoy*. En aquella oportunidad, fue el Equipo de Antropología de la Salud de la Facultad de Ciencias Sociales, en

conjunto con la Escuela Superior Normalizada de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN), quienes nos permitieron continuar con los intercambios, abriendo sus puertas y constituyéndose los anfitriones del evento.

Durante todo este proceso iniciado en 2017, la red pasó de contar con algo más de veinte miembros, hasta llegar a la actualidad con más de cien miembros (ver www.redasa.net.ar). La conformación de la red se fue consolidando con la integración de antropólogas/os de diferentes regiones del país, orientando la articulación entre docencia-investigación-gestión, la búsqueda del fortalecimiento de los desarrollos locales según las problemáticas prioritarias de salud del área considerada. Con este propósito, se fueron sumando a la idea del trabajo en Red personas formadas ya sea en grado y/o postgrado en Antropología de instituciones diversas: universidades, programas y centros de investigación, ministerios, institutos y centros de salud pública, asociaciones civiles, profesionales y organizaciones no gubernamentales de diferente orden.

A diferencia de las reuniones y encuentros internos de la red, que focalizan en el trabajo para el desarrollo y constitución de la misma, las Jornadas de la Red de Antropología y Salud, son abiertas a diferentes profesionales de las ciencias sociales y del campo de la salud: sociología, psicología, trabajo social, medicina, enfermería, nutricionistas, abogacía, entre las principales. Esta apertura busca articular la antropología con otras miradas de diferentes disciplinas sociales que comparten el campo de salud, que se entrelazan en el trabajo interdisciplinario de investigación, intervención y en la formación de profesionales. De esa manera buscamos fortalecer el intercambio de las experiencias y trayectorias que han recreado las contribuciones antropológicas en vinculación con otros enfoques analíticos tanto en los ámbitos formativos como en los procesos de investigación y en las praxis que hacen al abordaje de las diversas problemáticas de salud.

II Jornadas de la Red de Antropología y Salud

La convocatoria de las II Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina, estuvo fundamentada en la articulación de tres dimensiones: a) Las perspectivas teórico-metodológicas en la problematización de los procesos, políticas y demandas de la salud-enfermedad-atención y cuidado; b) Antropología e interdisciplina en la investigación, intervención y formación en el campo de la salud; c) La dimensión ética de la investigación y la intervención en salud.

Estas dimensiones buscan integrar no solo los diferentes tipos de quehaceres antropológicos (investigación, docencia e intervención) en el campo de salud, sino incluir otras disciplinas en la problema-

tización y en el debate de las diferentes temáticas que han sido abordadas en el desarrollo de las jornadas.

Los paneles temáticos han sido uno de los espacios de las jornadas en las que se ha logrado articular estas dimensiones, procurando pensarlas en su mutua retroalimentación. Así, las presentaciones y debates de los paneles, entrelazaron las distintas voces, con diferentes trayectorias y experiencias forjadas en las diversas regiones del país.

El panel *Antropología de la Salud: trayectorias, perspectivas y desafíos actuales* trabajó en dos sesiones en días consecutivos. Con y a través de las diferentes miradas, la convocatoria del panel apuntó a realizar un recorrido por las variadas experiencias en los ámbitos de formación, intervención e investigación, dando cuenta de los diversos abordajes teórico-metodológicos, la vinculación entre problemáticas y tipos de trabajo de campo e intervenciones sociales, como así también de los interrogantes que configuraron los modos de hacer Antropologías de la Salud en Argentina. Las presentaciones en estos paneles fueron realizadas por antropólogas/os de diferentes generaciones, trayectorias, contextos de inserción, instituciones, y perspectivas analíticas. En la primera sesión participaron como expositoras la Dra. Mabel Grimberg (ICA, FFyL, UBA/ CONICET), la Mag. Lidia Schiavoni (Departamento de Antropología, UNaM), la Lic. Marcela Valdata (CEAPROS/ UNR) y la Dra. Alejandra Roca (Secretaría de Ciencia y Técnica-UnPaz/FFyL, UBA); como comentarista la Dra. Mariana Lorenzetti (INMeT/ FHyCS, UNaM) y como moderadora la Prof. Lía Ferrero (IESCODE, UNPAZ). En la segunda sesión participaron como expositoras la Dra. Susana Margulies (ICA, FFyL, UBA), la Dra. Susana Ortale (FAHCE, UNLP. CIC, PBA), la Dra. Laura Recoder (ICA-FFyL. Residencia, Secretaría de Salud de la Nación) y la Mag. Diana Weingast (FaHCE-IdIHCS, UNLP/CONICET). En esta ocasión participó como comentarista la Dra. María Epele (FSOC, UBA/ CONICET) y como moderador el Dr. Matías Stival (CEAS, UNR). En el desarrollo de las sesiones se historizaron los abordajes teórico-antropológicos en salud del área de Buenos Aires y de algunos de los principales centros académicos del país. Entre las dimensiones abordadas se destacaron: las relaciones entre las agendas de problematización antropológica, los contextos histórico-económicos y regímenes de poder; los intercambios entre programas y centros de investigación de diferentes regiones del país; los vínculos entre el universo académico e intervenciones en los sistemas públicos de salud y en sectores sociales específicos; las características del trabajo antropológico en salud en contextos interdisciplinarios; y los problemas y desafíos actuales que nos interpelan.

El panel *Antropología en el Campo de la Salud: diálogos y tensiones en contextos interdisciplinarios* problematizó y visibilizó recorridos y experiencias de inserción de profesionales antropólogxs en instituciones de salud, específicamente en contextos y equipos interdisciplinarios, así como en diversas áreas del ámbito gubernamental (Programas, Direcciones, Secretarías, Ministerios) y/o en Organismos no Gubernamentales. Las presentaciones fueron realizadas por antropólogas con trayectorias de trabajo y contextos de inserción institucional diversos. Participaron de este diálogo la Lic. Victoria Barreda (Ministerio de Salud del GCBA), la Dra. Ana Pérez Declercq (Observatorio de Violencia contra las Mujeres, Salta), la Dra. Alma Tozzini (UNRN – CONICET), la Lic. Laura Piaggio (Ministerio de Salud del GCBA), la Lic. Alicia Cattáneo (FFyL-UBA), la Lic. Leila Mir Candal (Ministerio de Salud del GCBA – FPsic-UBA), oficiando de moderador el Dr. Juan José Gregoric (UBA-UNSAM-UNPAZ). El intercambio en esta instancia giro en torno de las siguientes dimensiones: la caja de herramientas antropológicas y las diferentes competencias adquiridas en instancias de formación del campo de la salud (residencias, especializaciones); las características del quehacer antropológico en diferentes contextos interdisciplinarios e instituciones, los modos de trabajar con otros/as (profesionales de la salud, gestores, organizaciones sociales, etc.) en el campo de la salud. Además, se exploraron las intersecciones y tensiones entre la producción académica y las intervenciones en gestión, las formas de construir conocimiento, de transferir y publicar los resultados. Finalmente, se conversó sobre los condicionamientos pasados y actuales que modelan y son modelados por el trabajo antropológico en contextos y equipos de trabajo interdisciplinarios.

El panel *Intersecciones entre antropología y salud mental: diálogos y desafíos ante nuevas formas de desigualdad y sufrimiento social y psi* se fundamentó en algunas de las perspectivas críticas de la antropología en general y de la salud en particular sobre los abordajes en el campo de salud mental, llamando a la reflexión sobre las terapéuticas, saberes y prácticas psi, los modos de producción de los sufrimientos, y los sistemas de atención y cuidado en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Integraron el panel el Dr. Diego Zenobi (ICA, FFyL, UBA/CONICET), la Dra. Anahi Sy (UNLa-CONICET), la Dra. María Epele (FSOC, UBA/CONICET). La moderación del mismo estuvo a cargo de la Dra. Romina del Monaco (FSOC, UBA /CONICET). Las disertaciones de los expositores problematizaron ciertas dimensiones sobre las tecnologías psi, a través de la historización de las genealogías locales de las nociones y terapéuticas (víctima, trauma, violencia institucional, etc.), los vínculos y tensiones entre el campo psi y el campo de los derechos humanos, y su extensión a

otros dominios de sufrimiento social que fueron emergiendo en la historia reciente de nuestro país.

¿Cómo enseñamos ciencias sociales en carreras de salud?: tensiones y desafíos en los procesos de enseñanza y aprendizaje, fue el panel centrado en pensar los modos de formación y capacitación en los campos disciplinarios de la salud. Este panel tenía como fundamento la interrogación sobre la incorporación de materias de ciencias sociales en general y de la antropología en particular en la formación superior de profesionales de la salud. A través del análisis de las formas de integración de los contenidos de ciencias sociales en las diferentes carreras de formación y especialización, se buscaba explorar las fragilidades y fortalezas en los procesos de enseñanza y aprendizaje que se inscriben en las diferentes universidades y centros de estudio. El panel estuvo integrado por la Dra. Ana D'Angelo (FCEyS y FCSyTS la U. N. de Mar del Plata), la Dra. Diana Milstein (CIS-IDES/CONICET), teniendo como comentaristas a la Dra. Grisel Adissi (UNAJ) y la Prof. Lía Ferrero (UNPAZ). A partir de sus experiencias, las expositoras pusieron en dialogo los aportes específicos de las ciencias sociales en la formación de profesionales de salud, reflexionaron en torno a las propuestas pedagógicas, sus vínculos con las carreras y especialidades en las que se inscribe su práctica docente, al *habitus* académico-epistemológico en ciencias sociales y sus relaciones con otros modos de enseñanza y práctica profesional, así como también en la necesidad de atender a las demandas e inquietudes de los estudiantes que cursan diversas carreras vinculadas a la salud.

El contenido de este libro de actas se corresponde con los distintos espacios y formas de intercambios que tuvieron lugar en las II Jornadas de la REDASA: apertura de las Jornadas, introducción del proceso en Red y racconto de las exposiciones de los paneles temáticos, la conferencia inaugural, las ponencias presentadas en los grupos de trabajo cuyos autoras/es autorizaron su publicación, las relatorías de los conversatorios realizadas por quienes coordinaron dichas instancias y todos los resúmenes de trabajos que recibió la convocatoria. Al incluir estos diversos materiales, esta compilación oficia como un modo de registro de la recepción que ha tenido este modo de construir en Red y lo significativo del encuentro.

Queremos agradecer espacialmente a todas las personas que nos han acompañado en este proceso, a quienes siguen apostando y confiando en la construcción de un espacio colectivo de trabajo. Ese quehacer en Red donde en el caminar, vamos reconociéndonos a partir de las múltiples voces y miradas que amplifican y visibilizan a la salud como un derecho inclaudicable.

Conferencia Inaugural

Cuerpos futuros: contaminación interna y sufrimiento ambiental

CRISTINA LARREA KILLINGER*

Cuando pensamos en cuerpos futuros inmediatamente proyectamos imágenes de ciborgs y seres biónicos, donde tecnología y biología se funden con el objetivo de elaborar dispositivos para la construcción de cuerpos más "perfectos". Sin embargo, esta visión pan-humana de un futuro diseñado para desafiar la biología y la propia naturaleza humana se encuentra limitada por otra mirada más distópica, la de un mundo precipitado a la incertidumbre y al caos debido a las huellas perversas que el capitalismo nos ha dejado al alterar el equilibrio de los sistemas terrestres y, por ende, el de predisponer un cuerpo sufriente y más enfermo. ¿De qué futuro estamos hablando? ¿Pensamos en una utopía con cuerpos perfectos y seres felices como los que Huxley nos ofreció en su visión de "un mundo feliz", o más bien nos recreamos en una visión catastrófica de un mundo abocado a la miseria de cuerpos enfermos y degradados por la contaminación del planeta, al estilo de "El cuento de la criada"?

Sabemos que las cosas no son tan simples y que tampoco podemos pensarlas de manera dicotómica, dependiendo de nuestro estado de ánimo y de nuestra fe en la humanidad. Creo que no se trata aquí

* Universitat de Barcelona, ODELA, INSA

de dilucidar si es mejor confiar en la capacidad humana de desarrollar tecnologías de mitigación y reducción de los efectos perversos del capitalismo o recurrir a discursos apocalípticos de llegada del fin del mundo en la que nos coloca la era del Antropoceno.

Tal y como argumenta Arturo Escobar (2016), estamos en un período de la historia de la humanidad en el que se plantean maneras distintas de diseñar nuestro mundo. Nos encontramos en una etapa en que las crisis ecológicas y sociales cuestionan el modelo actual de desarrollo y propugnan la búsqueda de otro modelo civilizatorio distinto cuyo diseño nos coloca de una manera diferente en el mundo, en el que se buscan diversas formas de relación entre los seres humanos y de éstos con los demás seres vivos, inertes e incluso espirituales. Esto implica transformar, a nivel ontológico y epistémico, el modo de pensar sobre el mundo y el lugar que la humanidad ocupa y significa en él, de sus responsabilidades con el territorio, y del compromiso que implica garantizar sus recursos para el futuro.

Es lo que Arturo Escobar define como la búsqueda del pluriverso de mundos socio-naturales interconectados y distintos al universo hegemónico de la modernidad. Se trata de reconocer los esfuerzos de transición de diversas propuestas alternativas que pretenden mostrarnos la luz al final del túnel. Una transición hacia pluriversos en los que quepan distintas maneras de hacer, vivir y estar en el mundo.

Que nuestro planeta está en problemas por las crisis sociales y ecológicas no es un asunto novedoso. Ivan Illich ya había publicado en 1978 que existían "síntomas de una crisis planetaria progresivamente acelerada" y añadía que "el gran proyecto (refiriéndose a la sustitución del hombre por la máquina) se (había) metamorfoseado en un implacable proceso de servidumbre para el productor, y de intoxicación para el consumidor".

Quizás lo novedoso sean las señales de advertencia, más claras y potentes, de que podemos llegar verdaderamente a su fin y, por lo tanto, de la necesidad de poner en cuestionamiento los valores que fundamentan la guía del modelo civilizatorio occidental. El calentamiento global, el cambio climático, las alteraciones climáticas serían procesos que expresarían muy bien el ejemplo de este colapso. ¿Es posible mitigar, reducir, controlar o desacelerar este proceso que nos conduce irremisiblemente a la muerte de la civilización? ¿Qué papel ocupa en este debate el sufrimiento humano, fruto de la crisis que interrelaciona pobreza, clima, alimentos y energía para elaborar propuestas transicionales y alternativas?

El objetivo de esta conferencia es reflexionar sobre estas crisis y sus críticas, pero desde un ángulo distinto. Nos proponemos analizar el proceso de "encarnación" de las heridas del Antropoceno a partir de

una mirada sociocultural hacia el cuerpo y su interior. Y en particular el cuerpo de la mujer.

Observar cuáles son los entramados socioculturales que se producen entre los cuerpos y los sistemas que habitamos. En particular, las "huellas" y "heridas" producidas por la contaminación por sustancias químicas sintéticas: desde los Compuestos Orgánicos Persistentes hasta los metales pesados y otros compuestos tóxicos que afectan la salud humana.

Compuestos químicos utilizados en la producción agrícola (pesticidas) e industrial que tienen efectos nocivos en el medio ambiente y la salud humana. Un ejemplo de contaminantes son los PCB (policlorobifenilos), las dioxinas y el metilmercurio.

Sustancias producidas por la industria química y petroquímica, utilizadas en la agroindustria (pesticidas) y la fabricación de objetos de consumo (ropa, cosméticos, material eléctrico, productos plásticos, etc.) y consumidas por los seres humanos (alimentos procesados, embalajes) o afectados por ellas por vivir en la ciudad rodeados de vehículos (contaminación atmosférica).

"Elementos cuya materialidad se apropia de nuestra humanidad", como nos dice Tim Ingold (2012). Compuestos, que proyectados por el diseño y el significado que se les confiere, se transforman en objetos de nuestra cotidianeidad. Fisicalidad del mundo que penetra en el interior de los cuerpos a través de la contaminación interna.

Desde la antropología del cuerpo, Margaret Lock nos propone situar el debate de los cuerpos a través del acercamiento a las ciencias biomédicas. A través de la categoría de "biologías locales", esta antropóloga nos enseñó a pensar sobre la "manera en que los procesos sociales y biológicos se vinculan permanentemente a través de la vida, asegurando un grado de diferenciación biológica entre los seres humanos" (2017). No hay un determinismo genético. La "diferenciación biosocial" sugiere la existencia de continuas interacciones entre los procesos sociales y biológicos, a través del espacio y del tiempo, sedimentándose en biologías locales".

La era del Antropoceno ha transformado esta diferenciación de manera más compleja, incierta, móvil y rápida, por lo cual es preciso analizar la biología local de modo situado. Por ejemplo, en el caso de los efectos epigenéticos de la exposición tóxica y la malnutrición en ambientes empobrecidos, la intensificación de la destrucción ambiental repercute también en el aumento de las desigualdades sociales.

Cuando colocamos en el centro de nuestra reflexión el estado del cuerpo en un contexto de crisis ecológica y social, los saberes biomédicos se contraponen, dialogan o transaccionan con otros saberes populares, incluidas diversas maneras de entender y practicar el cui-

dado. Este debate sobre las heridas del postdesarrollo en el cuerpo se intensifica cuando se trata de analizar sus efectos en el cuerpo de la mujer, al comprometer el futuro de la reproducción y el de los hijos. Hablamos de la cuestión de la transmisión intergeneracional de los compuestos tóxicos.

- ¿Cómo evaluar, reducir, controlar, mitigar o eliminar la circulación de sustancias químicas sintéticas en el interior del cuerpo que conllevan a comprometer y garantizar el desarrollo de un embarazo sano?
- ¿Quiénes son los agentes sociales responsables de controlar y comunicar estos riesgos?
- ¿Cuáles son las preocupaciones que las mujeres embarazadas y lactantes tienen sobre el futuro de sus hijos?

Si pensamos en una ecología de los materiales, me estoy refiriendo a las sustancias conocidas científicamente como xenoestrógenos (agentes hormonales activos). Son aquellos contaminantes ambientales que actúan sobre el sistema hormonal.

Aportaciones antropológicas significativas sobre los efectos de la exposición de compuestos químicos que comprometen la reproducción humana se han llevado a cabo en Vietnam, a causa de la contaminación por el agente naranja, o en Japón, por la contaminación de mercurio en el pescado cuyos efectos son conocidos como enfermedad Minamata, etc. (Lock, 2017).

En esta conferencia tratamos de observar cuáles son las señales percibidas de esta crisis y qué prácticas se están desarrollando o diseñando para combatirla, tanto desde la ciencia como desde la sociedad. Tomamos en cuenta la coexistencia de múltiples dispositivos de intervención sobre el cuerpo humano para tratar de evaluarlo, controlarlo y protegerlo, como son el biomédico, tecnológico, político, activista, pero también para darle sentido y apoyo como el espiritual, moral y religioso, entre otros. Al pensar sobre el cuerpo, la responsabilidad se torna principalmente política, científica, ciudadana, sanitaria y económica.

Formulamos algunas cuestiones que van a estar presentes en el desarrollo de esta presentación:

- ¿Cómo se piensa actualmente el cuerpo en un mundo global, alterado por las crisis ecológicas y sociales? (Lock, 2016)
- ¿Cuáles son las huellas futuras que encarnamos en la crisis ecológica del postdesarrollo? (Lock, 2013)
- ¿A qué nos referimos cuando pensamos en la contaminación interna, es decir, en los niveles de exposición a contaminantes

ambientales procedentes de artefactos que rodean nuestra vida cotidiana (alimentos, cosméticos, ropa, etc.) y los efectos que estos productos podrían causar a nuestra salud presente y futura? (Porta et al., 2009)

- ¿Qué significa vivir en una situación de riesgo incorporado, latente y perverso por las características bioacumulativas y obesogénicas de los COP? (Kavanagh & Broom, 1998)
- ¿Cuáles son las experiencias de preocupación y ansiedad por la encarnación de las huellas del Antropoceno y sus señales en la reproducción y enfermedades no transmisibles? ¿Cuál es la posición ética que los investigadores deberían tomar al respecto?
- ¿Cuáles son las experiencias de sufrimiento ambiental de grupos sociales más vulnerables que viven o trabajan en zonas expuestas a los agrotóxicos, la minería a cielo abierto o la contaminación ambiental de las industrias? (Auyero & Swistun, 2007)
- ¿Qué implica sufrir en estos contextos injustos ambientalmente con cuerpos debilitados por la explotación y la contaminación, cuyos síntomas no siempre son claros ni tampoco los signos visibles para los expertos, pero que, sin embargo, representan preocupación, desarrollo de trastornos y enfermedades imprecisas, provocando incluso muertes no explicadas para los sufrientes? (Sze, Allen, Downie & Fenge, 2006)
- ¿Qué tipo de acciones y discursos alternativos a estos efectos surgen para combatir estas heridas? (Escobar, 2016)

Observamos, por un lado, ausencias del conocimiento científico y biomédico a la hora de difundir de manera amplia los resultados sobre los riesgos de los COP en la salud humana por parte de las administraciones públicas y los profesionales de la salud.

Mientras que, por el contrario, observamos respuestas emergentes para visibilizar estos riesgos, de manera más general, por parte de científicos, periodistas, grupos de activistas, afectados (enfermos, víctimas) y medios de comunicación. Estas respuestas convergen a favor de un mayor desarrollo tecnológico para la detección y evaluación de los COP, así como para favorecer cambios de modos de vida como una alimentación y salud "sin tóxicos" (agroquímicos).

Mientras que los primeros, científicos y periodistas, potencian el conocimiento y su difusión, los segundos, activistas y afectados, proponen un cambio epistemológico y ontológico en contra del postdesarrollo. Distintas posiciones que no siempre se encuentran enfrentadas.

En el centro de esta tensión entre ausencia/emergencia por detectar y combatir los efectos de la exposición de los COP, es interesante observar el papel que ocupa el cuerpo de la mujer en este debate y, en especial, en la etapa reproductiva debido al comprometimiento de la transmisión intergeneracional de los tóxicos.

- ¿En qué sentido la ausencia/emergencia del reconocimiento biomédico y social de la crisis ecológica en su impronta corporal que se observa en los procesos de contaminación interna y de sus efectos en las alteraciones de los sistemas endocrinos y reproductivos están presentes en los debates en la antropología del cuerpo? (Ver Margaret Lock, 2017)
- ¿Qué papel juegan las incertidumbres a la hora de justificar la falta de responsabilidades políticas y económicas en la producción de compuestos químicos para la elaboración de artefactos que comprometen la salud animal y humana, y en especial en relación con la producción y consumo de alimentos, cosméticos y otros artefactos propios del capitalismo? (Ver Tim Ingold, 2012)

A continuación, presentamos dos casos como ejemplos. El primero se centra en una investigación interdisciplinar realizada en España entre 2015 y 2018 sobre la contaminación interna y la percepción social del riesgo de los COP en el consumo de alimentos por parte de mujeres embarazadas y lactantes.

La segunda experiencia parte de un estudio etnográfico previo sobre las condiciones de salud en comunidades pesqueras en Brasil, entre 2010 y 2018, afectadas actualmente por el derramamiento de petróleo desde hace más de tres meses.

En ambas experiencias analizamos "cuerpos en riesgo" que despiertan preocupación por parte de un grupo reducido de expertos, científicos, médicos y activistas. Sin embargo, esta información difusa, parcial, desconocida y poco sedimentada social y políticamente estimula rumores y confusiones, generando indefensión y sufrimiento en grupos vulnerables.

Para el primer caso, situado en España, organizaremos esta parte de la conferencia en mostrar varios discursos: normativo, científico, activista y social:

1. ¿Cuál es el discurso normativo, administrativo y técnico de control sobre el riesgo de los COP y, en especial, de atención hacia las mujeres?

En España, el Ministerio de Transición Ecológica ha elaborado para este año un borrador del Plan Nacional de Aplicación del Conve-

nio de Estocolmo y del Reglamento (CE) n. 850/2004, sobre los COP, en el que reconoce la falta de información y divulgación de resultados de los programas de vigilancia, así como también señala la necesidad de orientar específicamente a los grupos más vulnerables, como niños, mujeres y personas mayores sobre estos riesgos (MITECO, 2019). Además, debido a que la exposición a los COP afecta especialmente los sistemas reproductivo, hormonal, nervioso e inmunológico, son las mujeres el grupo más afectado, por lo que se recomienda la realización de estudios centrados en la salud de las mujeres y los cambios en sus pautas dietéticas.

Primero, existe una orientación biomédica (epidemiológica y clínica) preocupada por el estudio de determinados efectos de la exposición de sustancias químicas sintéticas en las alteraciones de los sistemas hormonal, reproductivo, nervioso e inmunológico. A nivel científico, diversos científicos están mejorando los sistemas de detección de estos alteradores a través de la aplicación de distintos métodos de ensayo (con animales, matemáticos e in vitro).

Aunque sabemos, como apuntaba Ivan Illich en 1978, que las mejorías de la salud de la población no vendrían de métodos especializados más complejos sino de mejorar las condiciones de vida reduciendo la industrialización y sus efectos en el medio ambiente, todavía hoy continúa depositándose en el conocimiento médico-científico la esperanza de controlar las amenazas y riesgos que comprometen la salud humana. Seguimos elaborando estrategias complejas para dificultar la comprensión de un mundo cada vez más desconectado.

A nivel legislativo, la adaptación de medidas de regulación para el control de plaguicidas, biocidas, sustancias químicas (regulación REACH), productos sanitarios y agua se intensifican con nuevas prohibiciones de alteradores endocrinos. Uno de los casos más polémicos gira alrededor de la prohibición del uso de la sustancia química de Bisfenol A para la fabricación de biberones y otros envases para depositar alimentos que sean consumidos por los niños pequeños, así como para los trabajadores que están expuestos. Sin embargo, hasta el día de hoy Europa no ha prohibido totalmente el uso de este compuesto en la producción de envases, sino que, de manera contradictoria a lo que fue aprobado en el Parlamento Europeo en el año 2016, la Comisión Europea propuso la reducción del límite de migración de esta sustancia en contacto con los alimentos. Contradicciones fundamentadas por la enorme presión que empresas químicas como Bayer-Montsanto ejercen en la Comisión Europea y la de países como Alemania o España al quedar perjudicados si se prohibiera la producción de este compuesto. Por ejemplo, en Cartagena (pueblo de Aljorra), se encuentra la fábrica más grande de Europa de BPA.

En las investigaciones sobre los alteradores endocrinos y sus efectos en la salud humana y animal, la Comisión Europea aprobó una estrategia en 1999 que incentivaba la investigación, la regulación y la cooperación internacional en materia de alteradores endocrinos. Veinte años después, los avances que se han venido haciendo no se consideran todavía suficientes. Innúmeras publicaciones científicas muestran cómo la exposición a alteradores endocrinos se relaciona con determinadas enfermedades humanas en distintas etapas del desarrollo, en particular el desarrollo fetal y la pubertad, y cómo sus efectos a largo plazo pueden afectar el sistema endocrino de manera distinta, según sea el efecto acumulativo (mezcla o cóctel) y traducirse en una mayor susceptibilidad a contraer otras enfermedades.

Sin embargo, todavía se reconoce por parte de la Comisión Europea la necesidad de mejorar la reducción de alteradores endocrinos con la "transparencia y sostenibilidad de la evaluación del riesgo en la legislación alimentaria de la UE", el desarrollo de una "estrategia sobre el plástico" para fomentar el reciclaje, la "directiva sobre el agua potable", "un nuevo marco para los consumidores" y el "Paquete sobre mercancías", así como actualizar el marco de regulación sobre la seguridad y salud de los trabajadores expuestos a sustancias químicas peligrosas con alteración endocrina.

Aunque la Comisión Europea propone el principio de cautela que consiste en minimizar la exposición, acelerar el desarrollo de una investigación efectiva y con visión de futuro, y promover un diálogo activo con todas las partes involucradas, diversos científicos y activistas coinciden en la necesidad de ser más restrictivos y aplicar el principio de precaución. Inclusive, algunas instancias de la Comisión Europea asumen que el principio de precaución sea proporcional a la hora de gestionar situaciones de fuerte incertidumbre. En esos casos, se contempla a nivel procesual y normativo que este principio esté presente en todas las fases vinculadas en el control del riesgo, desde el análisis hasta la evaluación, comunicación, gestión y regulación.

Autores como Mendes, que publicó en 2015 que era de suma importancia para la evaluación de políticas públicas pasar del modelo de gestión probabilística del riesgo a un modo distinto de afrontar los riesgos futuros en contextos de incertidumbre e inseguridad, incluyó las ciencias sociales y humanas como las áreas de conocimiento con capacidad para llevar a cabo un análisis crítico y político del modo en que se plantea desarrollar una democracia dialógica que propicie la participación efectiva de los ciudadanos en la producción científica en torno a la gestión del riesgo.

La propia Comisión Europea reconoce que uno de los principales escollos a superar es que existen "distintos actos legislativos que con-

tienen planteamientos reglamentarios diferentes para las sustancias identificadas como alteradores endocrinos". Al adoptar el principio de cautela solamente se prohíbe una sustancia cuando se demuestra que es un alterador endocrino, lo que suele ser a veces difícil de demostrar debido a las incertidumbres que existen para evaluar los niveles seguros de exposición. En el propio documento de la Comisión se reconoce que el marco regulatorio europeo no es adecuado para hacer frente a los alteradores endocrinos de manera eficaz. Para ello sería necesario establecer un control de adecuación para evaluar si la legislación es suficiente para proteger la salud humana y el medio ambiente, y centrar sus esfuerzos en ámbitos específicos en los que se carece de legislación con disposiciones específicas sobre los alteradores endocrinos, como son la cosmética y los materiales de contacto con los alimentos, entre otros. Por último, se espera intensificar medidas que protejan a los grupos más vulnerables, como los fetos y los adolescentes, y establecer una base sólida capaz de elaborar políticas efectivas y medidas que apuntan a aumentar la investigación, la innovación tecnológica en reciclaje y eco-innovación para la prevención y reparación de la contaminación ambiental de sustancias peligrosas y productos químicos.

2. ¿Cuál es el discurso científico y activista?

En las respuestas emergentes para concienciar a la población sobre los efectos de la exposición de los COP y el riesgo de los disruptores endocrinos (término más utilizado por los científicos que el de alteradores, por parte de los reguladores), encontramos movimientos de contestación desde grupos y plataformas de activismo ecológico, como Greenpeace, Ecologistas en Acción y Libres de Contaminantes Ambientales, por poner algunos ejemplos, y de investigadores científicos en equipos como los de Democophes Europa y los del INMA (Infancia y Medio Ambiente).

Estas propuestas suelen estar basadas en el principio de precaución, así como centradas en la difusión y concientización de riesgos, proponiendo un cambio de orientación en las políticas de salud pública. Campañas de difusión, guías de recomendación, conferencias, investigación e información en las páginas web están presentes en diferentes puntos de la geografía española.

Pensemos en algunos ejemplos particulares de consumo ecológico, vegetarianismo, veganismo, recursos médicos alternativos, cuya visión del cuerpo es la de retomar el equilibro y armonía con la naturaleza. Lo que no se puede combatir afuera, como lo que supone luchar para cambiar el mundo, se propone alcanzar en una transición hacia dentro, sanar el cuerpo, con alimentos más adecuados y cuida-

dos más apropiados. Pero también disponemos de propuestas transicionales que abogan por incrementar la investigación, la difusión y la información a la población para aumentar la concientización y la presión a las administraciones públicas para la prohibición de los contaminantes ambientales como es el caso de los disruptores endocrinos.

Veamos algunos ejemplos de estas propuestas transicionales que parten de la investigación y la gestión de riesgos:

- La campaña que hizo Greenpeace a favor de la "compra sin tóxicos" dirigida a mujeres embarazadas en el año 2004 y la publicación de una guía.
- Las campañas de difusión sobre los riesgos de los COP por parte de Ecologistas en Acción que lleva haciendo regularmente en distintos lugares de España y su guía sobre la eliminación de contaminantes hormonales para las administraciones públicas (2016).
- La campaña de difusión sobre la presencia de bisfenol A en los envases plásticos y sus recomendaciones para evitar determinados productos elaborada por la organización Libres de Contaminantes Ambientales y la guía para evitar los disruptores endocrinos (2019).
- La guía del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de disruptores endocrinos (2012).
- La investigación científica de Democophes Europa (2011-2012).
- El Proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente), que también difunde información sobre resultados científicos que analizan los efectos de los COP y desarrollan actualmente los efectos de la contaminación atmosférica en el embarazo (2019).

3. ¿Cuál es el discurso del cuidado?

Existe, además, otra orientación centrada en el cuidado emocional y espiritual preocupada más por centrar el debate en la simbiosis cuerpo-planeta, como un ente interdependiente e interconectado, para explicar cómo el efecto de la crisis ecológica y el modo de vivir actual producen un aumento de malestares, trastornos, enfermedades y sufrimientos. Ante estos peligros se buscan alternativas artísticas, educativas y terapéuticas para sanar el cuerpo-mente, a través de cambios en los modos de vida centrados, no solamente en el control de contaminantes ambientales, sino también en el cuidado de las emociones y la adhesión a nuevos valores morales de respeto al medio ambiente y los seres vivos e inertes que comparten un mismo planeta. Un ejemplo

de ello no significaría solamente potenciar la producción y el consumo de alimentos ecológicos, disminuir el consumo de carne y productos procesados y contribuir a la reducción de residuos plásticos, etc., sino a buscar modos alternativos de vida. Estas iniciativas pueden ser individuales o colectivas, potenciadas por organizaciones sociales y grupos de activistas, con un contenido eco-político que apunta hacia una transformación social basada en la convivencialidad, los comunes y otras iniciativas comunitarias.

Volvamos de nuevo para pensar en el cuerpo de la mujer embarazada y lactante a partir de una investigación interdisciplinar que se llevó a cabo en España entre los años 2014 y 2018 sobre la percepción del riesgo de los contaminantes ambientales a través de la alimentación en dos regiones: Cataluña y Andalucía (Larrea-Killinger et al., 2019). El doble objetivo principal consistió, por un lado, en analizar la confianza/desconfianza en el consumo de alimentos percibida por los actores sociales preocupados por la presencia de sustancias químicas (CTP) y, por el otro, estudiar las responsabilidades atribuidas sobre los posibles efectos que estas sustancias acarrean o podrían producir a largo plazo para la salud humana.

Entrevistamos a 111 mujeres (62 embarazadas y 49 lactantes) y 35 profesionales de salud (ginecólogos, obstetras, enfermeras). Trataremos de dar respuesta, tomando en cuenta una parte de los resultados de esta investigación:

- ¿qué piensan sobre su propio cuerpo, en relación con la exposición de contaminantes ambientales?
- ¿qué huellas creen que podrían tener en el futuro sus hijos?
- ¿cuáles son sus preocupaciones y experiencias de ansiedad y sufrimiento?
- ¿qué proponen como prácticas alternativas?

Para dar respuesta a la primera y segunda pregunta nos basamos en los resultados de aplicar la técnica de "body mapping" para que dibujaran y explicaran la acumulación, transmisión y eliminación de compuestos químicos en el interior del cuerpo, y las entrevistas llevadas a cabo.

Se observó que la percepción de riesgo en los alimentos se agudizaba durante el embarazo y se concentraba en el tipo y calidad del alimento, en las condiciones del producto (origen, manipulación y procesamiento), la cantidad consumida, y en la falta de información sobre dichas condiciones y sus efectos en la salud.

La acumulación y la transmisión de los compuestos químicos eran los mecanismos que generaban mayor preocupación entre las

mujeres, sobre todo en las embarazadas. Por ejemplo, esta mujer lactante, dependienta de una tienda, cree que " al bebé se le transmiten los compuestos químicos a través del cordón umbilical".

Para dar respuesta a la tercera pregunta nos basamos en las observaciones llevadas a cabo en las notas de campo de las investigadoras y las reflexiones que se hicieron en las reuniones de equipo sobre la preocupación que despertaba en las madres la entrevista, al reconocer que desconocían los efectos de estos compuestos y la falta de información que recibían por parte de los profesionales. Apenas las restricciones alimentarias relacionadas con compuestos químicos sintéticos era la prohibición del consumo de pescado grande a causa de la exposición al mercurio.

Observamos que la propia investigación aumentaba la preocupación de las mujeres hacia la contaminación interna y la demanda a los propios investigadores de ofrecer información científica y recomendaciones específicas. También este aumento de preocupación por la salud propia y la de los hijos se vinculaba a un sentimiento de indefensión, al descubrir que no había alternativas concretas para revertir los efectos de los contaminantes a medio y largo plazo, como la bioacumulación y la transmisión intergeneracional. Esto producía frustración y rabia contra la administración por incapacidad de regular dichas sustancias en un contexto capitalista. Esta interpelación al investigador, con más razón, implicó una más rápida devolución de resultados a través de la creación y divulgación de una guía de recomendación sencilla para que las mujeres evitaran la exposición a los tóxicos.

Para responder a la última pregunta, observamos en los diarios de alimentación y las entrevistas que las alternativas se centran en la alimentación saludable, basada en una dieta equilibrada. Los alimentos con mayor riesgo eran los alimentos procesados, los pescados y los productos tratados con pesticidas. Para evitar la presencia de sustancias químicas en los alimentos pensaban que era más conveniente ingerir comida ecológica, aunque eso no significaba que modificaran sus prácticas, a consecuencia del elevado precio de estos productos. Otro modo de evitarlas era tener un huerto propio. Lo asumían como una opción de consumo individual y, en ningún caso, reclamaban una acción de protección a las embarazadas, a no ser un mejor acceso a esta información.

En conclusión, la imagen de un cuerpo en el que se acumulan los residuos químicos formando capas en su interior, en el que se incrustan estas sustancias a las grasas y a los órganos, e incluso que éstas pueden llegar a transmitirse de madres a hijos, constituye una representación de las huellas de la era del Antropoceno. Necesitamos

explorar mejor cómo las mujeres perciben el riesgo de estos compuestos tóxicos persistentes y ser cautos y prudentes a la hora de plantear la aplicación de estos resultados.

El segundo ejemplo está dedicado a los riesgos que enfrentan hoy en día los pescadores artesanales y mariscadoras en la Costa de Dendê, en el Estado de Bahía, en el que llevé a cabo un trabajo de campo sobre las condiciones de salud entre 2010 y 2018, ante un fenómeno de una magnitud nunca experimentada: el vertido de petróleo en la costa atlántica desde hace más de tres meses y cuya finalización está todavía por ver.

Anteriormente estas comunidades ya habían experimentado problemas ambientales que afectaron la pesca, como la muerte de mariscos o las detonaciones del complejo petroquímico de la plataforma marítima de Manatí. Sin embargo, un vertido de petróleo observado en el mar y la arena de playa, y la incrustación de petróleo en corales y manglares es un fenómeno nuevo.

En las primeras informaciones oficiales del gobierno se culpaba a vertidos ilegales de barcos hostiles a Brasil: un barco venezolano y el barco de Greenpeace. La hipótesis de los vertidos ilegales de petroleros la ha seguido manteniendo hasta hace poco en el que responsabilizó del vertido a un barco griego. Recientemente, el ejército brasileño está demandando dinero para mejorar a nivel tecnológico la vigilancia marítima, ante la sospecha de terrorismo contra Brasil.

El gobierno no decretó el estado de emergencia hasta después de cuarenta días, periodo crítico en el que perjudicó la coordinación de los municipios para iniciar la limpieza de las playas. Finalmente, tuvo que asumirlo por presión de organizaciones, científicos y universidades que fueron recabando información del desastre. En una noticia de IBAMA, que pasó bastante desapercibida se sospechó de problemas de daños relacionados con la perforación marítima del pre-sal. Hipótesis que comparten algunos otros ingenieros, pero que ni mucho menos es la oficial ni la más apreciada, en fase de privatización de la Petrobrás. Incluso en una noticia del primero de noviembre, el secretario de pesca llegó a decir que "peixe é bicho inteligente e foge quando vê ôleo", lo que daba pie a que se pudiera consumir pescado sin riesgo. Información que contrastaba completamente con la facilitada por científicos e investigadores de las universidades y organismos oficiales. Diversos vídeos circulaban por las redes de investigadores alertando de los peligros y apelando a los políticos de la importancia en gestionar con responsabilidad la gravedad del conflicto.

En primer lugar, cuando los nativos del municipio de Cairú en las que hice trabajo de campo llegaron a ver las primeras manchas de petróleo pensaron que iban a afectar básicamente al turismo y, por lo

tanto, no lo asumieron como un problema propio, aunque obtuvieran exiguas ganancias con la venta de marisco y pescado en restaurantes y posadas. Consideraron que era responsabilidad del gobierno averiguar quiénes habían sido los culpables del desastre y esperaban que fuera el ejército quien limpiara las playas. La movilización de voluntarios fue asumida por el sector turístico. Tanto los propietarios de hoteles, posadas y restaurantes, así como los transportistas de barcos, motocicletas y tractores fueron quienes terminaron yendo a retirar el petróleo, junto al personal de limpieza del municipio. Este sector se quejó de la falta de responsabilidad de los organismos competentes y de la poca implicación de los nativos.

En segundo lugar, los nativos no percibieron que el petróleo fuera capaz de contaminar el pescado y el marisco una vez retirado del mar y la arena. En el caso de que así fuera y que acabara afectando la calidad de la carne de pescados y mariscos, suponían que alguna señal sería observada en los animales, como enfermedades o muerte. Tampoco pensaban que pudiera afectar a su salud. Recordemos que existe todavía una práctica bastante extendida en estas comunidades de embadurnarse el cuerpo de petróleo para evitar las mordidas de insectos durante la recolección de mariscos en los manglares.

Desconfiaban totalmente a causa de la desinformación facilitada por el gobierno y los órganos competentes, llegando incluso a combinar medidas de prohibición de pesca y recolección de mariscos con medidas totalmente contrarias. Con el tiempo y la cantidad de petróleo llegando a las playas, las comunidades fueron movilizándose e implicándose en las labores de limpieza.

Cuando empezaron a llegar personas "de fuera" (técnicos y funcionarios) de diversas instituciones, recogiendo muestras e información personal de los pescadores y mariscadores y mariscadoras, algunos desconfiaron en qué consistían esas medidas. Lo que en un principio había sido percibido como un problema externo y lejano, comenzó a despertar más preocupación, alarma y miedo. Fruto de más de dos meses de limpieza en las playas, algunos voluntarios empezaron a reportar problemas de salud y diversas universidades comenzaron a organizar equipos científicos para organizar mejor la comunicación e información sobre los daños en las comunidades.

La gestión confusa del desastre fue percibida por algunos nativos como el resultado de una conspiración política y de una voluntad expresa del gobierno de acabar con los nordestinos, por considerar al presidente un racista. Para ellos este crimen ambiental representaba un instrumento político de exterminio de los más pobres, cuya resistencia dependía de la solidaridad de todos y también de una fuerza mucho mayor, la fe en la voluntad divina.

Esta confusión en el modelo de gestión del conflicto, desordenado y contradictorio por parte de las instituciones responsables, científicos y medios de comunicación, que abandonó, confundió y alarmó la población, llegó a alimentar rumores y conspiraciones apocalípticas. Con dificultades para sobrevivir, pero sin señales claras todavía de enfermedad, el desastre del derrame del petróleo es hoy en día para los nativos una argucia política que contribuye a mantener la confusión. En vez de resolver el problema su vida continúa dependiendo de burocratización y promesas que desconfían de que lleguen.

Para concluir esta conferencia, los cuerpos en riesgo de las mujeres expuestas a los efectos de los disruptores endocrinos y de los pescadores y mariscadoras afectadas por el derrame de petróleo son ejemplos de las heridas que nos deja el Antropoceno. La desinformación y los rumores dejan a las personas más confusas y continúan encarnizando desigualdades e injusticias ambientales. ¿Cómo resistir y crear otros pluriversos?

Bibliografía

Auyero, J. y D, Swistum (2008) *Inflamable. Estudio del Sufrimiento Ambiental*. Buenos Aires, Paidós.

Escobar, A. (2016) *Autonomía y diseño. La realización de lo comunal*. Universidad del Cauca.

Illich, I. (1978) (2006) *La convivencialidad*. México: FCE.

Ingold, T. (2012) Toward an Ecology of Materials, *Annual Review of Anthropology*, 42: 427-442.

Kavanagh, A.M. & Broom, D.H. (1998) Embodied risk: my body, myself? *Soc Sci Med.*, 46 (3): 437–444.

Larrea-Killinger, C. et al. (2019) Como un sedimento que se va quedando en el cuerpo": percepción social del riesgo sobre compuestos tóxicos persistentes y otras sustancias químicas en mujeres embarazadas y lactantes en España, *Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(1): 121-144.

Lock, Margaret (2017) Recovering the Body, *Annual Review of Anthropology*, 46: 1-14.

Lock, Margaret (2013) The Epigenome and Nature/Nurture Reunification: A challenge for Anthropology, *Medical Anthropology*, 32(4): 291-308.

Mendes, J. (2015) *Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

MITECO (2019) Revisión y actualización del Plan Nacional del Convenio de Estocolmo y el Reglamento (Ce) nº 850/2004 sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes https://www.miteco.gob.

es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/participacion-publica/SGCAMAI_2019_PNA_Conv_Estocolmo.aspx

Porta, M.; Puigdoménech, E.; Ballester, F. (2009) (eds.) *Nuestra contaminación interna: concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española*. Madrid: Catarata.

Sze, J., Allen, B., Downie, D., & Fenge, T. (2006). Environmental Injustice: local/Global. *Current Anthropology, 47*(1), 201-202. doi:10.1086/498957.

Relatoría del Conversatorio Nº 1

Las ciencias sociales y las carreras de salud no hegemónicas: Diálogos posibles en torno del cuerpo, los cuidados, las discapacidades y los saberes profesionales

MARÍA POZZIO* Y DANIELA TESTA**

Participaron del mismo 23 personas, entre ellas especialistas de las ciencias sociales en la temática y profesionales de la educación física, la enfermería, la kinesiología, la terapia ocupacional, la nutrición, la medicina, la obstetricia y otras terapias. Les participantes eran de Misiones, Salta, Neuquén, Rio Negro, CABA y La Plata. Coordinaron el conversatorio las doctoras Daniela Testa y María Pozzio.

En términos generales podemos decir que la ventaja del conversatorio estuvo dada por la total horizontalidad de la propuesta; al mismo tiempo, mencionar que la dinámica llega a ser una verdadera conversación -donde se hilvanan argumentos y comentarios en un sentido dialógico- después de una ronda de presentaciones y comentarios de los participantes. Como suele suceder, quedaron muchos temas por incorporar.

Las coordinadoras comenzamos planteando los ejes y sugiriendo que la forma de nominalizar a las profesiones no nos convencía demasiado: usamos una categoría por la negativa, queriendo subrayar el papel de las otras profesiones de la salud, menos convencionales, menos institucionalizadas y por lo mismo, menos estudiadas, esas

* UNLP-UNAJ.

** UBA-UNSAM.

que se definen como "otras" respecto a la biomedicina -la profesión claramente hegemónica del campo de la salud-pero también de la enfermería, una profesión que ha sido largamente estudiada. El adjetivo de "hegemónico" tiene en el campo de las profesiones de la salud demasiadas apropiaciones y sentidos en disputa, lo cual quedó de manifiesto en el conversatorio.

De los ejes que en primera instancia habíamos propuesto - nociones del cuerpo en estas profesiones, relación con otras profesiones en el campo de la salud, nociones de cuidado-cura-sanación, el lugar de estas profesiones en los equipos de salud, se trabajó principalmente en torno de primero (nociones de cuerpo) y los comentarios e intervenciones al respecto fueron tocando de manera más o menos explícita, las otras temáticas.

Entre los primeros comentarios surgió el lugar de la memoria en el propio cuerpo, las memorias del dolor y las resonancias en nuestras corporalidades por el hecho de estar reunidos en un lugar de memoria histórica, escenario de torturas y de violaciones a los derechos humanos.

De las nociones del cuerpo se expresó que, en gran medida, estas profesiones problematizan y van más allá de la idea cartesiana y mecánica del cuerpo, tan propia del saber occidental y científico. Se puso en duda la idea de los límites de los corporal -dónde empieza, donde termina mi cuerpo-, las diferencias de la vivencia del cuerpo en el espacio terapéutico y fuera de él, en el mundo social; la necesidad de poder dar cuenta del cuerpo anatómico pero también de la conciencia de los actos de ese cuerpo anatómico, de la emoción, de la subjetividad, de la percepción o no de nuestros propios cuerpos y las dificultades de la narración, por ejemplo a partir del dolor -narrar el dolor-; de la memoria del cuerpo y de la comprensión de las cosmovisiones religiosas, espirituales y culturales que lo moldean. El cuerpo que habla -y les profesionales que pueden interpretar ese lenguaje " poder observar los bloqueos energéticos y no sólo una esclerosis" y el cuerpo que aparece como un otro extraño, sobre todo a la hora de entender el padecimiento mental. Estas nociones son del cuerpo del otro -del paciente, el usuario, etcétera- pero también el del propio profesional, ya que muchas veces e trata de tocar al otro y de "poner e cuerpo".

Se recuperaron algunos aportes de las ciencias sociales que problematizan la discapacidad como una construcción social que delata que la discapacidad "no es solo un cuerpo". Asimismo, se mencionaron algunos aportes de la salud colectiva como un marco conceptual que supera instancias dualistas y propone miradas integrales que recuperan perspectivas y vivencias de los sujetos. Se enfatizó la necesi-

dad de reconocer registros diferenciados acerca de la noción de cuerpo, que permitan las diversas experiencias y formas de vivir el cuerpo. Para ello, les asistentes ejemplificaron a partir de propias experiencias y ejercicio profesional, así como desde diversas investigaciones (realizadas y en curso). Ámbitos de rehabilitación y de reorganización de la vida cotidiana, un amplio abanico de percepciones entre "el cuerpo que el sistema de salud "produce", "el cuerpo que aloja el sujeto" y el riesgo de cosificar y/o discapacitar a partir de intervenciones de salud concretas, se pusieron bajo la lupa de las reflexiones con la intención de desnaturalizarlas y criticarlas.

Quedó en tensión la existencia de estas nociones del cuerpo, pero la persistencia de saberes y modelos dicotómicos en la formación -la enfermería "aún arrodillada ante lo biomédico", la terapia ocupacional todavía dividida entre lo físico y lo mental o psíquico. Al respecto, se insistió con el concepto de poder, ligado a pensar las hegemonías y las subalternidades entre las diversas profesiones que conforman el campo de la salud, concebido éste como arena de tensiones y disputas materiales y simbólicas. Éste fue uno de los ejes propuestos -relación entre profesiones y saberes- y que durante el converstorio articuló comentarios en relación a cuestionar el "modelo médico hegemónico".

De modo que, se concluyó, es posible pensar que estas nociones diferentes a lo biomédico provienen de la experiencia, que es una experiencia de cuerpo a cuerpo, de escucha y mucho más dialógica, que permite incorporar los saberes del otro, incluso del que padece: hay diálogo y reconocimiento. Se mencionó que todavía esto no produjo nuevos modelos de formación con autoridad suficiente para incorporar estas cuestiones a las currículas: por ejemplo, en lo respectivo a discapacidad, se menciona que no hay -salvo escasas propuestas- materias o seminarios específicos. Al respecto, resuenan dos cuestiones: el modo en que el amplio mundo que nominamos como "discapacidad" interpela los saberes biomédicos y hace en gran medida a la especificidad de las nociones que estas otras profesiones ponen en juego; y por otro lado, cómo, si bien no hay en las curriculas materias específicas, es posible pensar en el modo en que pueden incorporarse en la formación estas experiencias -incluso en el ámbito en apariencia rígido de una clase de anatomía.

Esta fuerte idea de trabajar con la experiencia del otro y de ir de a poco "introduciendo" saberes en las formaciones -saberes interculturales como los de la experiencia del hospital Rucachoroy de Neuquén o los seminario de entonía en la Universidad de Mar del Plata, entre varios otros mencionados- permiten des-normativizar los conocimiento sobre la salud y el cuerpo y el ejercicio de las profesiones de cara a instalar la posibilidad verdadera de poder optar entre terapias

de manera reconocida (por el sistema y los servicios de salud) y pensar esto no como un "en contra de" o un "o" sino un "Y" respecto a lo biomédico; también permite pensar el modo en que estas prácticas se institucionalicen y den a los servicios de salud el mensaje de la importancia de la escucha, el tiempo y la calidad en la atención.

Concluyendo y sistematizando, algunos de los conceptos que se mantuvieron en el transcurso del conversatorio fueron los siguientes: alteridad, integralidad, autoconocimiento, cuerpo, corporalidades, emociones; sabidurías originarias, relatos de la comunidad y valor simbólico del saber experto de los pacientes. Hubo coincidencia en la necesidad de sistematizar y complejizar los abordajes terapéuticos y complejizar la categoría "cuerpo" en la formación de los profesionales de la salud, así como la necesidad de articular los saberes de les "profesionales" del campo, con los saberes "académicos" y con los saberes "expertos" de les pacientes o usuaries.

Relatoría del Conversatorio Nº 2

Los aportes de la Antropología a la formación universitaria de las carreras de salud en Buenos Aires. El caso de la Enfermería, la Medicina y la Nutrición

KARINA FACCIA*

En dicho conversatorio participaron aproximadamente 25 profesionales de la Antropología y de las Ciencias de la Salud (como enfermeras y obstétricas), de diferentes instituciones universitarias nacionales (UBA-UNR-UNS-UNQ-UMPAZ-UNMDP-UNGS-UNAM).

Los/as participantes se presentaron y expusieron sus experiencias en la formación de futuros profesionales de la salud (o profesionalización), como, por ejemplo, enfermeros/as, médicos/as, nutricionistas, obstétricas, técnicos/as de la salud, terapistas ocupacionales.

Uno de los ejes de intercambio de experiencias fue las características de los planes de estudio y el lugar que poseen los contenidos antropológicos en cada currícula. Por ejemplo, la nueva currícula de Enfermería que incluye la asignatura Antropología y Filosofía del Cuidado. Se revisaron conceptos, teorías y propuestas didácticas en cada espacio formativo; teniendo en cuenta las características de cada institución, cada carrera y la población de docentes y estudiantes.

Otro de los ejes desarrollados en el conversatorio, fue el trabajo de los/as antropólogos/as con colegas de la misma disciplina y con profesionales de la salud como nutricionistas, médicos/as y enfermeros/

* Antropóloga, UBA

as. El trabajo interdisciplinario plantea diferentes formas de diálogo, tensiones, construcción de conocimiento y de propuestas didácticas.

Uno de los interrogantes centrales en el transcurso del conversatorio fue, ¿qué hacemos los antropólogos/as en la formación en salud?, ¿qué lugar ocupan estas asignaturas en el plan de estudios? (por ejemplo, en el caso de la Enfermería), ¿qué implicancias poseen las asignaturas con contenido antropológico en la formación y en el desarrollo profesional en las carreras de salud?

Los contenidos de la Antropología de la Salud interpelan conceptos, discursos, representaciones y prácticas en el campo de la salud. Las críticas al Modelo Médico Hegemónico exponen la revisión de los enfoques y de conceptos como cultura, salud, lo normal, lo patológico. Al respecto, se expuso el caso de la formación en Obstetricia, sus incumbencias profesionales, la nueva ley de ejercicio profesional, las relaciones con la corporación médica, la práctica del parto humanizado y el parto en domicilio, el lugar de las mujeres y los varones en las prácticas en salud.

La invitación a pensar en los aportes de la Antropología en la educación en carreras de salud llevó a la reflexión de los/as participantes del conversatorio. Uno de ellos expresó, "lo más difícil es la llegada a los alumnos" (desde la Antropología). Por otra parte, el hablarles a otros interlocutores como colegas y otros profesionales de la salud. Qué pasa entonces con los "aportes", "bajadas", "sentidos" teóricos de la Antropología, que muchas veces son "desprestigiados" o "exotizados". Cómo trabajar cuestiones como la enfermedad, el dolor, el sufrimiento. Asimismo, las discusiones en torno a los modelos de atención de los padecimientos y la Medicina basada en la evidencia. La Antropología interpela y problematiza categorías como la otredad, la diversidad, pero también las diferencias y desigualdades sociales.

¿Qué sucede entonces cuando estas categorías se ponen en juego en la formación de los profesionales de la salud, cómo se articulan la teoría y con la práctica, cómo se articulan la formación con lo asistencial? Cuáles son los desafíos que poseemos en los procesos formativos. ¿Cuáles son los diálogos y las "distancias" con nuestros estudiantes? Nuestra población de estudiantes es diversa, tenemos población migrante de países limítrofes y de América Latina mayoritariamente.

No hay una sola respuesta a nuestras inquietudes. Las resoluciones y las propuestas están situadas en cada contexto. Pensamos nuestras propuestas didácticas a partir de problemas situados. Este conversatorio nos articuló para repensar nuestras prácticas, buscando puntos de intersección con otras experiencias formativas.

Relatoría del Conversatorio Nº 3

Investigación e intervención antropológica en el campo de la salud: convergencias, complementaciones y temas pendientes que precisan dialogar

JUAN ADRIÁN SOTELO*
Y PAULA ESTRELLA**

El miércoles 27 de noviembre entre las 14.30 y 16.30 horas, en la sala Fuentealba, se llevó a cabo el presente conversatorio. El tema del mismo se relaciona directamente con el título de las Jornadas. Las trayectorias y el trabajo de profesionales antropólogos/as propiciaron la investigación y la intervención en el campo de la salud. En este sentido, nos planteamos algunas preguntas disparadoras tales como: ¿Qué podemos hacer con un título de antropólogo/a?; ¿Dónde trabajamos los/as antropólogos/as?; ¿Cuáles son las incumbencias profesionales de un/a antropólogo/a?, para comenzar a debatir en torno a los aportes que la antropología realiza en cuanto a investigaciones (academia) sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (en su anclaje en el mundo sociocultural y político) y en cuanto a la intervención (gestión), enmarcada en estructuras de poder que conllevan consecuencias concretas en la vida de la gente.

Se plantearon tres objetivos del conversatorio:

* Ministerio de Salud de la Nación/ UNPAZ/CGA/REDASA.
** UNPAZ/UNAJ/IIGG/MSGCABA.

- Promover el intercambio y la discusión acerca de los vínculos entre el campo de la investigación académica y el campo de la gestión en salud.
- Indagar acerca de las particularidades de nuestra disciplina en el campo de la salud.
- Visibilizar y fomentar el reconocimiento del trabajo de antropólogos/as que intervienen en el campo de la salud.

Se propuso abordar estos objetivos a partir del trabajo en torno a tres ejes:

1. Formación curricular
2. Profesionalización de la antropología
3, Producción de conocimiento

Cabe aclarar que los destinatarios de este conversatorio incluían a estudiantes, docentes, investigadores/as, profesionales antropólogos/as que se desempeñan en áreas de gestión pública (niveles centrales –nacionales, provinciales o municipales-, en efectores del primer y segundo nivel de atención de la salud, entre otros), ONGs, y todos/as aquellos/as interesados/as en estos tópicos.

La dinámica de conversatorio consistió en el trabajo en tres grupos de acuerdo a los ejes planteados. Para cada uno de los ejes se elaboraron en un principio una serie de preguntas que luego se convirtieron en afirmaciones y que utilizamos como insumo para elaborar un juego de Verdadero o Falso.

Para el primer eje de *formación curricular* nos interesaba intercambiar opiniones sobre algunos interrogantes: ¿para qué nos forman?: ¿para la docencia e investigación? (Academia); ¿para la Intervención? (Gestión); ¿Qué tipo de antropólogo/a pretenden las formaciones curriculares?

Para el segundo eje de *profesionalización de la antropología* propusimos los siguientes interrogantes: ¿existe una jerarquización entre el trabajo en el campo académico y en el campo de la gestión?; ¿Qué condiciona la priorización de temas que se investigan?; ¿Existe una antropología aplicada en la actualidad?; ¿Hay una diferencia entre el involucramiento que se realiza en un trabajo académico y en uno no académico?; ¿la vinculación y transferencia sería una nueva forma de antropología aplicada?

Para el último eje de *producción de conocimiento* nos formulamos las siguientes preguntas: ¿Se reconocen distintas formas de producción de conocimiento antropológico? ¿Cuáles? La investigación y la intervención como campos de profesionalización antropológica ¿pueden retroalimentarse? ¿Cómo?

Teniendo en cuenta estos interrogantes construimos la propuesta de trabajo utilizando una dinámica lúdica a través de un juego de Verdadero/Falso, en el cual cada grupo debía debatir las afirmaciones y dar argumentos tanto a favor como en contra de cada una de ellas.

Participaron 18 asistentes y se conformaron tres grupos de acuerdo a intereses y ejes.

El grupo que trabajó sobre el eje de *formación curricular* estuvo conformado por estudiantes de Antropología de la UBA, UNLP y UNSaM. Los enunciados sobre los que discutieron fueron las siguientes:

- Las carreras de antropologías forman un perfil de antropólogos/as centrado en el campo académico.
- La docencia e investigación son los pilares imprescindibles de la formación de los/as profesionales antropólogos/as.
- La intervención social no es una tarea que deba ser parte de la formación antropológica.

El grupo que trabajó sobre el eje de *profesionalización de la antropología* estuvo conformado por antropólogas que trabajan en efectores del primer nivel de atención de la salud públicos, ex residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud-RIEpS, y una antropóloga que trabajó en programas de antropología aplicada en EEUU. Las afirmaciones sobre las que debatieron son las siguientes:

- Los antropólogos/as que trabajan en gestión/intervención social no hacen antropología.
- La antropología aplicada o en gestión/intervención es una antropología desjerarquizada.
- Los antropólogos/as que trabajan en gestión/intervención social se involucran más que los/as que hacen investigación académica.
- La vinculación y transferencia es una nueva forma de antropología aplicada.

El grupo que trabajó sobre el eje de *producción de conocimiento* estuvo conformado por antropólogos/as docentes, investigadores, gestores, y profesionales de salud, estudiantes de posgrados de antropología, Los supuestos sobre los que trabajaron fueron:

- La producción de conocimiento antropológico se da a partir de la investigación académica.

- La producción de conocimiento antropológico en el ámbito de la gestión/intervención es intuitivo, no científico.
- La investigación antropológica para la intervención/acción puede articularse/retroalimentarse con la producción antropológica académica.

Cada grupo trabajó separadamente por espacio de 30 minutos y luego se hizo una puesta en común donde compartió con el resto de los/as participantes sus intercambios, acuerdos y desacuerdos.

Con respecto al primer eje, el grupo refirió que, si bien pertenecían a diferentes universidades, les parecía que la formación curricular está orientada a producir un perfil de profesional académico. También mencionaron que en la UNSaM poseen muchas horas de prácticas profesionales y que, si bien aún no se ha implementado, existiría la posibilidad de realizar una práctica profesional en vez de una tesis para poder recibirse. Con respecto a la docencia e investigación como pilares de la formación en antropología estaban de acuerdo, pero plantearon que les parecía importante incorporar en la currícula materias o asignaturas relacionadas con la posibilidad de insertarse en otros espacios que no sean estrictamente académicos.

El grupo que abordó la profesionalización de la antropología, comentó que los/as antropólogos/as que trabajan en gestión y que realizan prácticas de intervención "hacen antropología" pero que este hacer es diferente al hacer antropológico tradicional académico y que por ello es poco reconocido o es considerado secundario/ subsidiario/ marginal. Con respecto al involucramiento, plantearon que la palabra tenía diversas acepciones, pero que había en ambos campos (académico y gestión-intervención) profesionales que se involucraban y comprometían con sus sujetos de estudio, problemas de investigación y poblaciones destinatarias de sus acciones.

El grupo que discutió sobre la producción de conocimiento comentó que en muchos de los postulados no coincidieron todos/as, es decir que tuvieron opiniones contrapuestas o diferentes. El primer ítem acerca de que el único conocimiento antropológico válido se produce mediante la investigación académica, conllevó posiciones diferentes, algunos coincidieron en que el método científico de la antropología que implica la investigación es lo que da validez a la producción del conocimiento. Otros/as plantearon que también se produce conocimiento antropológico en el trabajo en la gestión, pero que en general no aparecerá reflejado en un paper aunque sí conlleva un proceso de sistematización. Además, algunas participantes hicieron referencia al trabajo interdisciplinario e intersectorial en el cual se definen problemas a investigar, abordar que no son definidos por

el/la profesional antropólogo/a, y sobre el cual se produce un conocimiento colectivo que puede ser sistematizado, pero entonces: ¿qué tipo de conocimiento sería? ¿una jornada de APS sería académica? se preguntaron.

Otro de los intercambios y debates se dio con respecto a las investigaciones que realizan profesionales antropólogos/as que trabajan en el campo de la gestión y aquellas efectuadas por quienes trabajan en campo académico. Algunos participantes opinaron que no hay diferencias, otros comentaron que las realizadas en el campo de la gestión son menos valoradas, incluso son cuestionadas y deslegitimadas debido a la supuesta falta de rigor científico o por la descalificación de los/as autores/as que se desempeñan en un campo no académico.

La mayoría coincidió en que es posible y necesaria una articulación entre producción antropológica académica y en el campo de intervención/ para la acción. Algunos/as relataron que, en sus experiencias en programas de VIH, por ejemplo, habían observado que muchos de los/as antropólogos/as en gestión leían trabajos académicos y antropólogos/as académicos/as leían trabajos realizados en el ámbito de la gestión (no sólo escritos por antropólogos/as). Otros/as comentaron que no suceden tan habitualmente esas articulaciones/ retroalimentaciones en otras áreas y temas, refirieron que existe cierta desconfianza/ descalificación en el ámbito académico acerca de la producción de investigación en el ámbito de la gestión. Se dejaron planteadas dos posibilidades de articulación y diálogo posibles que serían: a. La investigación entendida como herramienta o dispositivo para la gestión y b. Incorporar la noción de transferencia de conocimiento como una manera de tender puentes entre investigación y gestión

Casi todos los temas quedaron abiertos para continuar discutiendo e intercambiar en futuros encuentros. Cerramos el conversatorio leyendo un párrafo de George Foster sobre la antropología aplicada y una pregunta en función de ella: ¿Los/as antropólogos/as que trabajamos en gestión hacemos antropología aplicada? Quedará para próximos encuentros responder ésta y otras preguntas que surgieron a lo largo del conversatorio.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 1

Alimentación y salud

Relaciones estructurales y miradas antropológicas

Coordinadorxs
- Juliana Ravazzoli (CEREN/CIC-PBA).
- María Laura Bergel Sanchís (FCNyM-UNLP; DESACO, UNLa).

Comentaristas
- Patricia Aguirre, FFyL-UBA; Docente-investigadora del Departamento de Salud Comunitaria (DESACO), Universidad Nacional de Lanús (UNLa).
- Dra. Gloria Sammartino, Centro de Investigación sobre Problemáticas Alimentarias (CISPAN). Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina (UBA).

Sobre la intersección de la alimentación y la salud

El caso de los ultraprocesados

JULIANA RAVAZZOLI*

Introducción. Hacia una comprensión de los ultraprocesados

En la actualidad, el sistema alimentario ha adquirido una configuración tardomoderna o posindustrial, en la que se han desplegado nuevas formas de producir, consumir y percibir los alimentos (Díaz Méndez, 2005). Actualmente, la producción de alimentos no se circunscribe al ámbito de la agricultura o la ganadería para su ulterior procesamiento y comercialización. Aquellos también se producen a partir de fórmulas industriales dando origen a los denominados ultraprocesados.

Si bien los estudios en torno a la alimentación industrial y su impacto en la vida social y en la salud de las poblaciones tienen una larga trayectoria en las ciencias sociales, y particularmente en la antropología (Goody,1995; Mintz, 2014), la categoría de ultraprocesados es relativamente reciente. Ésta surge de un sistema que clasifica los alimentos según la naturaleza, finalidad y el grado de procesamiento industrial que atraviesan (Monteiro et al., 2016). Este sistema, denominado NOVA, fue propuesto por un equipo de investigación de

* CEREN- CIC/PBA

la Universidad de San Pablo, y luego retomado por la Organización Mundial de la Salud[1]. A partir de tal clasificación se delimitaron, entonces, cuatro grupos de alimentos. El primer grupo lo constituyen los mínimamente procesados, representados por alimentos que atraviesan procesamientos que no les agregan o introducen ninguna sustancia, pero que pueden implicar quitarles partes no comestibles o no deseadas. En este grupo se engloban las frutas y verduras frescas, carnes, leche (sin saborizar), legumbres secas, arroz, polenta, etc. El segundo grupo está integrado por los denominados ingredientes culinarios procesados, que son sustancias extraídas y purificadas por la industria a partir de componentes de los alimentos. Incluye aceites, azúcar, sal, vinagre, manteca y distintos tipos de almidón. El tercer grupo lo integran los alimentos procesados, que se elaboran al agregar un ingrediente culinario a los alimentos sin procesar o mínimamente procesados para hacerlos más duraderos o modificar su palatabilidad. Se derivan directamente de alimentos y son reconocibles como versiones de los alimentos originales. Ejemplos de estos son: vegetales y legumbres enlatados, frutas y carnes en conserva, quesos, fiambres. Por último, los ultraprocesados son fórmulas industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. La mayoría de estos productos contienen pocos alimentos enteros o ninguno. Gran parte de sus ingredientes suelen ser preservantes y otros aditivos. En este grupo se incluyen: galletitas dulces y saladas, panes industriales, cereales azucarados,barras de cereal, amasados de pastelería, productos cárnicos (salchichas, hamburguesas, rebozados de pollo o pescado), yogures saborizados, quesos untables, postres lácteos, dulces y golosinas, snacks salados, comidas deshidratadas (postres, bizcochuelos, salsas, sopas), bebidas carbonatadas y jugos industriales. En los ultraprocesados se encuentra englobada una amplia gama de productos que han sido señalados como problemáticos por su gran disponibilidad comercial, su composición nutricional caracterizada por ser energéticamente densa y nutricionalmente pobre, su fuerte orientación al público infantil y su gran capacidad de crear hábito y compulsión en su consumo (Monteiro, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2015; Piaggio y Solans, 2017). A su vez, cabe mencionar que el saber experto recomienda, para la casi totalidad de los alimentos de este grupo, una frecuencia de consumo discrecional (Ministerio de Salud, 2018).

---

1 Es importante destacar que el sistema NOVA no contempla procesamientos culinarios domésticos o en establecimientos de elaboración artesanal de comidas (Monteiro et al., 2016).

Los ultraprocesados suelen estar disponibles en variados puntos de venta, vienen listos para consumir o requieren un procesamiento culinario mínimo. Esto último, junto al hecho de que pueden ser consumidos en cualquier lugar y en cualquier momento, son elementos que forman parte de la denominada desestructuración de la alimentación contemporánea (Díaz Méndez, 2005; Fischler, 2010).

En cuanto al impacto de los ultraprocesados en la salud, la Organización Panamericana de la Salud (2015) asoció el aumento en el consumo de este tipo de alimentos al incremento en las prevalencias de obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles en distintos países de ingresos medios y bajos. Para la República Argentina se ha corroborado tanto el incremento en el consumo de ultraprocesados en los últimos 20 años (Zapata, Rovirosa y Carmuega, 2016), así como el aumento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en jóvenes y adultos (Ministerio de Salud, 2013; Secretaría de Gobierno de Salud, 2019)[2]. Una tendencia similar se ha observado en la población infantil donde el exceso de peso coexiste con carencias nutricionales, sobre todo de hierro (Durán, Mangialavori, Biglieri, Kogan y Abeyá Gilardon, 2009; Ministerio de Salud, 2007; Secretaría de Gobierno de Salud, 2019)[3].

Si bien el tipo y marca de alimentos adquiridos varía según los ingresos del hogar (Aguirre, 2011), se ha señalado que, a medida que crecen los ingresos, los ultraprocesados adquieren más protagonismo en el consumo alimentario (Drake et al., 2018; Zapata et al., 2016).

La presente ponencia pretende aportar elementos para pensar la alimentación contemporánea argentina, partiendo de un estudio microsocial que forma parte del plan de trabajo de una beca doctoral CIC/PBA. Se busca, a través de este estudio conocer la importancia relativa de distintos tipos de alimentos, particularmente de los ultraprocesados, en los patrones de consumo de hogares con diferentes niveles socioeconómicos y niñas/os que presentan distintos estados nutricionales. A su vez, partiendo del campo de la antropología alimentaria, se buscó indagar en las percepciones y valoraciones atribui-

---

2 En cuanto a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, cabe aclarar que si bien su última edición del 2018 registró mayores prevalencias de obesidad con respecto a la realizada en 2013, en la más reciente edición se tomaron medidas antropométricas, mientras que en las ediciones anteriores se calculaba el IMC según autoreporte de peso y altura.

3 En la ENNyS 2 no solo cambió la composición de la muestra poblacional, sino que para la estimación nutricional, en el informe ejecutivo se tomaron puntos de corte más altos para la determinación del estado nutricional. Consecuentemente las prevalencias de sobrepeso y obesidad no son del todo comparables (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

das a los alimentos, a las comidas, y a los cuerpos adultos o infantiles que los incorporan.

Sobre la metodología y algunos elementos conceptuales

Para la realización de este estudio, se tuvo como interlocutoras a madres de niñas/os asistentes al nivel inicial que formaron parte de un estudio de crecimiento y desarrollo infantil llevado a cabo en el Gran La Plata[4]. En una instancia de transferencia de los resultados de evaluaciones nutricionales y de desarrollo de las/os niñas/os, se les presentó las madres y padres el estudio sobre alimentación familiar en curso, y posteriormente se contactó a quienes se mostraron interesadas en participar del mismo.

Para el relevamiento de los consumos de distintos hogares se emplearon herramientas provenientes del campo de la nutrición, siguiendo algunos lineamientos estandarizados, pero también adaptándolas a los fines de la investigación (FAO, 2015; Pérez Rodrigo, Aranceta, Salvador y Varela, 2015).

En una instancia semiestructurada se implementó, entonces, una tabla de frecuencia de consumo, con la que se reconstruyó el patrón alimentario global del hogar, y un recordatorio de 24 horas, a través del cual se profundizó en el consumo infantil[5]. Por un lado, las tablas de frecuencia permitieron un acercamiento al patrón de consumo del hogar entendido como la frecuencia de los alimentos consumidos por un individuo o grupo de individuos (Díaz Córdova, 2015). Por otro lado, a través del recordatorio se pretendía explorar la incorporación de los distintos tipos de alimentos en las ingestas infantiles en un el ámbito del hogar y/o de la institución educativa. Siguiendo la propuesta de Garrote (1997), se analizaron los recordatorios teniendo en cuenta las distintas modalidades en las cuales se incorporaron los alimentos.

De este modo, se tuvieron en cuenta las siguientes modalidades de consumo alimentario:

1. Alimentación en el hogar

1.A. Comida principal: suele ser aquella valorada como la más importante en el día, a la que se dedica mayor tiempo de preparación y en la que están incluidos todos los miembros del hogar.

---

4 Proyecto de Investigación Orientado CONICET-CICPBA 2016-2017 (Resol. 668/17) "Infancia y derechos sociales. Condiciones de vida, cuidados, estado nutricional y desarrollo infantil en el Gran La Plata" dirigido por M. Susana Ortale y Javier A. Santos.

5 El recordatorio se orientó a la retrospección de la alimentación del niño/a cuyo estado nutricional se conocía.

1.B. Comida subalterna: suele tener menos componentes que la anterior y la realizan algunos miembros del hogar.

1.C. Desayuno, Merienda o comida sustituta: suelen estar compuestas por leche o infusiones, pan o galletitas y son preferentemente consumidas por niñas/os.

1.D. Comidas informales: son aquellas ingestas que se dan a lo largo del día (picoteo).

2. Alimentación en la institución educativa

2.A. Almuerzo.

2.B. Desayuno o merienda.

Asimismo, a través de una entrevista abierta se indagaron diversos aspectos en cuanto a la crianza, la alimentación, la salud infantil y otros temas emergentes a partir de la instancia semiestructurada.

Las entrevistas se realizaron en los hogares de las informantes o en las inmediaciones del Jardín al que asistían las/os niñas/os. Como coordenadas para el análisis cualitativo, se tomaron en cuenta el estado nutricional de las niñas/os que formaron parte de la muestra (estimado por profesionales que integran el mencionado PIO), así como el nivel socioeconómico de los hogares. La aproximación a éste último se realizó a través de una gradación de los hogares de la muestra según la percepción de programas sociales (AUH, Plan más vida) y la estabilidad de los ingresos laborales del hogar.

Resultados

A través de las herramientas indicadas anteriormente, durante el 2018 se relevó información de los hogares de 14 niños/as. Dos de ellos se ubicaban en el casco urbano y los restantes pertenecian a 8 barrios de distintas localidades del partido de La Plata. En su mayoría se trató de hogares biparentales y todos se encontraban en una etapa de expansión del ciclo doméstico, con uno o más niñas/os menores de 9 años.

En la Tabla 1 se detallan algunas características de los hogares relevados.

Tabla 1. Caracterización de los hogares

Nro caso	Tipo de hogar	Ingreso laboral estable	Programas sociales	Nivel socioeconomico	Estado nutricional del niño/a
E1	Biparental Extendido	No	AUH	BAJO	Normopeso
E2	Monoparental extendido	Sí	-	ALTO	Sobrepeso (*)
E3	Monoparental extendido	Sí	-	ALTO	Normopeso
E4	Biparental	No	AUH	BAJO	Normopeso(*)
E5	Biparental	Sí	-	ALTO	Normopeso
E6	Biparental	Sí	AUH	MEDIO	Normopeso
E7	Biparental Extendido	Sí	-	ALTO	Obesidad (*)
E8	Monoparental extendido	No	AUH	BAJO	Normopeso (*)
E9	Biparental	Sí	-	ALTO	Sobrepeso (*)
E10	Monoparental extendido	Sí	AUH- Plan +Vida	BAJO	Obesidad (*)
E11	Biparental	Sí	-	ALTO	Sobrepeso (*)
E12	Biparental	Sí	AUH- Plan +Vida	MEDIO	Bajo peso
E13	Biparental	Sí	AUH	MEDIO	Normopeso (*)
E14	Biparental	Sí	AUH- Plan +Vida	MEDIO	Normopeso

(*) Casos en los que algún otro miembro del hogar, además del niño de referencia, tenían exceso de peso según la percepción de la informante (E2, E11, E13) o por diagnóstico médico (E4, E7, E8, E9, E10).

En cuanto a las frutas y verduras, podemos estimar a través de las tablas que su frecuencia de consumo no alcanza la proporción diaria recomendada para ninguno de los casos abordados. En cuanto a las verduras, hemos diferenciado aquellas que forman parte de los fondos de cocción (como cebolla, ajo, morrón), de las demás, con lo cual la frecuencia más alta registrada es cuatro veces a la semana para verduras frescas (E12), y dos veces a la semana para otras hortalizas. Por otro lado, las verduras son el elemento más presente en las aversiones infantiles declaradas por las madres, siendo causa de preparación de comidas específicas para los niños (E2, E4, E7) o de un incremento en la monotonía de las comidas familiares para que los niños no se queden sin comer (E6, E8 y E11)[6]. Excepto el caso de E6, en todos hogares donde se tienen estas prácticas presentan, por lo menos, un integrante con exceso de peso, siendo éstos niñas/os en E2, E4 y E7. En el caso que los/as niñas/os no acepten el fondo de cocción (cebolla, morrón, ajo), las madres optan por procesar las preparaciones volvi-

6 En estos hogares se recurría a la verdulería sólo para comprar papas y hortalizas que integraban fondos de cocción.

endo homogénea su textura (E3, E13), dejando que las niñas/os lo separen en su propio plato (E5 y E9), o directamente no sirviéndoselos (E2, E4, E7, E10).

En cuanto a las frutas, son declaradas en casi todos los casos como de consumo infantil exclusivo o mayoritario. Algunos de los hogares con las frecuencias de consumo diaria (E12, E13, E14) poseían un nivel socioeconómico medio y niños con peso normal o alerta de bajo peso. Otra de las entrevistadas que declaró una frecuencia diaria de frutas en su hogar se trataba de un hogar con bajo nivel socioeconómico y un niño con obesidad (E10)[7]. En términos de contenido, la diferencia que pudo observarse entre los hogares que albergaban niños con exceso de peso, y con peso normal era que en los segundos, la fruta se provee ante el apetito infantil buscando que no se consuman otros productos (como snacks o galletitas), y estableciendo un límite para estos últimos. En los otros casos, las madres ofrecen frutas (que la mayoría de las veces son recibidas en el jardín) pero ésta no reemplaza a otros productos, sino que los complementa.

La frecuencia más baja de consumo de frutas (2 veces a la semana) se da en hogares donde las mismas no son consumidas tampoco por los adultos (E4 y E6) y su escasa valoración iba de la mano con el carácter altamente perecedero de los productos frescos y su idea de la fruta como picoteo insignificante, que no los llena y tiene gran desperdicio.

En sintonía con lo observado en numerosos estudios, los hogares que más consumen pan, fideos, arroz y polenta en conjunto son aquellos de nivel socioeconómico más bajo (E1, E4, E8, E10). Dentro de alimentos que forman parte de comidas, éstos entran, junto con la papa, en los favoritos de la mayoría de los niños, y son los protagonistas de la comida infantil cuando éstos se niegan a integrarse a la mesa familiar. Por otro lado, el pan fue consumido en bajas cantidades en los hogares en donde las madres se habían sometido alguna vez a dietas restrictivas para bajar de peso.

La leche sigue siendo un alimento sumamente valorado por la mayoría de las madres para su incorporación en la dieta infantil, su consumo es exclusivamente orientado a las/os niños/as y su frecuencia es diaria para todos los casos, excepto dos (E10 y E12). En estos últimos casos, las indisposiciones digestivas de los niños a edades tempranas, y atribuidas al consumo de yogur o leche, fueron causales de su remoción de la dieta infantil en el hogar.

---

7 El acceso a productos frescos se daba a través del puesto de venta de verduras y frutas que administraba la familia del niño.

En la mitad de los hogares relevados la carne vacuna tiene poca o nula aceptación entre los niños (E2, E4, E5, E6, E7, E8, E11), lo cual es fuente de preocupación de las madres debido al gran valor nutricional que atribuyen a este alimento. En cuatro de esos hogares se mantiene un consumo de carne tres veces a la semana para los demás integrantes del hogar (E5, E6, E7, E8), a pesar de que los niños/as no la incorporen. En contraste con las verduras, la aversión infantil por la carne no parece incidir en gran medida en el consumo familiar. En muchos hogares la preferencia de los adultos varones por las comidas con carne, parece tener más peso a este respecto. Además, la carne vacuna tiene más protagonismo que la carne aviar entre hogares de nivel socioeconómico alto (E7 y E9) y medio (E13 Y E14).

Los cereales azucarados eran consumidos en altas cantidades por las/os niñas/os con exceso de peso de hogares del nivel socioeconómico más alto. No pareciera haber diferencias en las tablas de frecuencia en cuanto al consumo de galletitas, que es alto en todos los hogares, excepto en aquellos en los que abundan las preparaciones dulces o los amasados caseros (E5 y E9). A partir de los recordatorios se observa que, en el caso de los niños con peso normal, sus madres sabían precisamente cuantas galletitas habían comido el día anterior, lo cual no ocurría con los que tenían exceso de peso.

En cuanto a los productos cárnicos semielaborados, hay una alta frecuencia en el consumo de milanesas (sobre todo de pollo) que también se refleja en los recordatorios. Dentro de este grupo de alimentos, las hamburguesas y las salchichas son caracterizadas negativamente (se clasifican como "comida chatarra"), mientras que los rebozados de pollo (patitas, formitas, medallones) mantienen un status más neutral, en tanto no se perciben como nocivos.

En cuanto a las bebidas, se registró una frecuencia diaria para el agua. No obstante, se observaron también frecuencias diarias para los jugos industriales y/o aguas saborizadas (E2, E3, E5, E8). Las gaseosas parecieran estar más ligadas, en algunos hogares, a los consumos de fines de semana, y se perciben como bebidas que no deben ser consumidas en gran cantidad, siendo problematizado su consumo en los niños/as (E1, E3, E8, E10, E12, E13, E14). Tomando la totalidad de las bebidas industrializadas, las mayores frecuencias se registraron en hogares con más de un miembro con exceso de peso.

Al preguntar sobre la asiduidad del consumo alimentario fuera del hogar, la mayoría de las entrevistadas asocia su respuesta con la concurrencia a restaurantes de comida rápida ubicados en el centro de la ciudad. En cuanto a la realización de esta

práctica, E7 y E8 consignaron la mayor frecuencia (1 vez a la semana)[8].

Todos los recordatorios fueron en referencia a un día de la semana. De todos los casos bajo estudio, nueve de ellos realizaron comidas en las instituciones educativas[9]. Los desayunos y las meriendas realizados en el hogar no parecen diferir en su composición de aquel provisto en el Jardín. En este sentido, son protagónicos los ultraprocesados como galletitas, bizcochos, magdalenas, que acompañan infusiones con leche o leche con cacao en polvo.

La milanesa con puré fue una comida presente tanto en los dos casos que almorzaron en el jardín (E10 y E11), y en la comida principal de E8. Asimismo, al interior de los hogares la milanesa de pollo o carne con otros acompañamientos también integró la comida principal (E4) y las comidas subalternas (E5, E13, E14). El arroz fue consumido en comidas principales por niños que no quisieron comer lo mismo que el resto de la familia (E2, E5), o por la totalidad de la familia, ya sea como guarnición (E4, E11) o como elemento de un guiso o una sopa (E12, E13, E14).

Si bien en las entrevistas se mencionó para algunos hogares la práctica de consumir galletitas o golosinas entre comidas, la mayor regularidad en los consumos informales de niñas/os estaba representada por las frutas (E3, E4, E5, E8, E11, E13). En los hogares de bajo nivel socioeconómico, la provisión de frutas en el jardín fue fundamental para alentar su consumo en la infancia.

En cuanto a los ultraprocesados, se registró su presencia en comidas informales en forma de yogur (E3, E7), cereales (E7, E9), postre lácteo (E6) y un alfajor (E10). Sin embargo, su incorporación más recurrente en el hogar se observó en comidas estructuradas en forma de galletitas, cacao en polvo y jugos industrializados.

Reflexiones finales

Por un lado, se volvió evidente la gran presencia que tienen los ultraprocesados en todos los niveles socioeconómicos, pero no se manifestó una relación clara entre la frecuencia de su consumo y el estado nutricional infantil. Por ello, se incorporarán nuevos hogares a la muestra y se avanzará en un análisis más minucioso en ese sentido.

---

8 En el caso d E7 de alto nivel socioeconómico, toda la familia concurría, y en el caso de E8, el niño era llevado a esos lugares por un pariente de mayor capacidad adquisitiva.

9 Los restantes no habían concurrido al Jardín el día previo debido a paros docentes, no docentes o a condiciones climáticas adversas.

Se observó que aquellas madres con más tiempo en el hogar ejercían un mayor control en cuanto a las cantidades que ingerían sus hijas/os, y la percepción del gusto infantil como inamovible provenía de las dos madres de niños obesos.

Por otro lado, sabemos que para entender los cambios en la alimentación infantil es fundamental comprender las dinámicas al interior de los hogares que son la instancia de socialización donde los/as niños/as aprenden a comer. En la bibliografía especializada se señala que la mayor incorporación de la mujer al mercado laboral ha contribuido a una reducción en el tiempo dedicado a cocinar y una disminución en la calidad nutricional de las preparaciones resultando en una mayor tendencia al consumo de ultraprocesados (OPS, 2015; Zapata et al., 2016). Situaciones de esta índole se registraron para hogares cuyas madres tenían trabajos de gran demanda horaria. A esto deben añadirse los cambios en la crianza que dan un mayor lugar a las preferencias infantiles en las decisiones en torno a la alimentación cotidiana. En este sentido, observamos que en algunos casos donde las madres no trabajaban, las comidas que requieren menor tiempo de preparación estaban destinadas a satisfacer el gusto de uno de los niños del hogar, y se cocinaba en simultáneo a la comida para el resto. Esto, no resulta en una reducción del trabajo en la cocina, sino que lo incrementa. En el caso de las mujeres con trabajo de gran carga horaria la situación varía según qué miembro del hogar se hace cargo de la cocina. En caso de que sean las mismas mujeres, suelen estar más presentes la comida chatarra en el consumo del hogar y, por lo menos, un niño del hogar con una gama de preferencias alimentarias restringida y exceso de peso.

Otro elemento que se afirma como de gran importancia en la alimentación contemporánea son las prácticas de alimentación vagabunda, solitaria, que nos vuelve propensos al consumo de snacks y otros alimentos no saludables. A partir de nuestro estudio hemos observado que la incorporación de frutas en el consumo infantil se da a través de los consumos informales en el hogar, aquellos que se dan entre las comidas estructuradas, y sin un orden ni un horario pautado. En contraste, los ultraprocesados se encontraban mayormente insertos en las denominadas comidas estructuradas tanto del hogar como de la institución educativa. A su vez, aquellos productos percibidos como "porquería" (snacks, hamburguesas, salchichas) eran más asociados con situaciones de comensalidad infantil extradoméstica.

En cuanto a la percepción materna de la salud y la alimentación infantil se daban siempre en contraste con situaciones vividas en el pasado. La concepción de que el exceso de peso no es proble-

mático se declaraba en cercanía con casos conocidos de desnutrición infantil, y la remoción de alimentos del consumo periódico o su percepción como negativos siempre era por algún impacto negativo de los mismos en la salud infantil (caries, indigestión, constreñimiento, hiperactividad).

Es necesario tener en cuenta que nuestro foco estuvo puesto en hogares que se encontraban en el mismo estadio del ciclo doméstico, donde las vidas de las familias estaban fuertemente estructuradas por la concurrencia de los/as niñas/os a las instituciones escolares y donde la recepción de la normativa alimentaria desde el consultorio pediátrico aún estaba muy vigente. Queda abierto el interrogante de qué sucede con la composición de las comidas informales y estructuradas a medida que avanza el tiempo y los niños/as amplían su círculo de socialización por fuera del hogar.

Bibliografía

Aguirre, P. (2011). Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad de la escasez. *Boletín Científico Sapiens Research*, *1*(2), 60-64.

Díaz Córdova, D. (2015). *Antropología alimentaria de la Quebrada de Humahuaca. Modos de producción, patrón alimentario y sus efectos sobre el cuerpo y la salud de la población quebradeña* (Tesis de doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Díaz Méndez, C. (2005). Los debates actuales en la sociología de la alimentación. *Revista Internacional de Sociología*, *63*(40), 47-78. Recuperado de http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/189/240

Drake, I., Abeyá Gilardon, E., Mangialavori, G., & Biglieri, A. (2018). Descripción del consumo de nutrientes según el nivel de procesamiento industrial de los alimentos: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud-2005. *Archivos argentinos de pediatría*, *116*(5), 345-352.

Durán, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L. y Abeyá Gilardon, E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Archivos Argentinos de pediatría, 107 (5),* 397-404.

Fischler, C. (2010). Gastro-nomía y gastro-anomia: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. *Gazeta de Antropología, 26* (1), 1-19. Recuperado de http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1592

Food and Agriculture Organization. (2015). *Guidelines on the collection of information on food processing through food consumption surveys*. Recuperado en http://www.fao.org/3/a-i4690e.pdf

Garrote, N. (1997). Una propuesta para el estudio de alimentación: las estrategias alimentarias. En M. Alvarez (Ed.), *Antropología y práctica médica*. Buenos Aires: INAPL

Goody, J. (1995). *Cocina, cuisine y clase*. Barcelona, España: Gedisa.

Ministerio de Salud. (2007). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados.* Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf

Ministerio de Salud. (2013). S*egunda Encuesta Mundial de Salud Escolar*. Recuperado en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001599cnt-2014-09_encuesta-mundial-salud-escolar-2012.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf

Mintz, S. (2014). Comer y ser. En: L. Piaggio y A. Solans (Ed.) *Enfoques socioculturales de la alimentación* (pp. 80-102). Buenos Aires, Argentina: Akadia.

Monteiro, C. (2009). Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public Health Nutrition* 12(5), 729–73. doi:10.1017/S1368980009005291

Monteiro, C., Cannon, G., Levy, R., Moubarac, J, Jaime, P., Martins, A., … Sattamini,I. (2016). NOVA. The star shines bright. *World Nutrition Journal*, *7*(1-3), 28-38. Recuperado de https://worldnutritionjournal.org/index.php/wn/article/view/5/4

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para políticas públicas*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf

Pérez Rodrigo, C., Aranceta, J., Salvador, G., & Varela-Moreiras, G. (2015). Métodos de Frecuencia de consumo alimentario. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, *21*(1), 45-52.

Piaggio, L. R., y Solans, A. M. (2017). Diversión ultra-procesada: productos alimenticios dirigidos a niños y niñas en

supermercados de Argentina. Aproximación a las estrategias publicitarias y la composición nutricional. *Diaeta*, *35*(159), 09-16.

Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe definitivo*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Resumen ejecutivo*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf

Zapata, M.E., Rovirosa, A., Carmuega, E. (2016). Cambios en el patrón de consumo de alimentos y bebidas en Argentina, 1996-2013. *Revista de Salud Colectiva*, *12* (4), 473-486. Recuperado en http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/936/1097

Una arqueología contemporánea de saberes y verdades sobre alimentación saludable

PAULA RODRÍGUEZ ZOYA*

Introducción

La relación entre alimentación y salud puede ser concebida como un foco problemático constituido en la articulación de estrategias biopolíticas de gobierno de la vida y prácticas de cuidado del cuerpo y la salud. Desde esta perspectiva se aborda la cuestión de la alimentación saludable en su doble condición de problema de gobierno y estrategia de gobierno de la vida y la salud de los individuos.

En este trabajo se exponen los lineamientos teóricos, el diseño metodológico y algunos de los resultados emergentes de un proyecto de investigación en curso –financiado por el CONICET–, cuyo propósito general radica en analizar la configuración contemporánea de formas de veridicción, tecnologías de gobierno y modos de subjetivación suscitados en torno a la cuestión de la alimentación.

La organización del trabajo se despliega según el siguiente esquema de secciones. Primero, se desarrolla una aproximación a la relación entre alimentación y salud a través de la cual se fundamenta la pertinencia y relevancia de comprender la cuestión alimentaria como campo de intervención biopolítica y objeto de gobierno. Asimismo, se

* CONICET. UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani

pone de manifiesto la articulación de tres grandes procesos en virtud de los cuales la alimentación constituye una problemática socialmente relevante, y se señalan algunas de las estrategias desplegadas en la actualidad ante esta cuestión.

La segunda sección está dedicada a la presentación del diseño de la investigación, fundamentando la relevancia de problematizar la discursividad social y la producción de sentido sobre la alimentación saludable cuando se trata de comprender las tecnologías de poder y las racionalidades de gobierno que operan en la época contemporánea. En términos metodológicos se plantea un abordaje arqueológico-cualitativo para el análisis de discursos sociales vinculados a tres grandes sistemas de formación de enunciados: (i) discursos publicitarios de la industria alimentaria; (ii) documentos de organismos públicos sobre alimentación saludable; y (iii) discursos sobre biotecnología de alimentos.

En tercer lugar, se presentan de forma breve y sistemática resultados del análisis correspondiente al corpus de discursos publicitarios de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios, y al corpus de discursos de organismos públicos del ámbito internacional, nacional y local de la Ciudad de Buenos Aires sobre alimentación y alimentación saludable.

En la última sección abierta a discusiones se brindan algunas reflexiones generales sobre el propósito y avances de la investigación atinentes a la formación discursiva contemporánea sobre la alimentación saludable, y sus implicancias respecto del gobierno de los alimentos y la alimentación como estrategias para el gobierno de la vida.

Aproximación a la relación entre alimentación y salud

La alimentación y la nutrición constituyen la condición de posibilidad para el desarrollo de la vida de todos los seres vivos, humanos y no humanos. La alimentación humana puede considerarse como un hecho social total (Poulain, 2002) o un fenómeno biocultural en el que se entrecruzan las necesidades biológicas de la nutrición y los aspectos sociales, simbólicos y culturales de la práctica de la alimentación, relacionados a su vez con factores políticos, económicos, técnicos e históricos. Es la complejidad del fenómeno alimentario la que signa, hacia la década de 1990, el surgimiento de la sociología de la alimentación como un campo interdisciplinario (McIntosh, 1996; Mennell, Murcott y van Otterloo, 1993) en el que se articulan los aportes de la sociología y la antropología del consumo, la sociología rural, la sociología de la cultura, la antropología social y cultural, la sociología de la salud, la historia de la alimentación y la ciencia de la nutrición (Díaz Méndez y García Espejo, 2014).

Asimismo, la alimentación es uno de los principales factores intervinientes en el mantenimiento de la salud (Motta, 2010). El problema de la alimentación y su relación con la vida y la salud ha sido un tema de preocupación desde la Antigüedad (Flandrin y Montanari, 2004). La confluencia entre discurso médico y prácticas alimentarias se hallaba presente en la medicina hipocrático-galénica, que valoraba los alimentos por su capacidad para conservar y restablecer el estado de salud, principio representado en el aforismo de Hipócrates que indica: "que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento" (Palomar, 2006).

En tanto factor ineludible para la sustentación de la vida y la salud, la alimentación se ha constituido en un objeto y campo de intervención preponderante para la biopolítica y el despliegue de tecnología de poder orientadas a la regulación de los procesos biológicos de la población (Foucault, 1977). Junto con la noción de biopolítica, la idea de gubernamentalidad y de gobierno como conducción de las conductas (Burchell, Gordon y Miller, 1991; Rose y Miller, 1992), también abre nuevas perspectivas para el abordaje de la alimentación. En esta clave la alimentación conforma un campo de prácticas y conductas pasibles de ser gobernadas, moduladas o conducidas en la combinación de tecnologías de poder orientadas al gobierno de los otros y tecnologías de subjetivación por las cuales los individuos se gobiernan a sí mismo, así concebida una de las acepciones de la gubernamentalidad (Castro, 2007; Foucault, 2008, 2010).

En la actualidad, la alimentación constituye una problemática socialmente relevante en virtud de, al menos, tres procesos que entran relación. Primero, el aumento de la demanda mundial de alimentos a causa de la expansión demográfica por la cual la población mundial se incrementará un 50% en la primera mitad del siglo XXI, pasando de seis mil millones en 2000 a nueve mil millones hacia 2050 (ONU, 2013). Segundo, la alimentación poco saludable constituye uno de los factores determinantes en el aumento de las enfermedades no transmisibles como principal causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial en la fase actual del proceso de transición epidemiológica (OMS, 2014). Tercero, el hambre y la desnutrición son el principal riesgo de salud, siendo que el 12,4% de la población mundial no tiene acceso a alimentos suficientes para desarrollar una vida activa y saludable (Agricultura-FAO, 2015).

En esta coyuntura se configuran distintas estrategias respecto de la cuestión alimentaria, entre las que cabe mencionar que los organismos internacionales del ámbito de la salud han formulado una estrategia mundial sobre régimen alimentario para promover la alimentación saludable y prevenir enfermedades no transmisibles (OMS,

2004; OPS, 2006). A nivel local se destaca el lanzamiento del Plan Argentina Saludable y la realización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (MSAL, 2007), que tuvo su primera edición en 2004-2005 y la segunda en 2018-2019. Por otra parte, los organismos internacionales del ámbito de la alimentación y la agricultura promueven el desarrollo de la biotecnología como estrategia para mejorar la seguridad alimentaria mundial, aumentar la productividad, mejorar la resistencia de los cultivos a las plagas e incrementar la calidad del valor nutricional de los alimentos (FAO/OMS, 2011; FAO/OMS, 2013; Morcillo Ortega y Cortés Rubio, 2011; Ruane y Zimmermann, 2003). Adicionalmente, la industria alimentaria se ha orientado a la producción de alimentos funcionales, desarrollados mediante intervención tecnológica con el objetivo de mejorar, potenciar o inhibir alguna de sus propiedades y lograr un efecto beneficioso sobre el organismo o reducir el riesgo de enfermedad (Boye, 2015; Illanes, 2015).

Es interesante observar que las diversas estrategias se orientan a monitorear e intervenir tanto los alimentos como las prácticas alimentarias de los individuos, y promover la alimentación saludable como modo de mantener y mejorar la salud. Ese entramado de estrategias se despliega, además, en el seno de una cultura en la que la salud y su cuidado, así como la alimentación responsable y saludable, son moralizados, erigidos en valores primeros y promovidos a modo de imperativo al que los sujetos deben responder (Bruera, 2010; Katz, Aguirre y Bruera, 2010; Lupton, 1997).

Diseño de la investigación

Emplazada en el recorrido teórico e interpretativo expuesto precedentemente, la cuestión de la alimentación se plantea simultáneamente como problema de gobierno y como estrategia de gobierno. A los fines de problematizar las implicancias de este problema en la época actual es menester atender a las características que adquiere el biopoder en las sociedades contemporáneas en las que operan racionalidades específicas de gobierno (Deleuze, 1999; Foucault, 2007b; Lazzarato, 2006; Lemm, 2010; Murillo, 2015). En tal sentido adquiere especial interés el despliegue de una biopolítica informacional (Costa, 2012) como modalidad de gobierno propia de las sociedades de control (Deleuze, 1999) que opera en el orden de la gestión de los imaginarios de la población considerada como público (Foucault, 2011; Rose, 1999). A este respecto, los discursos sociales y gubernamentales de promoción de la salud y la alimentación saludable, así como también las estrategias de marketing y el discurso publicitario de la industria alimentaria constituyen tecnologías de control noo-político que actúan por modulación de signos, deseos, creencias (Lazzarato, 2006).

Siguiendo este enfoque el diseño metodológico de la investigación se basa en un abordaje arqueológico (Foucault, 2007a) orientado a rastrillar la discursividad social contemporánea a fin de describir y comprender la configuración de sentidos, saberes y verdades sobre la alimentación saludable.

Con este propósito, la estrategia metodológica plantea la construcción de un complejo discursivo integrado por registros pertenecientes a tres grandes sistemas de formación de enunciados: (i) discursos publicitarios de la industria alimentaria; (ii) documentos de organismos internacionales sobre alimentación saludable; y (iii) discursos sobre biotecnología de alimentos. La construcción de estos tres corpus discursivos conlleva distintas fuentes de datos, unidades de análisis y técnicas de investigación cualitativas.

El primer corpus comprende discursos publicitarios de productos alimenticios. Este corpus se encuentra conformado por piezas publicitarias, emitidas por televisión abierta y cable a nivel nacional en el período 2008-2014, referentes a alimentos, bebidas y suplementos alimenticios de venta libre.

El segundo corpus comprende discursos de organismos públicos relativos a la promoción de la alimentación saludable. Este corpus está integrado por documentos, materiales e informes de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y documentos de otros organismos públicos del ámbito de la salud a nivel nacional y local de la Ciudad de Buenos Aires.

El tercer corpus reúne discursos científicos sobre biotecnología de alimentos. Este corpus comprende saberes y representaciones de científicos, ingenieros y tecnólogos especializados en la utilización de sistemas biológicos de organismos vivos para la producción, mejora o modificación de alimentos de consumo humano.

Cabe mencionar que en el desarrollo actual de la investigación el análisis del primer y el segundo corpus de discursos se encuentran concluidos. Por su parte, el trabajo relativo al tercer corpus de discursos científicos sobre biotecnología de alimentos corresponde a la fase actual de la investigación, que se encuentra en la etapa de análisis y sistematización de resultados. Por lo tanto, en este trabajo se presentan de modo breve y sistemático los resultados correspondientes al análisis de los discursos publicitarios de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios, y de los discursos de organismos públicos del ámbito alimentario.

Alimentos, alimentación saludable y tecnificación alimentaria

El proceso de análisis estuvo regido por los objetivos específicos de la investigación que plantean analizar la producción de sentido en torno

a la concepción del alimento, el rol de la alimentación en el cuidado de la salud y la tecnificación de los alimentos.

El primer corpus analizado fue conformado por treinta y cinco (35) piezas publicitarias audiovisuales referentes a alimentos, bebidas y suplementos alimenticios de venta libre, emitidas por televisión abierta y cable a nivel nacional en el período 2008-2014. La muestra se compone de publicidades relativas a tres categorías de productos: quince (15) publicidades sobre alimentos, diez (10) referidas a bebidas y diez (10) a suplementos alimenticios de venta libre, entre los que se incluyen algunos tipos de alimentos funcionales. Del análisis de este corpus se destacan los siguientes emergentes:

Con respecto al primer eje relativo a la concepción del alimento, el análisis permitió consolidar una tipología de productos alimenticios que comprende tres grandes tipos de alimentos: (i) Alimentos concebidos como mediadores de la socialidad, (ii) Alimentos concebidos como optimizadores de rendimientos vitales, y (iii) Alimentos concebidos como facilitadores de la gestión nutricional cotidiana.

En relación con el segundo eje se ha trabajado la idea de alimentación saludable como expresión resumen del rol de la alimentación en el cuidado de la salud. A este respecto se reconoció y elaboró conceptualmente una tensión entre dos tipos de discursos polares: uno organizado a partir de un énfasis en lo saludable y otro que produce paradigmáticamente un borramiento de lo saludable. Basado en las propias lógicas de la publicidad se destaca una construcción discursiva que pondera al alimento como saludable *per sé*. El producto alimenticio que busca ser vendido resulta aislado y descontextualizado del consumo de otros alimentos que integran una dieta.

En cuanto al tercer eje relativo a la cuestión de la tecnificación de los alimentos se elaboró un diagrama de dispersión en el que se ubican dos posiciones discursivas que acentúan la condición natural del alimento y la condición técnica del alimento, destacando las virtudes de la naturaleza o de la tecnificación condensadas en el producto alimenticio, respectivamente.

Por otra parte, el segundo corpus de análisis está conformado por treinta y siete (37) documentos elaborados por organismos públicos del ámbito alimentario, de los cuales quince (15) corresponden al nivel internacional, trece (13) al plano nacional y nueve (9) al ámbito local de la Ciudad de Buenos Aires. La sistematización de los resultados está guiada por los mismos núcleos de sentido considerados en el análisis del corpus precedente.

En relación con los alimentos se destaca que los mismos no son ponderados tanto por sí mismos como saludables o no saludables, sino por su pertenencia a un determinado grupo de alimentos o su integra-

ción en una dieta. Se identifican dos grandes grupos de alimentos. Por un lado, el grupo de alimentos cuyo consumo es incentivado, conformado por granos, legumbres y cereales integrales; hortalizas y frutas; leche, yogur y quesos; carnes magras, frutas secas y semillas. Por otro lado, el grupo de alimentos cuyo consumo busca ser moderado o reducido, como las harinas, panificados, hortalizas feculentas, azúcares, dulces, bebidas azucaradas, grasas, embutidos y alimentos procesados.

Por otra parte, el análisis permitió identificar que en términos generales una alimentación saludable es aquella que reúne una cuádruple condición: (i) aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para mantenerse sano; (ii) contribuye a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgos como diabetes, sobrepeso y obesidad, algunos tipos de cáncer e hipertensión; (iii) favorece el desarrollo y crecimiento saludable de los niños; y (iv) favorece el mantenimiento de la salud a lo largo de la vida.

Con respecto a la tecnificación de los alimentos se han reconocido dos grandes sentidos presentes en los documentos de los organismos públicos del ámbito alimentario. La connotación negativa de la tecnificación se evidencia en discursos sobre alimentos industrializados, procesados y ultraprocesados. Por su parte, la connotación positiva de la tecnificación de los alimentos se halla asociada a los alimentos funcionales, así denominados a los alimentos que son intervenidos para modificar, mejorar o inhibir alguna de sus propiedades y lograr efectos beneficiosos sobre la salud.

Discusión

A partir de los resultados del análisis de los distintos tipos de discursos recabados sobre la alimentación en general y, particularmente, sobre la alimentación saludable y la tecnificación de los alimentos, la investigación problematiza la producción social de sentido sobre la alimentación como estrategia de gobierno de la vida y la salud. A la luz del análisis desarrollado es posible reconocer algunos trazos sobresalientes de una formación discursiva contemporánea sobre alimentación saludable semánticamente múltiple y contradictoria, que engarza saberes igualmente heterogéneos.

El estudio permite inferir la configuración de una serie de principios de normatividad y prácticas alimentarias que son promovidas en distintos planos discursivos para que los individuos se las apropien e implementen en su propia vida. Las formas de verdad producidas respecto de la alimentación saludable se basan en la afirmación incuestionable de la relación entre alimentación y salud, y en la racionalidad tecnocientífica implicada en el tratamiento de los alimentos como garantía de optimización de la alimentación. En esta clave, la

alimentación y concretamente el modo de alimentación considerado saludable constituye una estrategia para gobernar la salud y, en definitiva, el curso vital de los sujetos.

Así, la alimentación se erige en un terreno de disputa e intervención que busca ser gobernado o acentuado en un determinado sentido como un modo de gobernar la producción de salud y modos de vida de individuos y poblaciones. Dicho en otros términos: conducir el modo en que los individuos deben alimentarse constituye una vía para modular los procesos vitales de salud-enfermedad de las poblaciones, para lo cual se requiere que los mismos sujetos gobiernen sus propios modos de alimentarse. La integración final de las distintas fases desarrolladas en la investigación aspira a reconocer las formas de veridicción, tecnologías de gobierno y modos de subjetivación que se despliegan en la actualidad con respecto a la problemática del gobierno de la alimentación concebida como una estrategia de gobierno de la vida.

Bibliografía

Boye, Joyce I. (2015), *Nutraceutical and Functional Food Processing Technology.* Oxford, Reino Unido: Wiley Blackwell.

Bruera, Matías (2010), "Diet-éticas modernas. Razón, experiencia y resistencia alimentaria". En Mónica Katz, Patricia Aguirre y Matías Bruera [eds.], *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura*, (pp. 111-154). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal, Burchell, Graham, Colin Gordon y Peter Miller (1991), *The Foucault effect: studies in governmentality.* Chicago, U.S.A.:The University of Chicago Press.

Castro, Edgardo (2007) "Biopolítica y Gubernamentalidad". *Temas & Matizes*, núm. 11, pp. 8-18.

Costa, Flavia (2012) "Biopolítica informacional. Apuntes sobre el gobierno de los públicos en las sociedades de control". *Espacios Nueva Serie*, vol. 7, pp. 138-153.

Deleuze, Gilles (1999), "Post-scriptum sobre las sociedades de control". En Gilles Deleuze [ed.], *Conversaciones*, (pp. 277-281). Valencia, España: Pre-Textos.

Díaz Méndez, Cecilia y Isabel García Espejo (2014) "La mirada sociológica hacia la alimentación: análisis crítico del desarrollo de la investigación en el campo alimentario". *Política y Sociedad*, vol. 51, núm. 1, pp. 15-49.

Flandrin, Jean-Louis y Massimo Montanari (2004), *Historia de la alimentación.* Gijón, España:Trea.

Foucault, Michel (1977), *Historia de la sexualidad. I La voluntad de saber*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, Michel (2007a), *La arqueología del saber.* Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, Michel (2007b), *Nacimiento de la biopolítica.* Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2008), *Tecnologías del yo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Foucault, Michel (2010), *El gobierno de sí y de los otros.* Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2011), *Seguridad, territorio, población.* Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Illanes, Andrés (2015) "Alimentos funcionales y biotecnología". *Revista Colombiana de Biotecnología*, vol. xvii, núm. 1, pp. 5-8.

Katz, Mónica, Patricia Aguirre y Matías Bruera (2010), *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura.* Buenos Aires, Argentina:Libros del Zorzal.

Lazzarato, Maurizio (2006), *Políticas del acontecimiento.* Buenos Aires, Argentina:Tinta Limón.

Lemm, Vanessa (2010), *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Santiago de Chile, Chile: Universidad Diego Portales.

Lupton, Deborah (1997), *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body.* Londres, Reino Unido:Sage.

McIntosh, William Alex (1996), *Sociologies of Food and Nutrition*. New York, U.S.A.:Plenium Press.

Mennell, Stephen, Anne Murcott y Anneke H. van Otterloo (1993), *The Sociology of Food: Eating, Diet and Culture*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.

Morcillo Ortega, Gloria y Estrella Cortés Rubio (2011), *Biotecnología y Alimentación*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Motta, Giovanna (2010) "La historia, la comida, la salud. Un vínculo siempre más estrecho entre alimentación y medicina". *Medicina y Seguridad del Trabajo*, vol. 56, núm. 218, pp. 93-99.

Murillo, Susana (2015), *Neoliberalismo y gobiernos de la vida. Diagrama global y sus configuraciones en la Argentina y América Latina*. Buenos Aires, Argentina:Biblos.

Ministerio de Salud de la Nación-MSAL (2007), *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Organización de las Naciones Unidas-ONU (2013), *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Nueva York, U.S.A.:Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO y Organización Mundial de la Salud-OMS (2011), *Reunión Conjunta FAO/OMS de Expertos acerca de la aplicación de la nanotecnología en los sectores alimentario y agropecuario: posibles consecuencias para la inocuidad de los alimentos*. Roma, Italia:Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO y Organización Mundial de la Salud-OMS (2013), *State of the art on the initiatives and activities relevant to risk assessment and risk management of nanotechnologies in the food and agriculture sectors*. Roma, Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO (2015). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*. Roma, Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Organización Mundial de la Salud-OMS (2004), *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2014), *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud-OPS (2006), *Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud*. Washington DC, U.S.A.:Organización Panamericana de la Salud.

Palomar, Antonio (2006), *La despensa de Hipócrates. Los poderes curativos de los alimentos.* Tafalla, España:Txalaparta.

Poulain, Jean-Pierre (2002), *Sociologies de l'alimentation.* Paris, Francia: Presses Universitaires de France.

Rose, Nikolas (1999), *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*. Londres, Reino Unido: Free Association Books.

Rose, Nikolas y Peter Miller (1992) "Political Power beyond the State: Problematics of Government". *The British Journal of Sociology*, vol. 43, núm. 2, pp. 173-205.

Ruane, John y Maria Zimmermann (2003), *Biotecnología agrícola para países en desarrollo.* Roma, Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO.

Narrativas del alimentar infantil

Aportes para pensar la vinculación entre pediatría, alimentos e infancias, a partir de un enfoque etnográfico

NURIA CAIMMI*

Introducción

El presente artículo busca dimensionar ciertas representaciones acerca de la alimentación infantil que se dirimen en Centros de Atención Primaria de la Salud, en vinculación con sentidos sobre corporalidad e infancias. Dialogando con lecturas de la antropología alimentaria y de estudios sobre la niñez, se realizan entrevistas en profundidad y registros de campo en tres Centros de Salud localizados en las afueras del casco urbano de la ciudad de La Plata; focalizando principalmente en los discursos de pediatras, aunque, desde una lógica discursiva relacional, incorporando concepciones del total del equipo de salud. A partir de ello, intentaremos dar cuenta de las ideaciones sobre el alimentar infantil, abordando los *qué*, *cuándo*, *dónde* y *por qué* sobre su alimentación, y las figuras representadas sobre el ser niñe, sus cuidados y responsabilidades.

El diálogo entre la infancia y la alimentación

En las líneas que prosiguen, buscaremos desandar algunas prescripciones que circulan en los consultorios pediátricos, en las cuales no solo se establecen y recrean determinadas figuras de les niñes, sino

* Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

también de sus corporalidades y alimentares. Partimos para ello de dos grandes campos bibliográficos que abonan a repensar los núcleos temáticos de la niñez y la alimentación, lecturas que se conforman a partir de literatura sobre la infancia y a partir de la antropología de la alimentación.

Para poder problematizar la infancia, debemos situar la configuración vigente de significados que se le han atribuido, con las prácticas socioculturales que posibilitan, circunscriben y determinan ciertos tipos de experiencia durante la niñez. Rabello de Castro (2001), retoma cómo la infancia ha sido capturada por portavoces y agentes legitimados en una posición de autoridad científica, habilitados a hablar sobre ella y construirla. Lo mismo ocurre con la alimentación, la cual también ha sido reubicada bajo el prisma de un saber experto y técnico, hablada y reconducida por el conocimiento científico a través del discurso de la salud o la enfermedad. Zafra Aparici (2017), entiende a la alimentación como comunicación, expresión, relación social y saber que, al tornarse objeto de determinado tipo de conocimiento como el médico, acaba valorado casi exclusivamente a partir de sus elementos nutricionales. Esto termina por silenciar una serie de actividades que la involucran y que no se vinculan exclusivamente con el alimento como producto que se ingiere; la comida puede pensarse a partir de su acceso, selección, preparación, condimentación, y esto incluye una serie de vinculaciones, identificaciones, normas, horarios, formas de presentación y comensalidades (Aguirre, 2009).

Planteado nuestro encuadre, procuramos en lo siguiente reponer algunas nociones atribuidas a las prácticas alimentarias infantiles y los significantes que ellas condensan. Luego de exponer brevemente el enfoque sostenido y los referentes empíricos concretos, buscaremos relevar la trama de las narrativas pediátricas sobre la alimentación, los cuidados y las responsabilidades que reviste.

Enfoque teórico- metodológico

Este escrito intenta ser abordado desde un enfoque etnográfico, el cual constituye un eje central del trabajo antropológico y tiene la singularidad de articular dos dimensiones: recuperar las prácticas, es decir lo que la gente hace; como los significados que estas prácticas adquieren para quienes las realizan, lo cual permite dar cuenta de algunos aspectos de la vida de las personas sin perder de vista cómo éstas entienden tales aspectos de su mundo (Restrepo, 2016). El trabajo de campo del cual parte este estudio, se desplegó en dos instancias, entre los meses de septiembre y noviembre de 2018, y entre abril y julio de 2019, en tres centros de salud pertenecientes a la misma localidad, ubicada en

las afueras del casco urbano de la ciudad de La Plata[1]. Si bien debido a la extensión y al inacabado proceso de recolección de registros, no ahondaremos con demasía sobre los territorios estudiados, si resulta necesario recuperar la heterogeneidad paisajística e infraestructural de la zona donde nos emplazamos, la cual presenta desde conjuntos habitacionales urbanizados, residenciales y en avenida; hasta otros de chapa y madera, en calles de tierra y sin servicios de luz ni agua[2]. En las tres instancias, en diálogo con personal de los centros, específicamente las administrativas a cargo, nos fue referido que la población que asistía a las instituciones era en su mayoría de un "nivel socioeconómico medio-bajo" y "bajo", aunque en coexistencia con un "nivel medio sin cobertura médica" (las categorías mencionadas son los referidas por las personas con las que se dialogó). Las técnicas utilizadas fueron observación participante, efectuando registros en las salas de espera, recepción, pasillos, patios, y consultorios; así como charlas informales y entrevistas semiestructuradas (estas últimas en el caso de las pediatras)[3].

---

1 Los mismos serán indicados en las presentes líneas a partir de una numeración arbitraria, que no se corresponde con la realidad e identificados como Centro N° 1, 2 y 3.

2 Como aspectos urbanos importantes, uno de los centros está ubicado próximo a un reconocido estadio de fútbol (donde se realizan eventos internacionales y deportivos relevantes), otro se encuentra al lado de la primera estación de ferrocarril creada en la Ciudad de La Plata, en actual funcionamiento; y el tercero, lindante con un asentamiento urbano. Mientras uno de ellos se encuentra en una avenida principal de alto tránsito; el otro en una calle cerrada al lado de una oficina municipalidad y hospital veterinario local; y el tercero de ellos, se encuentra en calles no asfaltadas, donde es cotidiano el barro y las inundaciones periódicas (transitando las calles y en las paredes del centro pueden observarse las marcas de lo que fue la inundación más grande acontecida en la ciudad hace seis años). En los tres centros encontramos variabilidad en las construcciones habitacionales, partiendo de casas medianas con tejas y parque, conjunto habitacional construido por el Fondo de Vivienda a principios de los '70 y casas de chapa y madera.

3 Si bien en este artículo no desarrollaremos los programas y políticas públicas dirigidas a la población infantil que allí asiste, nos parece necesario enumerar al menos los que surgieron en la interacción con el personal y en la estadía en los tres centros. Primeramente, la Asignación Universal por Hijo, nominada como "ANSES", era el principal de ellos, destacándose en folletería (requisitos para percibirlo), cartelería (indicando por ejemplo que los controles de ANSES solo se realizan determinados días o bajo determinadas condiciones) y discursos entre administrativas, entre profesionales, enfermeras. Luego la entrega de leche en polvo descremada hasta los dos años de edad (2 kg) la cual forma parte del Plan Materno Infantil, era parte de la rutina institucional, habiendo en dos de los centros horarios pautados y en el tercero, de entrega en cualquier momento, en caso de haber disponibilidad. También presenciamos algunos encuentros del PROSANE, Programa Nacional de Salud Escolar, en el cual se medían, pesaban, y se realizaba control odontológico en la escuela con personal del centro.

Leyendo las prácticas alimentarias

La lectura maternalizada de la alimentación

Numerosos son los estudios que han establecido cómo la constitución y posterior institucionalización de las especialidades médicas a fines del Siglo XIX, específicamente la pediatría, implicaron la construcción paralela de su campo de estudio y método de abordaje, creando así las figuras de niñes y las formas en que estes debían ser cuidades y criades (Colángelo, 2003; 2006; 2008; Billorou, 2007; Di Liscia, 2005). La familia nuclear, deviniendo no solo la modalidad de organización más natural sino la única pensable, constituyó un eje central al cual remitir los cuidados de la esfera privada y, desprendiéndose de ello, terreno sobre el cual intervenir (Fonseca, 1999). Dentro de la esfera familiar y privada, las madres se convirtieron en destinatarias privilegiadas de las pedagogías sobre cuidados infantiles, ideándose la relación materno filial no sólo a partir de aspectos asociados al plano reproductivo, sino también por un vínculo psíquico y afectivo que se prolongaba a lo largo del tiempo (Nari, 1996)[4].

> *"No se toma la alimentación como una actividad de servicio y de amor, y esta cosa nueva que ahora hemos traído con la nueva sociedad, el nuevo paradigma, que las mujeres somos todas sometidas y tenemos que revelarnos, entonces por dónde nos revelamos, por donde más nos gusta: 'entonces no cocino' (risas). Porque se siente que cocinar... 'a mí no me van a venir a doblegar, qué es eso de yo cocino para todos ustedes'. Entonces se ha dado toda una vuelta, creo que hemos dado vuelta las cosas, estamos en una sociedad muy confundida me parece".* (Entrevista 5-04-19, Centro de Atención Primaria N°1, Pediatra 2)

En términos de Faur (2009), el ideal maternalista se conforma como un conjunto de representaciones que homologan la condición femenina con la maternidad; al hablar de le niñe y su alimentación, no solo se recrean parámetros de una infancia normal, sino que se generan dispositivos y saberes sobre el ser madre y el ser mujer, implicando

4 Desde mi llegada al campo acontecieron una serie de referencias, algunas soslayadas, y otras más directas, respecto a determinada predisposición natural de las mujeres a conducir tareas de crianza de niñes. En el discurso cotidiano de los centros, ellas eran interpeladas como destinatarias únicas. Yo misma, no era referida por mi propio nombre, sino por el apelativo de "*mami*", apodo generalizado para cualquier persona fenotípicamente asimilable al femenino. Algunas veces me fue aludida la razón de esta caracterización "Y...viste que son las mamis las que vienen, o las puérperas" (Registro de campo, charla con administrativas, 21-09-2018); en otras, mi lugar como mujer habilitaba un entendimiento tácito en la conversación, fue usual escuchar la frase "*vos que sos mujer lo vas a entender mejor*".

con ello la evaluación y valorización de gran parte de las esferas de la vida y actividades.

> *"O sea, lo ideal sería que esa pobre madre siga con la lactancia hasta los seis meses, pero dice que le va a costar, porque la nena dos tomas no va a tener porque ella trabaja (...) Yo pienso, las leyes de lactancia no te acompañan… Y acá las madres todas trabajan, solo tienen 45 días y te dicen, ´No, lo tengo que dejar, por eso necesito que me des la leche´* (respecto a la leche en polvo entregada gratuitamente bajo el Plan Materno Infantil). *Y vos decís, de qué podés trabajar, cuánto podés ganar, les digo: ´Vos los primeros dos años tenés que estar con tu bebé´; pero bueno quieren trabajar, ganar plata, no sé, pero por eso te digo, no se valora el costo beneficio, ¿entendés?, porque si vos razonás, es mejor que trabaje el padre o alguien más, y que ella se quede a darle la teta al bebé"* (Entrevista 1-07-19, Centro de Atención Primaria de la Salud N°3, Pediatra 4)

El acceso, la provisión, y la preparación de la alimentación se nuclean en torno a la madre, quien por lo tanto, es ubicada unilateralmente como responsable en todos los procesos alimentarios. Es nodal que la cuestionada desaprensión de las madres, en ningún momento se superpone a la injusta organización social del cuidado y del trabajo; las exigencias son impuestas a las mujeres por "todo lo que no hicieron o hicieron mal" en la única tarea que debían realizar si es que no trabajaban, o en el marco de una escasísima transferencia monetaria, la cual permanece condicionada a que cumplan con estos controles (Pautassi, 2016: 625). Por lo tanto, si bien desde el discurso médico, el amor y el instinto materno son ubicados como medulares en los comportamientos alimentarios de les hijes, no resultan suficientes, y deben ser guiados y acompañados desde el accionar médico, científico y válido.

> *"(...) Yo creo que debe ser el desconocimiento de los beneficios de la lactancia, veo que es un tema de inmediatez y de falta de conocimiento. O sea, nadie les informa, faltan charlas de lactancia, poca información (...). En cambio, yo trabajo también en un consultorio, en Palermo, que es lo más top que hay, y te digo que no receto una leche maternizada jamás, porque todas dan la teta. Digo, son todas mamás hiper inteligentes, formadas, profesionales, pero todas dan la teta, priorizan eso a trabajar mil horas, porque lo vale"* (Entrevista 1-07-19, Centro de Atención Primaria N°3, Pediatra 4).

La lectura etiológica del alimentar: cultura alimentaria y cultura de la pobreza

Este último fragmento citado, vislumbra que aquellas prácticas alimentarias inadecuadas aparecen teñidas de una fundamentación y etiología difusas, que acaban por depositarse no solo en la familia

(con su respectiva maternalización), sino que en muchos discursos de las pediatras, se vinculan a la pobreza, o a sus condiciones materiales y culturales de existencia. En estos marcos interpretativos, determinada cultura es comprendida como origen y causa a través de la cual se reproduce el padecimiento; por lo tanto, se responsabiliza a la población paciente de aquello que sufre: "es que no vienen nunca", "son conflictives", "no hacen caso" (Leavy, 2015: 57).

> *"Y eso es educación, es enseñar que bañe al hijo. Es educación y cultura. (...) Porque es lo que te digo, no hacen nada en todo el día, hay mucha vagancia, las bolivianas, las paraguayas, no laburan, y las argentinas ni te digo, son unas wachiturras. Claramente hay casos y casos, yo no estoy generalizando, pero son cosas que dificultan mucho. Vienen acá y tienen todo gratis, tienen la leche gratis, los medicamentos gratis. Entonces se acostumbran a eso, y cuando no están se enojan, ´qué pasa con la leche´, ´que a veces no llega´, ´no la tenemos´".* (Entrevista 27-05-19, Centro de Atención Primaria N°2, Pediatra 3).

> *"Yo lo que intento es adaptarme a la persona del frente, me paro en frente de esa persona y de ahí les hablo. Pero es difícil, tenés la paraguaya que no sabe leer ni escribir, entonces qué hace si le das la receta del medicamento, no lo entiende. Las madres hacemos lo que podemos, lo que tenemos ganas, y con la comida pasa igual, es cultural". (*Entrevista 27-05-19, Centro de Atención Primaria N°2, Pediatra 3)

Una determinada alteridad es interpelada recurrentemente en los discursos sobre alimentación; leída, o a través de un determinismo económico lineal y simplificador, o de un culturalismo ingenuo y homogeneizante (Colángelo, 2003:3). De allí, la necesidad de articular estas dos dimensiones, la diversidad y la desigualdad, al analizar cualquier referencia a la alimentación y las conductas o comportamientos que se induzcan de ella.

> *"Acá hay sobrepeso por mala alimentación, ¿Viste?, por desconocimiento. Acá comen muchas harinas, la gente come muchos fideos, acá no comen pollo. Entonces están anémicos y gordos. La gente no tiene una cultura de lo que es la alimentación, acá nadie mira las etiquetas de los productos; no lo mira una clase media, menos lo va a mirar… Vos imagínate que esta gente a veces… Yo digo, tienen, a ver, se les da a los desnutridos una caja de alimentos, pero ocurre que no sé si comen solamente eso, vos los ves que van y te comen un paquete de facturas en la panadería. Por eso, no se elige bien."* (Entrevista 1-07-19, Centro de Atención PrimariaN°3, Pediatra 4).

Santillán (2009), en su estudio acerca del cuidado de niñes, elabora la fuerza que aún tienen los reduccionismos referidos al origen social y cultural de determinados conjuntos sociales, más aún cuando las

prácticas que se dirimen se vinculan a dimensiones fuertemente naturalizadas como las funciones maternas y paternas. La concepción de cultura que resuena en las narrativas pediátricas, nos remite dentro de la historia de la disciplina antropológica a un legado colonial, que involucra tanto al evolucionismo, al funcionalismo y al particularismo histórico, dentro de los cuales la cultura se lee como límite de unidades discretas, internamente coherentes, cerradas y aisladas entre sí (Szulc, 2006)[5].

> *"Lo que tenemos acá es mucho bajo peso, desnutridos y sobrepeso también. Si viven a guiso. Está bien, no podés hacer nada porque culturalmente comen únicamente guiso, después lo demás es en la escuela lo que coman, y en el recreo; pero sino es guiso, guiso, y guiso; encima después no se mueven, no hacen deporte, miran la tele todo el día o juegan a la play"* (Entrevista 27-04-19, Centro de Atención Primaria N°3, Pediatra 3).

La preparación "guiso", fue reiterada como comida cotidiana por el resto de los equipos de salud, llegando a indicar la psicóloga del Centro de Atención Primaria de la Salud N°1, la intención de realizar un taller para suspender la ingesta de esta comida o al menos, ´que sea realizada de una forma consciente y sana´ (Registro de campo 7-05-19). Retomamos a Aguirre (2004), quien elabora que el guiso, como preparación alimentaria, condensa mucho más que su agregado nutricional-saludable, implicando la organización de tiempos, espacios y cantidades[6].

Escribir sobre las prácticas alimentarias: la educación alimentaria, sus qué, sus cuándo y sus dónde.

Las recriminaciones relativas a las conductas alimentarias de les niñes, rectifican dimensiones morales, ubicando a les sujetes como

5 El concepto cultura de la pobreza, elaborado a fines de los años cincuenta, remite en su origen a estilos de vida o patrones de comportamiento transmitidos de manera familiar y a modo hereditario, perpetuando los niveles socio-culturales-económicos bajos de ciertos grupos sociales. Lo interesante de esta concepción es que funciona tanto a modo de causa como de consecuencia, se explica a sí misma, los valores que se reproducen son la justificación de las condiciones de desigualdad. Si bien nace en un contexto académico, esta conceptualización ha trascendido esos límites, instalándose en imaginarios colectivos y en cierto tipo de sentido común, sobre todo a la hora de la evaluación de políticas públicas.

6 Allí repone que las elecciones alimentarias distan de fundamentarse en un desconocimiento nutritivo (que en todo caso, podríamos problematizar, cuán poco nutritivo es, ya que incorpora carne, verduras y muchas veces legumbres) habilitando ser una comida colectiva, funcional a los tiempos de quien la prepara (que puede ir suspendiendo las tareas a medida que progresa la cocción), y pudiendo acompañarse con pan (Aguirre, 2004).

faltes de criterio y competencias, realizando el pasaje de considerar a les portadores de la anomalía como responsables de su disfunción (Gracia Arnaiz, 2007;2011). En el caso de que las personas mal alimentadas sean niñes, esta responsabilidad se traslada con facilidad a les progenitores.

> *"Pero bueno acá es diferente, acá yo les doy algunas pautas y bueno ya después les pido, indicación de la actividad física, cuatro veces por semana, cuarenta minutos, algo de lo que puedan adherirse. Pero más que todo tenes que hacerle la alerta, que tomen conciencia del riesgo de la enfermedad cardiovascular diabetes, porque sino no se dan cuenta"* (Entrevista 7-11-18, Centro de Salud N°1, Pediatra 1)

Remorini y Palermo (2014), se detienen en la utilización de términos como "*descuido*" y "*falta de alarma*", en los que subyace la ideación de una escasa capacidad y compromiso de las madres hacia la crianza, lo cual justifica la intervención del personal de salud a través de una *educación sanitaria*, proceso que se plantea de manera unidireccional ya que los saberes de les usuaries no se ponen en diálogo con las pautas pensadas por el personal de salud[7].

> "*Una trata de facilitarlo, pero qué hacés si la persona no quiere, es como un desgano generalizado, más no se puede facilitar. Acá abrís la puerta y no sé, están comiendo chizitos, entonces no sé si es muy bueno eso. Tenemos un índice altísimo de obesidad infantil y saben que los hijos tienen, y no hacen nada. Pero es esto, tenés tanto espacio, la mente tiene tanto espacio libre, que se llena de ansiedad, de miedo, de falta de proyectos. Ese es el límite que tenemos desde el centro, hay un límite en lo que podés hacer*". (Entrevista 27-04-19, Centro de Salud N°2, Pediatra 3)

La normalización alimentaria, siguiendo a Gracia Arnaiz (2007), remite a la construcción de un patrón alimentario específico, como la dieta equilibrada, que se basa en la restricción de ciertos alimentos y la promoción de otros, así como la prescripción de disposiciones corporales respecto a los tiempos y a las formas de los actos alimentarios (2007:238). Como sugiere la autora, nos encontramos con una epistemología que interpreta el comportamiento alimentario desde la óptica de la enfermedad y la salud, sin tomar en cuenta para ello

---

7 Como elabora Patel (2008), si bien todas las culturas han pensado a los cuerpos como libros contables, que registran vicios privados a modo de catálogo, nada de ello parece explicar la paradójica situación donde el hambre, la abundancia y la obesidad aparecen imbricadas y complementarias. El autor, incorpora que la prevalencia del hambre y de la obesidad afecta a la gente con demasiada regularidad y en demasiados lugares distintos como para que sean consecuencia de algún defecto personal.

la complejidad y variedad de aristas que condensa la alimentación. Un movimiento discursivo que acontece en los consultorios se vincula con la regulación; es decir, nos situamos en la etapa prescriptiva, de los quehaceres, que busca ante todo poder regularizar esa anormalidad y disfuncionalidad de las prácticas alimentarias. Al depositar la causalidad de los problemas alimentarios en la falta de información nutricional, se moviliza el énfasis en que les pacientes la adquieran.

Un eje clave en esta prescripción se vincula con el *"qué"*, lo cual intenta normativizar y dar pautas sobre los contenidos alimentarios. Si bien en este trabajo no nos detendremos en profundidad en ello, es importante retomar la nutricionalización que ha teñido a la pediatría, nutricionalización que determina que el valor de los alimentos se halla únicamente en los nutrientes, pasibles de ser aislados, fragmentándose. Al concebir a los alimentos a partir de los nutrientes que los componen, se produce un saber que da visibilidad a estos fragmentos alimentarios por sí mismos, independientemente del alimento donde estén presentes (Rodríguez Soya, 2015). Esto implica que esas moléculas puedan pensarse incluso por fuera de los alimentos que las contienen.

> *"Una sabe la teoría, que hay que ingerir tanta cantidad, cuántos gramos de proteína, de nutrientes, sabes más o menos cada edad tiene un aporte calórico. Pero bueno, es difícil a la hora de recomendar porque una sabe muy general, no sabemos bien dónde está la vitamina D, la vitamina A, dónde está qué sé yo, el hierro lo sabés porque es muy popular, el calcio, pero después…El elemento específico solo sabés, es difícil decirle a la mama 'comé esto' porque nosotros no sabemos mucho, no tenés mucha formación"* (Entrevista 07-11-18, Centro de Atención Primaria N°1, Pediatra 1)

La normalización alimentaria opera no solo en el *"qué"*, sino también en el *"cuándo"*, de allí que un eje clave en la regulación alimentaria, lo constituya la temporalidad: los tiempos están desfasados por eso debe hacerse un trabajo de educación y corrección sobre esa baja organización. Al centro de salud acudía una educadora en estimulación temprana, quien trabajando junto con la pediatra, mencionó.

> *"Por ejemplo acá lo que se veía mucho ya desde unos años eran nenes que mandaba la pediatra con pautas alimentarias desordenadas, retrasos en el alimentar. Vos te fijás y son familias muy numerosas, por ahí son cinco o seis hijos y están solas las mamás. (...) Y acá lo que hacemos es eso, dar pautas, sugerencias, acompañar más que nada, ordenar la vida, los hábitos, no sé, esto que te decía de la alimentación, que se levante temprano, que no esté hasta las tres de la mañana mirando televisión, son pautas de crianza que*

> *les damos a las mamás ante el desorden, también trabajamos mucho desde la prevención, poder detectar ciertas actitudes o hábitos irregulares" (Registro de campo, 26 de abril de 2019).*

Se trata del énfasis en disciplinar horarios de alimentación, se debe introducir un orden en medio del caos que gobierna el cuidado de le niñe, regulando minuciosamente la sucesión y duración de todas las acciones en el tiempo, así como delimitando los lugares donde acontecen las prácticas alimentarias, el "*dónde*".

> *"Saber yo madre que la dieta es importante, entonces no importa tanto lo que comemos pero que tiene que haber un momento de mesa familiar, todo eso se ha ido perdiendo... Yo en el transcurso de la consulta veía que el chico camina, corre, no hay una mesa, no hay una familia sentada en la mesa. En mi época cuando yo era chica, habrás escuchado de la mesa del domingo, había hasta programas de televisión que recreaban esa mesa del domingo… Ahora estos chicos comen en la escuela o en la copa de leche, se perdió la mesa semanal, porque además los que tienen la posibilidad de tener trabajo corren de un trabajo a otro"* (Entrevista 5-04-19, Centro de Atención Primaria N°1, Pediatra 2)

Comedores escolares y barriales son parte del entramado alimentario de les niñes que concurren al centro, elementos que fueron recurrentemente elaborados en las salas de espera por las personas que allí asistían. Nos interesa poner en tensión determinada normalización alimentaria que en los centros de salud opera, bajo las pretendidas formas de alimentarse correctas y saludables. El modelo tradicional de cuidado no sólo legitima una determinada distribución de las obligaciones y las formas de validación de esa responsabilidad parental, sino también establece las esferas y las instituciones donde esta debe realizarse, tal como la familia y la escuela. Diverses autores proponen ver cómo en espacios ligados con lo público, se ha ido intensificando en los últimos años la incorporación de iniciativas comúnmente comprendidas dentro del ámbito doméstico. Algunos de estos escritos (Piaggio, et al. 2011; Santillán, 2009) retoman el caso de los comedores escolares, donde les niñes no sólo reciben refuerzos alimentarios, sino que ello implica prácticas de socialización alimentaria, significados acerca del compartir, de la espera, de los gustos y las preferencias alimentarias, entre otras dimensiones. Otro conjunto de trabajos (Ierullo, 2013; Santarsiero, 2013), respecto a los comedores comunitarios o barriales, afirman que estos logran afianzarse como organizaciones territoriales dando respuesta no solamente a las situaciones de carencia económica, sino también a las demandas de cuidado. Así, se dimensiona el carácter político (espacio de poli-

ticidad barrial y territorializada), social (involucrando solidaridad, interacción cotidiana, vinculaciones inter e intrageneracionales) y alimentario de estas instituciones.

Palabras finales

Las líneas precedentes buscaron dimensionar algunos elementos que se traman en las narrativas biomédicas sobre la alimentación infantil, subyaciendo a través de ellas ideaciones sobre las infancias, la crianza, las prácticas correctas de alimentarse, y su responsabilidad. La normalización alimentaria distingue entre aquellas comensalidades consideradas correctas, que se adecuan a un ideal tradicionalista familiar, profunda e inherentemente maternalizado; y aquellas otras erróneas, negligentes, que solo pueden justificarse a partir del desconocimiento nutricional o por causalidades estructurales deterministas, como los simplificantes y nebulosos sentidos sobre la pobreza. Esto implica que la mirada biomédica sobre el alimentar, termina definiendo no sólo los contenidos alimentarios, es decir un *"qué"*, sino también delimitando un *cuándo,* un *dónde*, y un *por qué* de la alimentación infantil, en los cuales se disputan figuras tradicionales de crianza y de comensalidad familiar, así como elementos valorativos-estigmatizantes sobre los espacios-tiempos alternativos. Finalizamos con la necesidad de habilitar nuevos caminos para responder e interpretar esos *qué*, *con quiénes*, *cuándo, dónde y por qué* de los alimentares infantiles; caminos donde sembrar un terreno más justo y emancipador.

Bibliografía

Aguirre, P (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Claves para Todos.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Capital.

Aguirre, P. (2009) *La complejidad del evento alimentario. Libro para el Docente del Proyecto de Educación Alimentaria y Nutricional*, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación de la Nación.

Billorou, M.J. (2007) Madres y médicos en torno a la cuna: ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). *Revista de Estudios de la Mujer, 11*, pp. 167-192.

Colángelo, A. (2003) La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. *Revista Infancias y juventudes. pedagogía y formación, 1,* 1-8.

Colángelo, A. (2006) La crianza en disputa. Un análisis del saber médico sobre el cuidado infantil. *VIII Congreso Argentino de Antropología Social*, Universidad Nacional de Salta.

Colangelo, A. (2008). La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*, Posadas.

Di Liscia, M. S. (2005) Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en

Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos, (13),* pp. 94-119.

Faur, E. (2009). *Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires: el rol de las instituciones públicas y privadas 2005 - 2008*. (Tesis de doctorado). FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

Fonseca, C. (1999). O abandono da razão: a descolonização dos discursos sobre a infância e a familia. En: De Souza, A. L. (Ed.). *Psicanálise e colonização: leituras do sintoma social no Brasil*, (pp. 255-274). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Gracia Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Publica Mex, 49 (3*),236-242.

Gracia Arnaiz, M. (2011). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social: Reflexiones sobre programas para combatir la obesidad. *Revista de la Facultad de Medicina, 54(3),* 20-28.

Ierullo, M. (2013) Prácticas de cuidado infantil en organizaciones comunitarias. Los comedores comunitarios en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Portularia, XIII (1),* pp. 59-65.

Leavy P. (2015). Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición. *Horizontes Sociológicos, 3(6),* 54-72.

Nari, M. (1996). Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940. En: Lobato, M. Z. (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Patel, R (2008). "Capítulo 9. Cómo nuestras elecciones nos eligen a nosotros". En: Piaggio, L. R; y Solans, A. (comp.) *Enfoques socioculturales de la alimentación* (pp.119-138). Buenos Aires, Argentina: Editorial Akadia.

Pautassi, L. C. (2016). La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Salud Colectiva, 12 (4),* pp. 621-635.

Piaggio, L., Concilio, C., Rolón, M., Macedra, G., y Dupraz, S (2011). Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. *Salud Colectiva,7(2*), 199-213.

Rabello de Castro, L. (2001) "Una teoría de la infancia en la contemporaneidad"; En Rabello de Castro, L. (org.), *Infancia y adolescencia en la cultura del consumo.* (pp.9-21) Buenos Aires-México: Editorial Lumen- Humanitas.

Remorini, C., Palermo, M. L. (2014). Acerca de Niños en riesgo y padres no suficientemente buenos: Conceptualizaciones en torno a la infancia, los niños y sus familias como objeto de políticas de salud en Molinos (Salta, Argentina). *Infancias y juventudes latinoamericanas, (1),* pp.100-111.

Santarsiero, L. H. (2013). Los comedores comunitarios como fenómeno social, político y alimentario en la Argentina de los últimos treinta años: Una "guía práctica" para su comprensión. *Cuestiones de Sociología, (9),* pp. 319-323.

Santillán, L. (2009). Antropología de la crianza: la producción social de "un padre responsable" en barrios populares del Gran Buenos Aires. *Etnográfica*, *vol. 13 (2),*265-289.

Szulc, A. (2006). "Antropología y Niñez: de la omisión a las 'culturas infantiles'". En: Wilde, G. y Schamber, P. (eds.) *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos.* (pp. 25-51) Buenos Aires, Argentina: Editorial SB.

Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, ténicas y éticas.* Bogotá, Colombia: Envión editores.

Rodriguez Soya, P. (2015), Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. *Sociológica*, *30 (86),* pp. 201-234

Zafra Aparici, E. (2017). Educación alimentaria: salud y cohesión social. *Salud Colectiva*, *13 (2),* pp. 295-306.

¡Somos cuerpos!

Una mirada desde nuestro cuerpo que se (de)forma en el campo de la salud

JULIANA HUERGO, ESTEBAN HUGO MASSOBRIO, JULIETA SEPLOVICH, JULIANA BELÉN URETA, MARÍA DANIELA BUSTOS, MARÍA JULIA ANGELI, VANESA ROXANA SCARLATTA, PERLA VICTORIA BOGNANNO, ANTONELLA MARCONETTI, FLORENCIA BAINOTTI, CANDELA MARÍA IRIARTE, ROBERTO PÉREZ MIRANDA

Introducción

Las relaciones entre salud y alimentación constituyen un entramado de senderos que no se bifurcan, conducen a lo nutricional (Hintze, 1997). El cuerpo en tanto unidad perceptiva del mundo (*sensu* Le Bretón, 2006) es el territorio donde tales procesos acontecen, se vivencian, se sienten, se piensan, se (re)significan. La polarización social en cuanto a las posibilidades de construcción alimentaria de los cuerpos nos obliga a generar un detenimiento reflexivo. Por un lado, cuerpos con *hambre de comida*: aumento significativo de la pobreza en Argentina y, particularmente, en la provincia de Córdoba. Por el otro, cuerpos con *hambre de sensaciones*: bombardeo de discursos y propuestas gestadas en base al placer individual (Aguirre, 2016) que se acerca a la idea de alimento-diversión o comida-pasatiempo (Espeitx, 2004); un cuidado individual configurado alrededor de lo *sano* o *saludable o consciente* (sin agroquímicos, sin conservantes)*;* un consumo individual que respeta los derechos de los animales; un *snacking* que en soledad combina la práctica de comer con otras actividades como trabajar, estudiar, andar, ver televisión; entre otros posibles ejemplos.

* Asignatura Nutrición en Salud Pública, Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

En este marco, nos preguntamos ¿cómo se están preparando los/as futuros/as profesionales de la salud frente a este paisaje social que se estructura de manera tan desigual? Pero, no sin antes indagar acerca de ¿cómo es y ha sido su propia construcción alimentaria corporal? Tal como señala Hugo Spinelli para las políticas de salud pero que, en este caso, sería interesante aplicarlo a las políticas de Educación Superior, tenemos que devolverle a la práctica de (re)preguntar toda su pasión: "…buscar preguntas, y no repetir respuestas,… utilizando la teoría como caja de herramientas, con la intención de volver a pensar…" (Spinelli, 2016:150). Esto implica partir de la premisa: "enseñar, es enseñar a dudar". Concebir a la práctica educativa como un proyecto problematizador que, por ese motivo, constituye una de las formas más significativas de intervenir el mundo desde "cuerpos conscientes". Cuerpos conocedores de sus propias historias y hacedores protagonistas de sus destinos. A diferencia del entrenamiento, que transmite información específica o técnica para una actividad especializada de manera objetiva, sin implicación subjetiva; la educación, por el contrario, construye personas, desde adentro hacia afuera. Esta última, en otras palabras, propicia -mediante el juego y la exploración- la emergencia de sus propias capacidades para entender, sentir y vivir. Siguiendo estas reflexiones, como equipo docente de la asignatura Nutrición en Salud Pública (NESP) de la Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, nos propusimos como objetivo construir una estrategia metodológica-didáctica interpeladora del cuerpo individual y colectivo de los/as estudiantes para el cuestionamiento de nuestra formación y prácticas como profesionales de la salud.

En esa dirección, la estructura expositiva con la que organizamos este trabajo es la siguiente:

1. Arte en la educación superior: realizaremos una breve descripción de los intercambios de referentes en el marco de la Conferencia Regional de Educación Superior (CRES) realizada en la Universidad Nacional de Córdoba, en el mes de junio del 2018.
2. Nuestras bases epistemológicas: el cuerpo que juega. Socializaremos desde qué posicionamientos teórico-políticos proponemos la construcción de conocimiento tomando aportes del campo de la salud colectiva, el arte y la antropología de los sentidos.
3. Estrategia metodológica-didáctica: talleres expresivos para la auto-indagación del cuerpo;

4. Una posible aproximación comprensiva a ciertas escenas sensoriales: la "textura lúdica" (*sensu* Sarlé, 2006) como llave para el auto-conocimiento.

Arte en la Educación Superior

En la CRES Adriana Puiggrós (2018) invitó a la comunidad educativa a apelar a la *imaginación* para aportar hacia una transformación cultural que propicie la generación de nuevas formas de educar en un contexto de mercantilización de la educación pública. Estas circunstancias, intencionalmente, operan en nuestra sensibilidad cortando lazos de conexión con el pasado para vivir en la inmediatez permanente. Para ello, nos propone recuperar diferentes experiencias que a lo largo de la historia los/as docentes han *creado* en su rol de educadores/as. Una de ellas es volver a unir lo que el pensamiento positivista separó: Hombre-Razón-Ciencia y Cuerpo-Sensibilidad-Arte. Deconstruir la polaridad entre: el conocimiento científico, fáctico, observable, empírico, por un lado; y, el conocimiento artístico, sin ningún grado de cientificidad, subjetivo, libre y caótico por el otro (Ros, 2002).

Toda actividad creadora tiene como base a la imaginación. Todos los seres humanos somos poseedores de potencial creativo. Los/as educadores/as tenemos el compromiso de generar experiencias creativas que sean el trampolín a nuevas (re)creaciones (y significaciones). En palabras de Stephen Nachmanovitch (2007: 32), "… El arte del maestro/a es vincular, en tiempo real, los cuerpos vivos de los alumnos con el cuerpo vivo del conocimiento".

Sin embargo, las artes han sido secuestradas y desvalorizadas por el sistema científico de conocimientos (Noriega, 2018). Siguiendo a Sandra Torlucci (2018), el arte entendido como *lenguaje* (musical, corporal, plástico, visual, oral y escrito) nos propone otra forma de producir conocimiento. Es una de las herramientas más fuertes para transformar la cultura. Ella sostiene que la incursión en el arte permite flexibilizar los patrones estructurales "(…) para poder pensar, ser creativos y críticos de los valores culturales, incluso los científicos". De esta manera, según Ramiro Noriega (2018) el arte además de presentarse como otra forma de producir conocimientos, nos reconecta con el pensamiento sensible que nos constituye como seres humanos *antes* que el racional. Separarlos en una "Gran Mentira", hay que instalarlos en el marco de una relación dialéctica. La crítica respecto a la Universidad es que ha quedado encerrada en sus muros pero, paradojalmente, tiene la potencialidad de ser un espacio donde se han alentado libertades - en Argentina, una de ellas es la de Cátedra- que no existen en otros sectores. El arte permite atreverse a imaginar, a crear. A *ser* y *estar* reflexivamente en nuestros cuerpos aquí/ahora -como

condensación de pasado, presente y futuro en este instante- mientras se crean y recrean conocimientos. Es decir, habitar nuestros cuerpos mientras el pensamiento individual se apropia de los contenidos brindados en el aula (reproducción) y los resignifica (construcción desde la recreación).

Por consiguiente, adherimos al arte como un medio fructífero para la construcción de saberes de los/as profesionales de la salud. En este marco, en términos epistemológicos, el conocimiento -su producción y comunicación- no se limita a la palabra sino al *hacer* mismo en todos sus matices. Con esta perspectiva reivindicamos el lenguaje artístico como forma estética de comunicación humana por excelencia desde diferentes lenguajes simbólicos: corporales, visuales, dramáticos, literarios, entre otros. Nos ayuda a volver tangible lo que las currículas glosan de ausencia: el cuerpo (subjetividad), *lo que nos pasa a los/as profesionales de la salud* con las teorías recibidas en la Universidad, con la realidad que nos rodea, con nuestras propias pieles en tanto personas habitando/palpitando determinadas circunstancias de vida. Al decir de Vigotsky (2003), comunicar -en cualquiera de sus formas- es una acción social. Siguiendo a este psicólogo bielorruso, concebir al ser humano desde una perspectiva constructivista implica reconocer que no es producto del ambiente ni de la herencia, sino resultado de un proceso dialéctico donde también participan sus experiencias previas, su ideología, los saberes acumulados, las representaciones e imaginarios sociales, componentes afectivos e imaginativos. Es aquí donde el tipo de propuestas que se gesten en el aula se vuelven fundamentales para generar aperturas de los cuerpos de quienes participen; tanto docentes como estudiantes.

El cuerpo que juega

Hugo Spinelli (2019) afirma que la *planificación* en materia políticas públicas –en este caso educativas- carece de teorías organizativas propias, sobre todo teniendo en cuenta las cualidades intrínsecas del campo social: lo relacional, artesanal y la dimensión performativa del lenguaje. Todos estos caracteres remiten inevitablemente a una dimensión que siempre ha tenido valor cero en este tipo de planificaciones: *el conflicto y el poder*.

Frente a esta falta de marcos comprensivos endógenos, se "copian" modelos de la teoría general de la organización industrial, de matriz positivista, que se apoya en relaciones instrumentales sujeto-objeto, el saber y las órdenes pertenecen al Homo *sapiens* (técnico/diseñador de políticas/docentes) y el trabajador es concebido como un Homo *faber* (estudiantes). Desde este lugar se planifica para controlar la incertidumbre, para un tiempo futuro concebido como lineal, racio-

nal y sincrónico. Por el contrario, los problemas sociales responden a tiempos diacrónicos, elípticos, lúdicos, a un presente continuo, por ende, no se solucionan desde las lógicas de la planificación industrial.

La complejidad que condensan nos obliga a mirar procesos, organización, construcción de equipos "…donde pueden intervenir la razón, el deseo, la experiencia, el azar, el juego y lo lúdico, todos ellos, o algunos de ellos, sin poder precisar a priori cuál, cuándo y con qué intensidad" (Spinelli, 2019:7). Por eso apela a que reconozcamos al Homo *ludens* (s*ensu* Huizinga**)** que silenciosamente opera en la cotidianeidad de los espacios, que está pero no se lo piensa; el trabajo social está impregnado de lo lúdico. El juego como carácter cultural de la vida, de las instituciones.

De acuerdo con Stephen Nachmanovich (2007), *lîla* es una vieja palabra sánscrita que significa juego. Pero, va más allá de las connotaciones más usuales que le damos, apela a juego divino, juego de la creación, de (re)plegarse en el cosmos, deleite y goce aquí y ahora; y también significa amor. Si bien en nuestra infancia está integrado a nuestro ser como la forma más *natural* de conocer e intervenir el mundo, el juego es nuestro primer lenguaje. La musa que inspira el juego divino es nuestro niño/a interior, por eso la necesidad de ridiculizarlo al compás de la seriedad de la vida adulta; debemos adaptarnos a la cultura normativa que nos vuelve "predecibles". Esta "regla" relega al juego a tiempos específicos: deportes, ocio, interacción con niños/as. Así, se nos vuelve casi imposible integrarlo para *usarlo* en nuestra cotidianeidad; en pos de descubrirnos a nosotros/as mismos/as.

Por ende, este autor sostiene que "El proceso creativo es un camino espiritual. Esta aventura es sobre nosotros, sobre lo profundo del yo, sobre el compositor que todos tenemos adentro, sobre la originalidad, en el sentido no de lo que es totalmente nuevo, sino de lo que es total y originalmente nosotros mismos" (Nachmanovich, 2007:26). La preocupación no está en el resultado, sino el hacer mismo es su propio resultado. De modo que, "… el juego, la creatividad, el arte, la espontaneidad… son su propia recompensa… se bloquean cuando actuamos por recompensa o un castigo, o por pérdida o ganancia" (Nachmanovich, 2007: 61).

En ese marco, ya sea que creemos una forma elevada de arte, escribamos, cantemos, compongamos o elaboremos una comida, estamos improvisando dado que ponemos en marcha la creatividad y el libre juego en nuestras actividades diarias. Sin ir más lejos, arte y comida, en tanto hechos culturales, han estado siempre unidos en la historia de nuestros antepasados. Más allá del diagnóstico acerca del escenario actual de la Educación Superior, la historia del arte y la historia de la comida tienen capítulos compartidos (Audero, 2017).

Todo acto creativo es una forma de juego, forma parte de nuestro crecimiento, es una función primaria de la vida. El juego es la semilla del arte. El juego involucra improvisación, también llamada "extemporización". Cualidad que nos permite estar presentes, y a la vez "fuera del tiempo" y "desde el tiempo". Aun así, presenta reglas, es decir, tiene estructura. Pero, a diferencia de la planificación normativa que señala Spinelli (2019), la estructura es orgánica, inmanente, autocreadora. Para entender estos descriptores, Nachmanovich (2007) nos lleva a observar la naturaleza (el océano, el naranjo, las gaviotas), donde encuentra patrones que surgen orgánicamente de modo auto-organizado. Desde esta perspectiva, sostiene que Miguel Ángel no hacía estatuas sino que las liberaba guiado por las influencias de Platón acerca de que aprender es recordar. Por el contrario, nuestras instituciones educativas (y además, los negocios, los medios, la política, la familia), en base a la fantasía del filósofo inglés John Locke, nos consideran una tabula rasa para llenar de conocimientos a modo de pirámide; borrando nuestro patrón orgánico u innato (entrenándonos) (Várnaguy, 2000).

Complementariamente, el juego está siempre atado a su contexto. Va más allá de lo *qué* hacemos, sino *cómo* lo hacemos. Esto último se direcciona hacia una actitud de "… exploración en libertad, hacer y ser por puro placer" (Nachmanovich, 2007: 58). Jugamos desde el cuerpo, quedamos sensorialmente atrapados, completamente entregados a la experiencia. Esto Nachmanovitch (2007) lo llama "desaparecer", porque se une el sí mismo con el entorno, nos olvidamos del tiempo y del lugar.

En esta gran tarea de unir lo que pensamiento positivista ha separado (hombre/razón/ciencia y cuerpo/sensibilidad/arte) los procesos artísticos constituyen una posible forma de religue. Siguiendo a Karl Marx (1844), la sensibilidad, organización de la información que se obtiene a través de los sentidos (de la sensación), es la base de la ciencia.

Como tales, los sentidos corporales funcionando como unidad o constelación sensorial (siempre presentes como una totalidad, accionando en conjunto) tienen la tarea de producir sentido. El cuerpo es el filtro que tenemos para apropiarnos del mundo a partir de sistemas simbólicos compartidos entre los nuestros que dotan de significado al flujo constante de imágenes, sonidos, aromas, texturas, colores, paisajes (Le Breton, 2006). Este trazado simbólico configura y, a la vez, limita nuestras sensibilidades.

Entonces, una percepción es un modo naturalizado de dotar de cierta organización (producto de una previa interpretación) a las impresiones. Las percepciones están ancladas en significados y, a su vez, proyectan significados sobre el mundo. De tal manera, lo que se

percibe no es lo real, sino un mundo de significados. Su génesis no radica en la fisiología sino en la orientación socio-cultural que posibilita/promueve las múltiples relaciones que las personas tiene con el hecho de ver, oler, tocar, oír, gustar. Y, a partir de ello, el *campo* de posibilidad de aquello que se puede o no se puede ver (visible/invisible), que se puede o no se puede tocar (material/abstracto), que se puede o no se puede oler (aromático/inodoro), que se puede o no se puede gustar (sabroso/insípido), que se puede o no se puede oír (sonoro/inaudible). Al decir de Le Breton (2006: 21): "…ver, escuchar, gustar, tocar u oír el mundo significa permanentemente pensarlo a través del prisma de un órgano sensorial y volverlo comunicativo". Por todo lo dicho, las percepciones nacen en la sensorialidad pasando por la manga de la clase social, la historia de vida y la relación con el contexto material, socio-cultural y también ecológico. Esta afirmación habilita a afirmar que "los hombres habitan universos sensoriales diferentes" (Le Breton, 2006: 15), por ende, universos ideológicos disímiles.

En base a los anteriores aportes, podemos decir que, la antropología de los sentidos intenta deconstruir la evidencia social de nuestros propios sentidos para abrirnos el cuerpo a nuevas formas de sentir-pensar-actuar en el mundo; a problematizar "lo común" de las cosas que hemos aprendido.

La propuesta

A partir de la matriz epistemológica anterior, nuestra intención fue principalmente diseñar una propuesta que genere detenimiento en la indagación sensorial a nivel individual y colectivo. Cuando remitimos a este tipo de indagación, entendemos acorde a Le Breton (2006: 14) que nos vamos a introducir subrepticiamente en el complejo entramado de relaciones que arquitectónicamente configuran nuestra experiencia cultural.

De modo que, las dinámicas desarrolladas estuvieron direccionadas a interrogar nuestras propias pieles: estudiantes y equipo docente. En nuestro caso, re-pensarnos en el aula desde "otros lugares" fue todo un aprendizaje. En este sentido, nos generó desconcierto el "no saber cómo" llevar a la práctica lo que propone Nachmanovitch (2007) es decir, no contar con un instructivo que detalle el paso a paso de cada actividad respecto a la propuesta de combinar tiempo real con cuerpos vivos, tanto el propio como el de los/as participantes, y el cuerpo vivo del conocimiento. Si bien teníamos un objetivo y una planificación preestablecida, optamos por ir "palpando" el latir de la vida del proceso. Sin saber de antemano cuál sería nuestro resultado final en términos artísticos y personales.

Año 2018: experiencia de exploración sensorial (universo: 96 estudiantes). Para la instancia del segundo parcial (junio 2018) evaluamos autores/as que proponen un abordaje socio-antropológico del cuerpo, optamos por desarrollar una actividad individual de inicio que respondió a la siguiente consigna: traer un elemento "significativo" vinculado a tu práctica de cocinar y comer (puede ser comestible o no), recubierto de algún tipo de envoltorio (en una cajita, con papel o tela para que no pueda ser "visto" por otro/a compañero/a). También, un pañuelo para vendarte los ojos. Al iniciar, buscaron el objeto y lo colocaron arriba del pupitre. El/la docente lo intercambió con aquellos traídos por otros/as compañeros, luego invitó a vendarse los ojos y tomar contacto sensorial con el objeto: desde su envoltorio hasta llegar a su contenido. La idea no era "adivinar" sino detenerse la información provista por el tacto, el oído, el gusto, el olfato.

Año 2019: taller vivencial cuatrimestral (muestra intencional: 6 estudiantes). El primer día de clases se comentó acerca de esta propuesta "opcional" para los/as asistentes de la asignatura. La rítmica sería encontrarnos una hora previa al inicio de las clases teóricas. El objetivo apuntó a promover la *reflexividad o vigilancia epistemológica* como un principio ético a instalar en el proceso educativo de los/as estudiantes de 4° año de la carrera de Nutrición que cursan Nutrición en Salud Pública para interpelarlos como actores que vivencian a diario el objeto de estudio de esta asignatura. En relación a esto último, son comensales que forman parte de los sistemas alimentarios locales, nacionales e internacionales. Y, como sabemos, el (dis)placer alimentario es más un gozo sensorial que verbal. Por ende, las actividades que llevamos adelante fueron: diálogos pictóricos, desayunos a ciegas, cadáveres exquisitos y collage colectivo. Cada encuentro se organizó en tres momentos: asamblea de inicio, propuesta de trabajo para ese día y asamblea de cierre. Los talleres se extendieron de abril a septiembre, entre quienes participamos (equipo docente y estudiantes) consensuamos seguirlo más allá de la finalización de la cursada. Con el permiso de los/as estudiantes tomamos fotografías e hicimos registros en grabadores y bitácoras de campo.

El cuerpo que improvisa, entre el miedo y la incertidumbre

En este punto nos centraremos en el primer encuentro del Taller vivencial. La propuesta fue juntarse al azar con un/a compañero/a -de preferencia desconocido/a- y llevar adelante dos conversaciones temáticas, pero "sin hablar". Una de ellas acerca de "tu comida preferida", y la otra acerca de "la comida que rechazas, te repugna". Entonces,

en otras palabras, la invitación fue a dialogar mediante múltiples trazos, del tamaño, grosor, color, extensión que ellos/as consideren. Se les aclaró que, más que lograr formas reconocidas socialmente de alimentos (en este caso, dada la temática), la intención era dialogar pictóricamente sobre ellos. De manera que, el objetivo no era lograr imágenes nítidas, sino concentrarse en los intercambios (focalizar en el proceso). Para ello, les dimos a cada grupo dos hojas blancas, pinceles y colores de acrílicos/témperas a elección. Mientras dábamos esta escueta consigna, los ojos de los y las presentes se abrían grandes, enmudecidos en el silencio, mientras se intercambiaban miradas cómplices y risas entre quienes se conocían. Aunque, más que risas en términos de C. Lévi-Strauss (1968); reír "es apertura, es causa de apertura…" (Lévi-Strauss, 1968:128). Eran risas asociadas a estar vivenciando un momento ridículo, más vinculado a la infancia que a la adultez; tal como luego salió en los intercambios finales entre los/as participantes. Si rastreamos su etimología, ridículo refiere a "algo que provoca risa", viene del latín *ridiculus* y este del verbo *ridere* (reír) junto al sufijo instrumental-culum del que devienen términos como obstáculo, vínculo. De la risa en tanto práctica corporal de apertura y entrega sensorial, a la risa por "sentirme ridículo/a" hay una distancia. Esta última, aparece para descomprimir un cuerpo contenido en una situación que "... por su rareza o extravagancia mueve o puede mover a risa", que presenta "poca estimación".

Más allá de esas posturas y disposiciones corporales, nadie preguntó nada en la masividad del aula, tampoco se retiraron, eligieron un lugar del aula y se sentaron enfrentados/as con las hojas entre medio. Optamos por musicalizar la actividad con sonidos instrumentales. El pedido de aclaraciones se hizo en la privacidad de los dúos, aunque más que aclaraciones eran dudas: "¿cuánto tiempo tenemos?", "¿está bien así?", "¿ya terminamos la comida preferida, podemos pasar a la otra?" *La ley primera es no violentar pautas, plazos o acuerdos de las consignas docentes. El homor faber (sensu Spinelli) necesita una orden para accionar.*

> Recuerdo que en un momento habíamos terminado el primer diálogo pictórico y no sabíamos si pasar al segundo o no, por lo cual *para no violentar ninguna pauta, plazo o acuerdo* fuimos a preguntar si podíamos o si había algún tiempo de entrega (...) (Relato de L, varón 22 años).

Si bien hubo un momento de bullicio en la búsqueda de materiales, elegir la ubicación, entrar en clima con el/la compañero/a, luego sólo escuchábamos la música y caras que gesticulaban entre ellas; emergió el lenguaje plástico y corporal. *La concentración hizo desaparecer los*

pensamientos para dar lugar al mundo sensoreo cuya temporalidad es el presente continuo.

> (...) Pero luego, cuando nos sentamos empezamos a hacer trazos, *me concentré en eso*, en la música, en lo que hacíamos con mi compañera y me relaje, me gustó y comprendí que era algo distinto que me iba a ayudar a soltarme y que quería hacerlo realmente, aunque tuviese que levantarme más temprano jajaja (Relato de C, mujer 22 años).

Las sensaciones que se activaron antes de esa *entrega al proceso,* estuvieron desencadenadas por a la ausencia de una "consigna exacta". Entre ellas, "rareza", "sensación de estar perdida", "no entender", "miedo a ser espontáneo", "inseguridad", "incomodidad".

> (...) El primer encuentro fue *"raro"* porque estaba con otra compañera, que si bien la conocía, nunca había trabajado con ella, y además al no tener una *consigna exacta,* me *sentía como perdida, que no entendía* (...) (Relato de C, mujer, 22 años).

> Tengo bastante vívido el primer taller, me acuerdo que al principio me sentí un poco *incómodo y raro*, quizás por *no estar acostumbrado* a la metodología y quizás también por *miedo e inseguridad* de trabajar y ser espontáneo con alguien a quien no conocía (Relato de L, varón, 22 años).

Esta situación generó un extrañamiento de los sentidos respecto de lo que están *acostumbrados* en el marco de la experiencia cultural que implica formarnos como profesionales de la salud en la Universidad. La "consigna exacta" de manera desapercibida, nos *entrena*, viene de afuera hacia adentro; nos garantiza el control pero, complementariamente, nos lleva bien lejos de detonar procesos creativos. *De sacar el/la compositor/a que todos/as llevamos dentro.* Por el contrario, la propuesta aquí era ir a contrapelo, implicarse. El movimiento sugerido era de adentro hacia afuera, porque volviendo a una afirmación antes dicha, sostenemos que aprender es en principio recordar quienes somos, es formarnos como personas.

> (...) A mí particularmente me encantan las consignas más libres, porque permiten que nos podamos expresar y descubrir, no sólo a nosotros mismos sino a otros también, y creo ese tipo de aprendizaje es una deuda pendiente, y a la vez, es una puerta de acceso a otro tipo de saberes y experiencias, que a mi parecer son esenciales para poder aprender a ser personas comprometidas e íntegras (Relato de L, varón, 22 años).

La planificación normativa como postal educativa vigente trae respuestas más que preguntas, nos ofrece *protocolos* que performan nuestros cuerpos y sus prácticas. En las asambleas de cierre, al hablar

de nosotros/as comiendo, era moneda corriente frases como: "estoy en piloto automático", "no conecto al comer", "no hay tiempo", "tengo cero registro del cuerpo". No obstante, a la par y de manera reflexiva, también surgieron preguntas respecto a nuestras prácticas educativas, frente a lo aterrador que puede ser no descansar en una "consigna exacta": ¿qué sucede con la posibilidad de (re)crear contenidos y formas si todo está previamente configurado o *protocolizado*? ¿estas modalidades de manera silenciosa o encriptada nos están diciendo que así debe ser nuestra futura práctica profesional?

> (...) en ese momento me dí cuenta y me reí, me pareció gracioso y bastante triste como tenemos *hecho carne* tantas estructuras y normas que nos limitan, no sólo a expresarnos y sentir sino también a pensar, bueno, que al fin y al cabo están vinculadas ¿no? Todavía me parece increible como internalizamos tanto una forma de aprender, en la cual para poder expresarse tenemos que cumplir con un plazo y metodologías certificadas, timbradas y apostilladas (Relato de L, varón, 22 años).

En relación a *las estructuras hechas carne,* llegado el tercer encuentro definimos meternos de lleno a explorar el sentido del tacto. Al no tener la vista activa, la necesidad de *protocolos* se minimiza, el tiempo, el espacio y las texturas se amplifican; emerge un *continnum* de información sensorial que en gran parte de las veces está ligada a la infancia. En esa perspectiva, comenzamos a realizar un collage que nos llevó desde mayo a septiembre. Sabíamos que lo habíamos comenzado, pero no cuando estaría terminado. El 4 de septiembre, sin acordarlo previamente, el grupo sintió que no había más preguntas en este proceso. El juego libre constituye un sistema de auto-organización que se pregunta y responde a sí mismo sobre su propia identidad; la habíamos alcanzado, por lo menos de momento. De este modo, se nos presentificó el bricolage como invitación a explorar nuestros sentidos, entendido como "(...) en la forma más grande de magia que se conoce, el crecimiento y la evolución son orgánicos, la salida es más grande que la entrada. Hay una ganancia neta de información, complejidad y riqueza" (Nachmanovitch, 2007:101). Esto nos implicó tomar con nuestras manos los materiales, dialogar estéticamente con otras manos, para convertirlos en "materia viva" al decir de Nachmanovitch (2007); cuya base fue la transformación mente-en-juego. Desaparecimos y aparecimos en esta obra. Creamos en tanto "hicimos crecer" nuevas reglas de expresividad.

A modo de cierre: nuevas aperturas

La perspectiva de las tejedoras y sus dedos nos lleva a un entendimiento tridimensional del textil.

Esa comunicación de las manos y las texturas es primordial para poder entender el tejido como un ser viviente, la fibra tiene corazón (...). Entonces, en el acto de tejer conviertes el tejido en un sujeto del propio grupo a través del movimiento de la trama.

(Arnold Denise Y. y Elvira Espejo, 2013)

Al comienzo de este proceso ciertos interrogantes nos venían interpelando como cuerpo individual y colectivo; aún lo siguen haciendo. Preguntarnos por el conocer de nuestro conocer es un viaje sin escalas. La propuesta que elaboramos constituyó una provocación para despabilar nuestra sensibilidad acallada. La sensibilidad como discurso del cuerpo es nuestra apuesta para la transformación cultural en la formación de profesionales de la salud. De este modo, retomando las críticas de Spinelli (2019) acerca de la necesidad de devolverle a la práctica de preguntar toda su pasión, nos vimos implicados/as en *imaginar* cómo sería el proceso de preguntar y materializar jugando.

En base al camino que estamos recorriendo, consideramos que el arte es un puente para tramar lo que se nos presenta como separado en tanto paisaje natural: la razón y la sensibilidad. Pero, el señalado proceso de preguntar/materializar jugando no se dió sin conflictos; la improvisación y la incertidumbre fueron uno de ellos. La conversión de los materiales logrados (dibujos, cadáveres exquisitos, notas personales, collage) en parte de nosotros/as mismos/as ha implicado un tejer y destejer prenociones que nos habitaban como: *¿cuál es la consigna? ¿en qué tiempo?, resultado/metas, prescripciones, eficiencia y utilidad de la propuesta, su relación con el objeto de estudio de la asignatura, desviarnos de la currícula pre-establecida, entre otros.* La mayor trama lograda es haber aprendido a movernos juntas/os.

Entonces, en la asamblea de cierre de nuestro último encuentro, la auto-organización del juego libre se expresó en lenguaje corporal más que verbal. El collage había finalizado, el dictamen emergió de los cuerpos más que de la razón, se convirtió en un sujeto más del propio grupo. Al contemplarlo, entre los/as presentes, brotaron las siguientes palabras: se trata de un "mapa de sensaciones", que "no se lee con la vista" y "si no sentís, te perdés". Es necesario acercarse "sin pensar". Así nuevamente, Le Breton (2006) resuena: *sentimos, luego existimos. Pensamos desde ahí el movimiento de la trama.*

Bibliografía

Aguirre, P. (2016). *"Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio"*. Salud Colectiva;12(4), 463-472.

Audero, G. (2017). *"Arte y comida".* Santa Fe, Argentina: Eudeba.

Bruera, M. (2007). "Un sociólogo a la hora de ´comer´". *Artículos Intramed,* Recuperado de http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=48533

Espeitx, E. (2004), "Patrimonio alimentario y turismo: una relación singular". *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural, 2*(2), 193-213.

Le Breton, D. (2006). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos.* Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Levi Strauss, C. (1968). *Mitológicas I. Lo crudo y lo cocido*. México: Fondo Cultura Económica.

Nachmanovitch, S. (2007) *Free Play. La improvisación en la vida y en el arte*. Buenos Aires, Argentina: Paidos.

Noriega, F. (2018) "De vuelta a Córdoba o hacia dónde vamos". En: Suasnábar C, Del Valle D, Didriksson A, Korsunsky L (Coord) *Balance y desafíos hacia la CRES 2018.* Cuaderno 1. Aportes para pensar la Universidad Latinoamericana. (pp: 205-212) Córdoba, Argentina: IEC.CONUDU, PRIU, CLACSO, Universidad Nacional de Arte.

Puiggrós, A. (2018), "Entender lo que pasa". En: Suasnábar C, Del Valle D, Didriksson A, Korsunsky L (Coord) *Balance y desafíos hacia la CRES 2018.* Cuaderno 1. Aportes para pensar la Universidad Latinoamericana. (pp: 179-182) Córdoba, Argentina: IEC.CONUDU, PRIU, CLACSO, Universidad Nacional de Arte.

Sarlé, P. (2006) *Enseñar el juego y jugar la enseñanza*. Buenos Aires, Argentina: Paidos.

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva,* 12(2), 149-171.

Spinelli, H. (2019). "Planes y juegos". Salud Colectiva, volumen (número), 1-20.

Torlucci S (2018), "La enseñanza superior en artes, herramienta de transformación social". En: Suasnábar C, Del Valle D, Didriksson A, Korsunsky L (Coord) *Balance y desafíos hacia la CRES 2018.* Cuaderno 1. Aportes para pensar la Universidad Latinoamericana. (pp: 199-203) Córdoba, Argentina: IEC. CONUDU, PRIU, CLACSO, Universidad Nacional de Arte.

Vigotsky, LS (2003): *Imaginación y el arte en la infancia (ensayo psicológico)*. Buenos Aires, Argentina: Akal.

Várnaguy, T. (2000). Capítulo II. El pensamiento político de John Locke y el surgimiento del liberalismo. En: Autor *La filosofía política moderna. De Hobbes a Marx*. (páginas) Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 2

Cuidado y Desigualdades

Coordinadorxs
- Ana Beatriz Domínguez Mon (IIDyPCa- CONICET, UNRN, IIGG, UBA).
- Eugenia Brage (IIGG, FSOC-UBA, CONICET).
- Pía Leavy (CEREN, CONICET).

Comentarista
- Adelaida Colángelo (CEREN- CIC).

Los sentidos sobre el cuidado infantil

La perspectiva de madres de sectores subalternos sobre el cuidado materno y sobre el cuidado profesional

MARÍA ADELAIDA COLÁNGELO*,
MARÍA SUSANA ORTALE**
Y DIANA WEINGAST***

Introducción

En este trabajo compartimos algunas reflexiones sobre el cuidado infantil en relación con los procesos de salud-enfermedad-atención, a partir de diferentes investigaciones realizadas en un lapso de casi 25 años en centros de atención primaria de salud (CAPS) del Gran La Plata.

La puesta en diálogo de esos estudios, realizados a partir de observaciones y entrevistas con mujeres de sectores subalternos, nos ha permitido observar ciertas continuidades en los sentidos puestos en juego en la atención de la salud infantil entendida como parte de los procesos de cuidado. Dichas continuidades involucran las valoraciones y etiquetamientos referidos a los agentes de salud y aquellas construidas con respecto a la maternidad. Su análisis nos ha permitido delinear los siguientes ejes de discusión: la preeminencia y fuerza del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1984, 1985) en las subjetividades y la reproducción de moralidades asociadas al cuidado infantil que, en su persistente naturalización de la responsabilidad materna, marcaría una brecha entre mujeres de distintos

* Universidad Nacional de La Plata / CEREN-CIC PBA.
** Universidad Nacional de La Plata/ CEREN-CIC PBA.
*** Universidad Nacional de La Plata/ CEREN-CIC PBA.

sectores sociales. Esta brecha nos remite a pensar en la influencia de las propuestas contra hegemónicas a la biomedicina y al sistema patriarcal, de gran vitalidad en la última década, en los cuidados a la salud infantil.

En el marco de las discusiones más amplias sobre los cuidados, entendemos al cuidado infantil como un conjunto de prácticas socialmente producidas y organizadas, orientadas a mantener la vida de los niños y su bienestar (Llobet, 2011, Pautassi y Zibechi, 2013). Dentro del mismo, aquí focalizamos en el que refiere a la atención y prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud y nos centraremos en los sentidos sobre el cuidado que son producidos en la relación entre las madres y los agentes de servicios públicos de salud.

Las relaciones y sentidos que, en torno al cuidado de los niños/as, se producen entre las madres y agentes de salud, deben ser situados en el marco de la organización social del cuidado que, tal como lo plantean autoras como Esquivel, Faur y Jelin (2012), Faur (2014), Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015), permiten problematizar la dicotomía entre los espacios público y privado, así como la naturalización de los roles de género, desde los cuales el cuidado suele ser pensado. Dichas autoras proponen analizar la organización social y política del cuidado infantil, afirmando que la misma "[…] se constituye en la actuación de distintas instituciones (Estado, familias y agencias y servicios del mercado y la comunidad) y responde a los valores simbólicos (entre ellos, las imágenes de género y la división sexual del trabajo) de una comunidad. Por consiguiente, pone de manifiesto la dinámica y la interdependencia entre factores estructurales, tendencias políticas e ideológicas y cierto 'estado de la cultura'" (Faur, op. cit, p.51). Con relación a nuestro objeto, ello implica considerar que el cuidado desplegado cotidianamente en el hogar, involucra saberes y sentimientos que están atravesados por formas legítimas de atender y cuidar encarnadas en el saber médico, al que con frecuencia cuestionan o se enfrentan.

La complejidad de los cuidados a la salud: desbrozando categorías

La salud depende de múltiples actividades que no siempre parecen estar directamente relacionadas a ella: abarcan las rutinas y hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos, por mencionar algunas, hasta la prevención y/o el auto tratamiento consciente de enfermedades, etc. Comprende también la activación de redes familiares y sociales y, en ciertos casos, la de grupos autogestionados que construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social indepen-

dientemente de los sectores médicos profesionales. Sin embargo, la salud parecería ser monopolio de los especialistas, sea cual fuere el sistema médico.

Los sistemas o modelos de atención a la salud han sido objeto de varias clasificaciones (Haro Encinas, 2000; Menéndez, 1984, 1985,1990) que, con distintos criterios y grados de abstracción, los han delimitado y caracterizado. En cualquier caso, las denominaciones utilizadas (medicina científica, biomedicina, modelo médico hegemónico, medicinas populares, alternativas, subordinadas, tradicionales, folk, autoatención, autocuidado, sistemas profanos, legos, etc.) engloban prácticas heterogéneas y deben ser pensadas con cierta flexibilidad. Dentro de los sistemas o modelos profesionales de atención médica (sean convencionales o alternativos), nos referiremos al modelo médico hegemónico (MMH) de Menéndez, el que refiere al paradigma y racionalidad de la biomedicina. Asumiendo que se trata de un concepto de amplio dominio por parte de quienes han incursionado en la Antropología Médica, destacamos sin embargo que el mismo carece de facticidad y que remite a una construcción metodológica que expresa, en un alto nivel de abstracción, las representaciones y prácticas que manejan los profesionales y las instituciones biomédicas.

Ahora bien, cualquier sistema asistencial y terapéutico profesional, requiere del dominio de habilidades de cuidado y atención de individuos y de hogares, pero éstos pueden prescindir de ellos. Dichas habilidades comprenden acciones que, si bien se relacionan de manera significativa con la salud, no son necesariamente "médicas", aunque se advierta la creciente incorporación de saberes de la medicina profesional, no solo a través del contacto directo con sus especialistas, sino también indirecto a través de los medios de comunicación.

El autocuidado y la autoatención expresan prácticas endógenas de salud que se llevan a cabo generalmente en el hogar: el primero denota actividades cotidianas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud; el segundo refiere a prácticas que se activan ante episodios de enfermedad. Ambas estrategias se desarrollan a partir de un caudal de recursos propios (representaciones, conocimientos, prácticas) para el cuidado de la salud, al margen de la mirada y control de los sistemas especializados. Ese caudal de recursos representa una síntesis ecléctica de saberes expertos y alternativos y funciona como referencia para las prácticas domésticas de cuidar y curar, otorgando elementos de diagnóstico, medidas terapéuticas, criterios de pronóstico, etc.

La autoatención incluye también a las redes sociales que abarcan la familia extensa, relaciones de amistad, compadrazgo y vecindad,

relaciones laborales o de estudio y otras formas comunitarias que, ocasionalmente y de modo espontáneo, brindan asistencia (consejos, recursos) en caso de enfermedad o de cualquier aflicción.

Estas redes, aun compartiendo algunos rasgos comunes, se diferencian de las redes de autoayuda que presentan un carácter formal y se dirigen a resolver necesidades no cubiertas por los sistemas profesionales u oficiales de salud. Las redes de autoayuda no se presentan en todos los contextos, ni constituyen el núcleo de la atención en salud. Dentro de ellas confluyen múltiples intereses, desde aquellas que se originan como respuesta complementaria para la atención y que no cuestionan el orden médico ni político, hasta aquellas de carácter crítico y contestatario. Sin embargo, no siempre están claramente demarcadas de los espacios profesionales de salud o políticos, manteniendo por lo general fluidos vasos comunicantes.

Hecho este desbroce, recordamos que el denominador común de nuestros estudios se ubica en la relación de las mujeres con servicios públicos de salud del primer nivel de atención.

Contextos de realización de las investigaciones

Diversos han sido los contextos que enmarcan nuestros trabajos. Muy lejos de ser exhaustivas en su caracterización, asumimos en términos generales que existen tendencias de la vida social y junto a ellas es posible ubicar también contratendencias, las que se "descubren" empírica y no racionalmente (Nivón y Rosas, 1991). Asimismo, reconociendo que el Estado es un actor fundamental en la provisión de cuidados, recuperamos a Trouillot (2001), quien plantea que el mismo no tiene una fijación institucional ni geográfica. Este autor identifica el poder del Estado nacional en las sociedades contemporáneas en su capacidad para gestionar diversas dinámicas sociales y pautar las vidas de los individuos. Dicho enfoque supone y alienta estrategias etnográficas de análisis de la estatalidad que tomen en cuenta su fluidez: trascender las instituciones gubernamentales, para centrarse en los múltiples sitios en los que los procesos y prácticas estatales se reconocen a través de sus efectos.

Hechas estas aclaraciones, diremos que el primer estudio se realizó a mediados de 1990 en servicios públicos de salud (CAPS y hospitales públicos) del Gran La Plata y estuvo vinculado con las estrategias alimentarias y con las prácticas y representaciones sobre la desnutrición infantil en hogares pobres con niños y niñas menores de 5 años, incluyendo la indagación de los saberes médicos puestos en juego en su abordaje (Ortale, 2003; 2005).

Otro de los estudios, con foco en las estrategias de atención de problemas respiratorios en niños/as menores de 5 años de hogares po-

bres, se realizó entre 2009 y 2015, bajo gobiernos "posneoliberales"[1], en un marco de políticas (Acuerdo Federal de Salud del 2003, Plan Federal de Salud 2004-2007, Plan Federal 2010-2016) que priorizaron el desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (EAPS) y destacaron su importancia como organizadora del acceso al sistema público de salud y como garante del derecho a la salud (Weingast, 2014; 2018).

El tercer estudio, iniciado en 2017, se centra en los abordajes de la crianza infantil que realizan los equipos de salud del primer nivel de atención, así como las relaciones que se establecen entre los mismos y las familias de los niños que atienden (Colangelo, 2018).

A manera de pincelada y con relación a los CAPS, podemos afirmar que en el lapso considerado se incrementó su número, aumentó la demanda (por dificultades de acceder a otros servicios, por los incentivos a los servicios y por las condicionalidades impuestas por distintos programas sociales[2] que ampliaron los grupos de edad a los que debían realizar controles de salud, por la saturación y pauperización de los hospitales, entre otros factores), la composición de los equipos se diversificó y feminizó (especialmente el trabajo de profesionales), se precarizó el trabajo, disminuyeron los salarios, aumentó la rotación -entre los aspectos más destacados.

Ahora bien, con base en la aprehensión de lo que concebimos como "efectos de Estado" y del registro asistemático de información sobre modalidades de cuidado infantil que han adquirido relevancia en la última década, ensayaremos algunas hipótesis que acompañarían las tendencias y contra tendencias vinculadas al mismo y podrían aportar a la comprensión y discusión de las brechas en los cuidados infantiles por parte de madres de distintos sectores sociales.

La preeminencia y fuerza del Modelo Médico Hegemónico en las subjetividades

Como hemos dicho, la atención de la salud abarca distintos sistemas y servicios: en nuestros estudios se identificaron principalmente los CAPS, curanderas/os, la autoatención y los hospitales para problemas complejos o graves. El haber entrevistado a mujeres a partir de trabajos de campo en los CAPS, ha tenido seguramente incidencia en la legitimidad atribuida a prácticas alternativas o a la autoatención. A continuación, expondremos la perspectiva de las madres sobre la atención a la salud en los CAPS. El valor de estos servicios en los ba-

1 Esta designación es recuperada de Kessler (2016) quien la utiliza como demarcación temporal del ciclo político que comienza en 2003.

2 Nos referimos particularmente a los programas NACER/SUMAR y a la AUH.

rrios no se pone en duda, y los problemas que atraviesan suelen movilizar a los vecinos que acompañan sus demandas y actúan en su defensa. *La salud de los niños, incluyendo las intervenciones del sistema de salud que* se consideran necesarias para hacerla posible, constituye para gran parte de las entrevistadas uno de los aspectos más importantes del cuidado infantil. Nuestros estudios reflejan el esfuerzo y el tiempo que las mujeres destinan a la atención de la salud infantil, poniendo en juego diferentes estrategias para enfrentar las dificultades presentes en la atención en los CAPS y las situaciones de internación de sus hijos/as. Las dificultades más frecuentes y que se agudizaron en el lapso considerado, tienen que ver con las variaciones en los días y horarios de atención, con la inadecuada o insuficiente información al respecto, con las demoras en la atención, con las constantes variaciones en los sistemas de asignación de turnos, con la falta o con la rotación de profesionales.

A partir de las experiencias transitadas en los CAPS y de los itinerarios terapéuticos a través de los cuales buscan la mejor atención para sus niños/as, evalúan los modos de atención por parte de los profesionales y las características de las instituciones de salud.

El aspecto más valorado del personal de los CAPS es el trato recibido, incluyendo la manera en que se transmite la información sobre horarios, asignación de turnos, la disponibilidad de profesionales. De la labor de pediatras y de médicos generalistas que atienden niños, se aprecia especialmente el trato hacia el pequeño y su familia, el conocimiento del mismo como paciente y la minuciosidad del control. Las indicaciones de aquellos que "los miran así nomás", no los tratan con atención ni tienen en cuenta sus particularidades, son objeto de desconfianza y motivan la búsqueda de otro profesional dentro del mismo CAPS o en otra institución. Estas apreciaciones se enmarcan en cómo las madres consideran que deben ser atendidos sus hijos/as: escuchar, ver, palpar el cuerpo, son acciones que no deben faltar en una adecuada revisación. Más allá de las apreciaciones, refieren también reacciones, impugnaciones o resistencias, no tanto por tratarse de profesionales cuya idoneidad se pone en tela de juicio, sino sobre todo cuando se ejercen prácticas médicas arbitrarias, a veces equivocadas y contrarias a las normativas conocidas por las madres y/o a sus derechos. Así, por ejemplo, la exigencia de control de salud de su hijo por parte de una madre con vistas a retirar la leche que le corresponde del Programa Materno Infantil, se impone por sobre la voluntad del médico, reticente a realizarlo debido a que *"ya se curó de la gripe"*. Estas situaciones, más frecuentes en el primer estudio, contrastan con las que se registran en los últimos en los que las condicionalidades de las transferencias de ingreso a las

familias con hijos menores de 18 años, establecen explícitamente el deber de control (independientemente de que se realice) y sobre todo los programas de incentivo a los servicios, promueven la activa búsqueda de sujetos a ser controlados.

También las apreciaciones sobre el personal de salud incluyen el trato hacia ellas, algunas de las cuales, agobiadas por la carga de la enfermedad de sus hijos, cuestionan la naturalización del papel de principales -sino únicas- cuidadoras de la salud que les es adjudicado por su condición de madres. Esta naturalización, como veremos más adelante, está sin embargo fuertemente arraigada cuando aluden a los cuidados de los hijos/as: la consulta a los servicios de salud es el camino a seguir y es fundamental en la valoración de los cuidados maternos.

De ello se derivan problemas de comunicación en tanto los médicos asumen que las madres tienen dominio en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes en los niños/as y las madres que los desconocen se inhiben de preguntar, cuestión que confluye en inadecuados tratamientos. A la vez, se destaca que las recomendaciones preventivas y/o de "monitoreo" en el hogar, no son bien recibidas por resultar en ocasiones, inviables. No obstante, ello, y pese a la incertidumbre o desconfianza hacia las indicaciones profesionales, incide la fidelidad al criterio de autoridad médica y de su mano, el empeoramiento de la salud. También actúa como factor agravante la extrema dependencia de las madres respecto de "su" médico. De allí que, en ocasiones, los CAPS actúan como una posta de derivación a los hospitales, dada la gravedad con la que se llega a la consulta. En esas situaciones y a menudo, las madres quedan presas de una disputa entre médicos de hospital y médicos de CAPS, con la descalificación de los primeros hacia los segundos. En el medio, los "retos" de los médicos del hospital los reciben las madres y de ellas es la "culpa" por la demora en la atención.

Todas reconocen la capacidad resolutiva de las prácticas médicas con respecto a las enfermedades de los niños, pero ella está ligada particularmente a la indicación de medicamentos. El deber que consideran específico de los médicos es el de curar las enfermedades, pudiendo identificar en estas valoraciones algunos rasgos centrales del MMH. Esto se expresa también en la evaluación diferencial de los médicos que realizan las madres, valorando la pericia y celeridad en las decisiones, en los diagnósticos y destacando la capacidad terapéutica. En tal sentido, los tratamientos realizados en los hospitales son más eficaces y los resultados observados por las madres justifican la agresividad de ciertas prácticas. En síntesis, las recomendaciones preventivas de los médicos de la salita y la dilación de los tratamientos

no tenían buena recepción por parte de las madres; sí en cambio para muchas, las actitudes paternalistas, autoritarias y de control.

Es importante señalar que varias entrevistadas manifestaron la consulta al curandero ante la ineficacia del tratamiento médico. Tratándose de problemas de salud de los hijos, todo vale y la evidencia indica que hay que creer *"más allá de lo posible"*. A la vez, el abandono de esos tratamientos y de la automedicación con té de "yuyos" también se relaciona con su ineficacia y con la influencia de información de medios masivos, particularmente con relación al suministro de infusiones.

Cabe decir que en la toma de decisiones referidas a la atención de los hijos/as (sobre el tipo de servicio de salud, la interrupción de tratamientos, el tipo de tratamientos, los recursos a utilizar) se refleja la autoridad del cónyuge y el peso de sus opiniones.

Finalmente, una dimensión que parece tener peso en los cuidados de salud de algunas familias se relaciona con la adscripción religiosa al culto evangelista y a los Testigos de Jehová. Su compromiso activo con la palabra que profesan implica en muchos casos una suerte de resocialización: ruptura con todos los aspectos negativos del modo de vida anterior y asunción de nuevas actitudes y comportamientos respecto de sí mismos y un reacomodo en sus relaciones sociales. La vida sana, el orden y armonía familiar, el renunciamiento a los vicios y a la vida licenciosa y el respeto a las autoridades son los ejes que interesan a los fines de la problemática infantil. Los preceptos evangelistas no generan conflicto alguno con la ciencia y la actividad médica. Respetar a los médicos y a las autoridades instituidas, es respetar a Dios porque ellos son sus herramientas.

El cuidado infantil como responsabilidad materna naturalizada

Más allá de las discusiones sobre los papeles e identidades de género que, con el impulso del feminismo, han ido ganando espacio social a lo largo del periodo abarcado por nuestras investigaciones, las salas de espera de los CAPS siguen estando ocupadas mayoritariamente por mujeres, niños y niñas. En efecto, las observaciones nos han permitido registrar que, con algunas excepciones, la presencia masculina es minoritaria en los días y horarios en que se realiza la atención pediátrica. Los pocos varones que concurren, lo hacen junto a sus parejas como "acompañantes", participando pocas veces de la consulta médica, a la que generalmente entran sólo la mujer y el niño. Ese lugar de acompañante también es producido y reforzado por la institución y el personal de salud, expresándose no sólo en las limitaciones horarias que se superponen (total o parcialmente) con la jornada laboral de los

varones, sino en sus discursos y recomendaciones, dirigidos primordialmente a las mujeres/madres en su condición de responsables de la salud infantil (Weingast, 2018).

Las representaciones expresadas por las madres dan cuenta de la construcción de esas responsabilidades parentales diferenciales con respecto a la crianza de los niños, considerando su cuidado cotidiano, su salud, su educación, como atribuciones inherentemente femeninas: *"Así que, yo digo que todo depende de la madre, no tanto del padre, porque el padre sale afuera a buscar trabajo...y depende de la madre que es la que se queda en la casa. Todo depende de nosotras, de las mujeres" (Perla;* en Ortale, 2003)

Asimismo, a lo largo de los procesos vinculados al cuidado de la salud infantil, las mujeres a cargo de los niños construyen clasificaciones y valoraciones sobre los modos de criar, poniendo en juego categorías morales y construyendo distinciones entre madres "responsables", "cuidadosas" e "irresponsables", "abandonadas" o "dejadas", de las que procuran diferenciarse. Las primeras suelen ser caracterizadas como atentas a las necesidades de sus niños, además de ser ordenadas con los gastos y en la organización de la vida doméstica. Las segundas son descritas como aquellas que no se ocupan de sus hijos ("los tiene sucios" o desabrigados) y, en caso de enfermedad, no les hacen los tratamientos indicados o, directamente no consultan al médico, además de ser acusadas, en algunos casos, de no trabajar o malgastar el dinero.

Esas clasificaciones aparecen de manera significativa en el estudio de las representaciones y prácticas sobre desnutrición en familias pobres urbanas, realizado por Ortale (2003) hace más de dos décadas, dando cuenta de los procesos de diferenciación y estigmatización que se producen con respecto a las madres con hijos desnutridos. Si bien algunas mujeres incorporan elementos del contexto socioeconómico a la hora de explicar la desnutrición de los niños de otras, una parte de las entrevistadas la asocian directamente con el descuido materno ("las madres son abandonadas"), corriéndola con ello del lugar de enfermedad. Descuido y pobreza (traducida en falta de trabajo y de alimentos) aparecen también en las explicaciones, incluyendo la autoculpabilización, de madres que tienen a sus propios hijos desnutridos.

Más allá de los cambios de contexto, encontramos continuidades con las valoraciones y categorizaciones que aparecen en las investigaciones más recientes (Weingast, 2018; Colangelo, 2018): las madres "descuidadas" son responsabilizadas de parte de los problemas de salud de sus niños, por dejar que anden "por ahí", desabrigados o con la ropa mojada, además de responder tardíamente a las señales de

alarma que requieren de asistencia médica ("cuando la madre está presente, los chicos no terminan internados").

Llegadas hasta aquí, podemos observar que, si bien estas representaciones parecen ir a contrapelo de los debates sociales acerca de los roles femeninos y de las discusiones académicas sobre la organización social del cuidado, convergen en gran medida –y podemos suponer que por ello se refuerzan- con las prácticas y los discursos de las políticas públicas de salud orientadas a los sectores populares. En sintonía con los hallazgos de Leavy (2018), encontramos dos aspectos centrales a través de los cuales las políticas públicas ligadas a la salud infantil contribuirían a las desigualdades de género y de clase con respecto al cuidado.

Uno de ellos consiste en el denominado "maternalismo político" (Nari, 2004; Pozzio, 2007), que centra en las mujeres en tanto madres las propuestas de las políticas públicas de salud infantil, definidas más bien en términos de "salud materno-infantil". No es casual la fuerza moral que cobra la idea de responsabilidad materna en el cuidado infantil en el discurso de las mujeres entrevistadas, en tanto son ellas quienes son interpeladas desde el sistema de salud como las responsables naturales del cuidado de sus hijos.

El otro aspecto en el que encontramos una confluencia de los discursos maternos y sanitarios es en una visión privatizada del cuidado (Epele, en Leavy, 2018); esto es, una atribución de las responsabilidades acerca del cuidado a los integrantes de la esfera doméstica del niño y, dentro de ella, a la madre-, con el consiguiente opacamiento de los condicionamientos estructurales. Si bien tanto las madres como el personal de salud entrevistados reconocen la incidencia de aspectos socioeconómicos en los procesos de cuidado infantil, a la hora de interpretar y explicar problemas concretos que afectan a la salud de los niños, se apela a las características del grupo familiar y, sobre todo, a las dificultades atribuidas a la madre para criar adecuadamente a sus hijos.

Así, tal como lo señala Santillán (2011), podemos ver que las familias de sectores populares participan, junto con diferentes instituciones estatales y sociales en general, de la producción de sentidos sobre la responsabilidad parental y, sobre todo, materna; sentidos que, como plantea esta autora, no son homogéneos y se actualizan de modos diferentes en distintas interacciones y situaciones (con agentes de instituciones estatales o comunitarias, con familias vecinas, de las que se procura aproximarse o diferenciarse, por ejemplo). En este sentido, siguiendo a Vianna (2002), podemos decir que el lenguaje del cuidado infantil se constituye en un medio para la traducción de significados y categorías morales, sintetizados en términos como

"responsabilidad", "altruismo", "irresponsabilidad", "interés", desde los cuales se establecen o refuerzan papeles y obligaciones parentales y familiares y, como vimos, se refuerza la naturalización de la responsabilidad materna.

Algunas reflexiones y nuevos interrogantes.

Hemos presentado las continuidades observadas en un lapso de casi 25 años en lo que respecta a la hegemonía de la biomedicina en las expectativas, representaciones y prácticas de atención a la salud infantil presentes en madres de sectores subalternos y la persistencia en ellas de la naturalización de la división sexual del trabajo y del "rol" materno, expresada en la recurrente alusión al "incumplimiento" de las responsabilidades que les son asignadas. Contrastando, observamos el debilitamiento de la división sexual del trabajo especialmente en jóvenes de sectores medios y altos, no obstante, dudamos acerca del mismo proceso con relación a naturalización de la maternidad. A partir de esos elementos y leyéndolos en relación con otros que tomamos de manera asistemática, aventuramos algunas ideas que requerirán ser profundizadas en otras investigaciones.

En ese sentido, identificamos la multiplicación de grupos de autoayuda de carácter crítico y contestatario, especialmente conformados por mujeres de sectores medios y altos, organizados alrededor de la crianza. En ellos, el "redescubrimiento de la naturaleza" y su legitimación constituye una guía para una crianza alternativa. Estos grupos, no siempre claramente demarcados de espacios profesionales de salud o políticos, mantienen con ellos por lo general fluidos vasos comunicantes. Así por ejemplo, la Etnopediatría[3] y su mirada de los niños descentrada de las normativas científicas hegemónicas, contribuyó a las redes autogestionadas alrededor de la crianza con apego. Esta corriente aconseja a las madres, entre otras cosas: dormir con los hijos, contacto físico permanente con los bebés, lactancia materna a demanda, atención diligente de los llamados del bebé o niño, y ha participado activamente en nuestro país en la aprobación de la ley del parto respetado. La advertencia sobre los efectos negativos de la medicalización del embarazo, parto y crianza, sobre la robotización de las funciones maternas en desmedro del desarrollo infantil, y su in-

3 A esta corriente contribuyó Carol Worthman, antropóloga de la Emory University, quien alrededor de 1995 reunió a un grupo de antropólogos, pediatras e investigadores del desarrollo infantil, preocupados por la crisis mundial que afectaba la salud infantil. Como se observa renovadamente, los contextos de crisis promueven el interés y la apelación a los saberes tradicionales, populares o profanos, reconociendo que constituyen un reservorio de alternativas valiosas para resolver problemáticas diversas.

clinación hacia lo "natural" en algunas expresiones de esta corriente, sugieren un deslizamiento hacia el biologicismo, tal como lo expresa otra de sus denominaciones: la "crianza fisiológica".

También observamos, dentro y por fuera de esta corriente, el aumento de medicinas alternativas del más variado tipo que adscriben a paradigmas holísticos, a la noción de equilibrio; a un enfoque particularizado del sujeto/paciente, a la eficacia simbólica; al carácter no necesariamente mercantil de su práctica -aunque con una tendencia creciente a la mercantilización-, a su relación con cosmologías de diversa matriz sociocultural.

La proliferación de grupos de autoayuda, de movimientos ecologistas, etc. y en general de actitudes que expresan la revalorización de la naturaleza y del ambiente, nostalgia por la vida folk, se ligan al rechazo de las bases del desarrollo de la civilización moderna en occidente (la razón, la ciencia, la tecnología, la industria, el progreso) como garantes del bienestar.

Respecto de la biomedicina, se evidencian dos tendencias simultáneas: por un lado, la hiperespecialización, evidente en la creciente biologización y fragmentación de saberes y desarrollos tecnológicos (en los niveles bioquímico, molecular, genético), hace prever una mayor polarización entre sectores que puedan acceder o no a tales desarrollos. Mientras parte de los sectores medios o altos que adhieren a los mencionados enfoques alternativos y neo- naturalistas, los rechazan por su carácter deshumanizador, los sectores subalternos no pueden acceder a ellos por sus altos costos en el mercado de la salud. Por otro lado, remozadas propuestas en el terreno de la salud pública que apelan a la participación social, a los cambios de conducta y a los estilos de vida, planteadas en un contexto de expansión del mercado de la salud, de su encarecimiento y de las necesidades del Estado de contraer sus prestaciones o servicios, presentan un previsible deslizamiento hacia la individualización de responsabilidades, que se traducirían en un refuerzo de la responsabilidad materna y los etiquetamientos acerca de su cumplimiento, en los procesos de cuidado de la salud infantil.

Bibliografía

Colangelo, M. A. (2018): Sentidos y prácticas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención de la salud en el partido de La Plata, Argentina. En: Fonseca, Claudia; Medaets, Chantal; Ribeiro, Fernanda (orgs.). *Pesquisas sobre Família e Infância no Mundo Contemporâneo*. Porto Alegre, Brasil: Editora Sulina.

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado.* Buenos Aires, Argentina: IDES, UNFPA, UNICEF.

Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Haro Encinas J.A. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E, Comelles JM, eds. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra; 2000.

Kessler, G. (2016) La *Sociedad argentina Hoy*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Leavy, M.P. (2018). *"Hacer crecer la cría": Un análisis antropológico sobre el cuidado y la nutrición infantil en contextos rurales del departamento de Orán, Salta*. Tesis de Doctorado en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Llobet, V. (2011). "Entrevista". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,* V. 9, N°2, 1019-1020.

Menéndez, E. (1984).El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d´Etnografía de Catalunya,* Nº3, 84-119.

Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33, 3-34.

Menéndez, E (1990) Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes". En: Menéndez, E. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuaderno de la Casa Chata 179, México, D.F.Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, Argentina Biblos.

Nivón, Eduardo y Rosas, Ana M. (1991) Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura. *Alteridades*, 1 (1): Págs. 40-49.

Ortale, María Susana. 2003. *Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata*. Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

Ortale, María Susana. 2005. Saber médico y desnutrición infantil en el Gran La Plata. En: Barone, M. y Schiavoni, L. (comp.): *Efectos de las políticas de ajuste en la década del ´90.* Posadas, Argentina*:* Ed. de la UnaM; Secretaría de Cultura de la Pcia. de Misiones

Pautassi, L. y C. Zibecchi (coords.). 2013. *Las fronteras del cuidado*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Pozzio, María. 2007. "Etnografía de un recorrido: el término "madre" en la política de salud". Trabajo presentado en la VII Reuniao de Antropologia do Mercosul, Porto Alegre, Brasil.

Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015) Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina.*Revista Perspectivas de Políticas Públicas* Año 4 Nº 8, 103-134.

Santillán, L. (2011). *Quiénes educan a los chicos: infancia, trayectorias educativas y desigualdad*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Trouillot, M. R. (2001) *Transformaciones globales. La Antropología y el mundo moderno*. Colombia: Universidad del Cauca. CESO-Universidad de los Andes.

Vianna, A. (2002). *Limites de menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Museu Nacional, UFRJ.

Weingast, D. B. (2014). "Servicios de salud y género en la atención de enfermedades respiratorias infantiles". VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En: Actas. La Plata: UNLP. FAHCE. Departamento de Sociología.

Weingast, D. B. (2018). "Salud pública y atención primaria de salud. Las intervenciones en una localidad de la periferia de La Plata durante 2010-2015". En: Ortale, S.; Rausky, M.E. (comps). *Políticas sociales, desigualdades y vulnerabilidades: Estudios de caso en el Gran La Plata.* La Plata, Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Circuitos de información y aprendizaje sobre la crianza y el cuidado

MELINA DAMIANA VARELA*

Introducción

Este trabajo forma parte de un capítulo de mis tesis de licenciatura denominada "La educación en los primeros años de la niñez: interculturalidad y crianza de niños migrantes bolivianos en la ciudad de Buenos Aires", la cual fue defendida en el año 2017. Para el análisis me basaré en conversaciones informales, entrevistas y los registros etnográficos realizados durante el trabajo de campo llevado a cabo durante el año 2010 en la comuna 8 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que comprende las localidades de Villa Soldati, Villa Lugano y Villa Riachuelo. El referente empírico fue un Centro Comunitario en donde funciona un jardín de infantes de gestión estatal al que asistían niños y niñas de cuatro y cinco años, en su mayoría hijos e hijas de migrantes de origen boliviano. Además de mi participación en las distintas actividades propuestas por el centro[1], pude acompañar múlti-

* CONICET - UBA

1 El Centro Comunitario, en donde se asienta el jardín, pertenece a una Parroquia y a Caritas de Buenos Aires. En el jardín de infantes -que como se mencionó, funciona al interior de un centro comunitario- trabaja el equipo interdisciplinario que corresponde a uno de los Centros Educativos de Prevención y Atención a la Primera Infancia (CEPAPI), además de agentes sanitarios del centro de salud

ples iniciativas desarrolladas por las maestras con los niños, las niñas y las familias. Entre ellas, voy a destacar especialmente una *"reunión de padres"* que me permitió una reflexión más específica sobre la información y el aprendizaje en torno a la crianza y cuidado infantil en un contexto de profunda desigualdad.

La crianza y el cuidado lejos de ser concebidos como fenómenos acabados aparecen "como espacios de sentido disputados" (Santillán, 2009: 52) en tanto se ponen en juego diversas tensiones de carácter discursivo y práctico tanto materiales como simbólicas. Estas tensiones involucran ciertas imágenes sobre la crianza correcta y las voces autorizadas de agentes de salud cercanos, entre otros; y prácticas que implican saberes escolares, extraescolares y legitimados en la experiencia donde se manifiestan diversas nociones de niño y sus relaciones (Colángelo 2004, 2006, 2012; Santillán, 2009).

En el presente trabajo me baso en una noción de crianza (Santillán, 2010) que involucra un abanico de prácticas, relaciones e interacciones que incluyen una multiplicidad de iniciativas vinculadas con la atención infantil, entre ellas el cuidado. En este sentido, retomo los aportes de Santillán en relación a la definición de crianza como "Un conjunto amplio de prácticas y relaciones que los sujetos adultos identificamos con la atención infantil, y que connotan como crianza (que puede comprometer acciones relativas a la formación, el cuidado, el esparcimiento, la salud, la alimentación, la educación, entre otros)" (2010: 922). Asimismo, cabe destacar que el cuidado[2], en tanto proceso sociocultural de disputas de sentido, comprende conceptualizaciones muy variadas sobre la niñez, los tipos de vínculos, las familias, instituciones y, específicamente -como destaca Llobet (2011)- sobre las personas capaces de interpretar de manera adecuada las necesidades a ser satisfechas por parte de los sujetos.

La indagación sobre las prácticas vinculadas a la crianza pone en relieve preguntas tales como quiénes son los encargados de la crianza

---

cercano, profesores de educación física y de oficios, así como también capacitadores del Centro de Pedagogías de Anticipación (CePA) -actualmente denominada "Escuela de Maestros"-. Asimismo, la dinámica propia del centro comunitario como del jardín de infantes, se ve complejizada por las múltiples actividades que se desarrollan semanalmente -talleres de panadería, merendero- y mensualmente, con capacitaciones, ferias de ropa, entre otras.

2 Desde distintas perspectivas teóricas, los marcos normativos actuales y las políticas educativas para la primera infancia no se concibe una educación sin cuidado ni un cuidado sin educación, ya que entienden que ambos son necesarios para la formación integral de los niños, que implica la iniciación de la transmisión de conocimientos relacionados con aspectos sociales, afectivo-emocionales, cognitivos, motrices y expresivos.

y la educación, quiénes son los sujetos susceptibles de cuidados, cómo se configuran determinados cuidados como apropiados, qué espacios son propicios, qué políticas favorecen o efectivizan dichas acciones, es decir múltiples dimensiones que no se reducen a la incumbencia de una persona y un ámbito, tal como se observará a lo largo del presente trabajo.

"Charlas más entre nosotras, de madres, de mujeres"

Durante una reunión informativa con las familias de la sala a la que asisten niños y niñas de 4 años, como se mencionó en la introducción, se entregaron los informes de la primera parte del año y se abordaron numerosas cuestiones referidas a la crianza, cuidado y adquisición de modos de comportamiento.

La "reunión de padres" se realizó en el mismo salón donde los niños y las niñas realizan las actividades de educación física y música[3] y duró aproximadamente una hora y media. En un primer momento se repartieron los informes realizados por la maestra celadora y fue ella quién tomó la palabra. Luego la maestra de la sala les comentó algunos de los proyectos y actividades que vienen llevando a cabo y por último se presentó la directora para hacer el cierre de la misma. Mientras una docente se encontraba en la reunión, la otra estaba con los niños y las niñas. Si bien estuve presente[4] durante todo el encuentro, el análisis que sigue a continuación corresponde al primer momento.

En el transcurso de la "reunión de padres" la maestra celadora les propuso a las madres presentes realizar reuniones quincenales para compartir saberes centralmente en relación a los límites con sus hijos. La invitación fue recibida con entusiasmo. La propuesta fue presentada de la siguiente manera:

> MC: A mí me gustaría, si a ustedes no les molesta de vez en cuando así y tener charlas más entre nosotras, de madres, de mujeres[5], sobre nuestros hijos. Porque a veces nos pasa, por lo menos a mí me pasó, que cuando

---

3 Es un salón compartido con el centro comunitario donde se guardan las bolsas de consorcio con donaciones -ropa, libros, etc.- que se utilizan en las ferias mensuales que organiza el centro y que se llevan a cabo en el patio del edificio compartido.

4 En la segunda parte de la "reunión de padres" la maestra me presentó y me pidió que me presente frente a las madres: "Ella es Melina y es estudiante de Antropología y está en la sala, ¿querés decirles?" "Estoy en la sala con las maestras y estoy haciendo un trabajo para la facultad, por eso estoy en las reuniones, en la sala o hablando con la fonoaudióloga".

5 En las entrevistas realizadas con los distintos actores que trabajan en el centro y jardín apareció muy fuertemente el cuidado y la crianza como tareas que llevaban a cargo las madres en su mayoría.

> tuve a mi hijo, dije "a mí me pasa de todo" y después cuando empecé con las madres de mi escuela -de mis alumnos de la misma edad que mis hijos- dije ¡Ah! a todas nos pasa lo mismo, no somos las únicas [risas de las madres] y si a ella le dio resultado y lo puede decir, yo lo puedo hacer. […] ¿Les parece que hagamos este tipo de reunión cada quince días y yo después hablo con la conducción? (Registro 13/08/2010).

Durante la reunión informativa muchas madres compartieron modos en que sus hijos e hijas se comportaban en la casa y las dificultades que tenían en relación a los límites, la alimentación, etc. Este espacio propuesto, también da cuenta de la importancia que reviste para la institución consensuar y acordar prácticas de cuidado respecto de los niños y su intento de imponerse a otros espacios formativos (Novaro, 2011). Como sostienen Levinson y Holland (1996) la educación no se puede reducir a lo escolar, en tanto los sujetos se educan y participan de muchas instancias no acotadas a ésta. Asimismo, parecería que las reuniones con las familias funcionan como ámbito de legitimación del conocimiento que tienen las docentes sobre los discursos y prácticas que acontecen fuera del espacio escolar en relación al trato con los niños y las niñas, como se observa en el siguiente relato:

> MC [en la reunión informativa]: "Así como los chicos van y cuentan en casa lo que hacen en el jardín, lo que la maestra dijo, si se aburrieron, quién los retó, qué es lo que pasó. Los chicos tienen ya ahora la suficiente confianza, así como ustedes tienen confianza para dejárnoslos […] ellos ingresan a la sala y mientras se sacan la campera [dicen] "seño hoy mi papá me ha pegado" [risas de las madres por el tono de voz de la maestra que imita la manera de hablar del niño]. "Seño mi papá tomó cerveza y mi mamá se enojó" ¡Todo cuentan! [Las madres se ríen con vergüenza]. ¡Saben el libro que yo haría, la plata que yo ganaría si empiezo a contar todo lo de la sala! [Las madres se vuelven a reír tímidamente] (Registro 13/08/2010).

Los ejemplos de las afirmaciones realizadas por los niños y las niñas y relatadas por la docente -de lo acontecido en ambos espacios- adquieren otra dimensión en la reunión. Las madres no sólo son informadas de las prácticas pedagógicas que se realizan en el jardín -propuestas de lectoescritura, juegos, hábitos, organización de salidas didácticas- sino también de sus propias prácticas por fuera del espacio escolar. En tanto que aquello que sucede es redescubierto en un espacio grupal, que trasciende la relación de cada niño/niña con la docente. A través de los niños las docentes cuentan con información de sus comportamientos, información que se cuela del control de las familias y las ubica en el centro de atención. De esta forma las madres, los padres, aparecen siendo mirados y evaluados por la institución, a partir de la evidencia que los niños y las niñas narran.

Dada la iniciativa y aceptación de crear un espacio específico de ellas -maestra y madres- en relación al cuidado de sus hijos, decidí incorporar algunas preguntas más específicas a los distintos actores con los cuales fui interactuando durante mi estadía en el campo, para indagar sobre los circuitos de información y aprendizaje en torno a la crianza infantil.

Al preguntarle a las docentes de una sala[6] sobre quiénes suelen ser los referentes a los que madres y padres consultan en el caso de situaciones que les generen dudas sobre la crianza, las respuestas tendieron a señalar otros espacios y figuras, más allá de la escuela.

> Docente 1: ¿Qué surja de ellos? Y van a ver a [el nombre de la referente del centro comunitario] […] Yo me enteré que la mamá estaba faltando porque la mamá estaba enferma, porque el papá vino y habló con la referente. Digo la maestra soy yo y la que tenía que enterarse era [la referente]. Por ahí van al médico o a una amiga o ellas mismas, vecinas que le dicen o ellas hace lo que ellas piensan.
> Docente 2: El jarabe que le dieron una vez sirve para cualquier otra cosa […].Te lo llevas con 38, 39 de fiebre y al otro día está acá. Ella le dio jarabe, dentista no tienen.
> Investigadora: ¿Y la odontóloga que viene acá? [7]
> Docente 2: La odontóloga es del centro comunitario [marcando una separación entre ámbitos] y los tienen que llevar ellos por ellos.
> Docente 1: Tampoco van (Registro 31/08/2010).

Una de las referentes del centro comunitario me comentó que cuando los adultos tienen dudas sobre la crianza, uno de los lugares a los que recurren es el centro de salud, al área de pediatría:

> Después a las mujeres más grandes. Salvo que tengan una cosa más específica y vienen y te consultan [a ella o a su compañera que también trabaja en el centro comunitario]. También consultan a las curanderas. Por el tema del ojeo, del empacho, de la culebrilla. Y yo también se los derivo. Lo primero que uno hace es hacer que vean al pediatra y bueno cuando eso está una cosa no quita la otra (Registro 20/09/2010).

---

6 En ese momento los niños se encontraban en la clase de educación física, por ello pude realizarles una entrevista a las dos docentes que trabajan en la misma sala, mientras ordenábamos las producciones de los niños.

7 Mi primer día de trabajo de campo, al llegar al centro comunitario me encontré con dos niñas de la escuela primaria en el patio que, con el cepillo de dientes en mano, me comentaron que se venían a hacer ver. Luego la pediatra me comentó las especializaciones con las que cuentan, entre ellas odontología.

Frente a la misma pregunta, dos madres con trayectorias migratorias y experiencias de crianza diversas me respondieron[8]:

> Madre, cuya hija asiste al jardín: "Al hospital, yo le preguntaba allá donde nació mi primera hija. Como era mi primera hija no sabía tanto cómo era criar, cómo era bañar. En el hospital en [Brasil] ellos me enseñaron. A bañarla, a vestirla, ellos me enseñaron todo" (Registro 20/09/10).

> Madre con hijo de un año: "A mi mamá, la llamó por teléfono [reside en Paraguay] o a mi vecina que tiene tres hijos más grandes o me voy a la salita" (Registro mes 09/2010).

Por último, al entrevistar a la pediatra del centro de salud [9] me comentó: "Y este es el espacio del control de salud, del control del 'Niño Sano' que hace que por ahí vengan todos los meses y después cada dos o tres meses y es el espacio en donde preguntan acerca de la alimentación, acerca del sueño, hábitos, tema pañales. Es el espacio en el que uno habla cuestiones que tienen que ver con la crianza, los berrinches, el tema de los límites y eso se habla y las madres lo traen a la consulta, pero también por ver y por cómo se manejan, también funcionan como sostén las abuelas y las tías creo que también, como primer espacio de poder acudir a pedir experiencia. Pero eso es algo propio de la consulta nuestra digamos" (Registro 003).

La información reconstruida, las experiencias propias, el registro de las prácticas de otros, las miradas sobre la crianza de los niños y las niñas, me permiten reflexionar sobre algunos procesos más amplios sobre los que distintos investigadores han alertado:

> "En el proyecto de la modernidad (urbana y occidental) las valoraciones sobre el cuidado y la educación de la infancia se instituyeron fundamentalmente en la separación que se construyó entre un *espacio público* (como la escuela) y en un *espacio privado* (el hogar). Esta separación [...] no solo estableció, a nivel de las representaciones, una división entre saberes especializados (de los médicos y de la pedagogía) y los saberes legos (ligados a los lazos de proximidad, la vecindad y las familias) sino la inculcación de formas de crianza y educación infantil, que provinieron

8 Una de ellas, cuya hija concurre al jardín, me contó que viajaron de Bolivia a Brasil, donde nació su hija y luego vinieron a la Argentina. La otra madre nació en Paraguay y hacía cuatro años que residía en Argentina con su hijo de 1 año.

9 Cabe señalar que, desde el año 2009 a raíz de la epidemia de gripe A y la cantidad de niños y adultos que acudían al centro de salud cercano al jardín de infantes, el área de pediatría gestionó un lugar en el Centro Comunitario para la atención de niños con turno denominado "Programa de Niño Sano" que se diferencia de la Atención Pediátrica Inmediata (API) que se realiza sin turno.

> sobre todo de las elites y se instauraron como universales" (Gélis, 1992 en Santillán, 2009: 59).

En los párrafos antes citados se observa que la crianza y educación no son ámbitos de incumbencia exclusivos ni de la familia ni de la escuela, ni de la medicina. Explicitan una multiplicidad de referentes que entran en juego, como así también, las tensiones entre los actores institucionales y otros elegidos por madres y padres que se consideran apropiados y/o autorizados para intervenir en las cuestiones de cuidado y educación de los hijos. Respecto de las consultas, participan un entramado de figuras estatales y actores de la sociedad civil como los referentes barriales, además de vecinos y familiares (Santillán, 2013, 2016).

En la mayoría de los relatos se recurre a la figura del pediatra como lugar de consulta, en tanto saber experto y hegemónico, pero también destacan la presencia de otros saberes legitimados en la experiencia (Colángelo, 2006, 2012). De hecho, es la misma pediatra la que da cuenta de que "acuden a pedir experiencia" a familiares.

Colángelo (2006) investigó el modo en que se construye y afianza la figura del médico como especialista autorizado en la crianza del niño a partir de fuentes biográficas y documentales entre 1890 y 1930. El saber médico sobre los niños se consolida a principios del siglo XX e involucra tres procesos bajo su órbita, el cuidado (aseo, sostén, etc.) y la alimentación, la educación "como el cultivo de la inteligencia y la moral" y por último la procreación y engendramiento. "La pediatría se constituye en la medicina especializada en los problemas de la niñez (en el último cuarto del siglo XIX) […] y se orienta hacia los cuidados cotidianos del niño sano mediante la transmisión a las madres y familias de métodos de crianza 'racionales y científicos'" (Colángelo, 2006: 6).

En el contexto en que trabajé el trato, la disponibilidad, la explicación y la información son estrategias de negociación que también entran en juego en las interacciones entre adultos en torno al cuidado y educación, tanto desde la escuela como desde el centro de salud. Es posible advertir múltiples prácticas referidas al cuidado, en las que se hacen visibles formas de controversia y relaciones de desigualdad que atraviesan el espacio de campo. La vicedirectora relató una situación que vivió en otro distrito cercano sobre la manera en que una madre, a partir de consejos familiares, manejó la fiebre de su hijo y al finalizar el relato destacó:

> Lo que uno tiene que tratar de hacer en estas comunidades es no confrontar con la cultura, porque si no lo que hace el padre es que no te viene a decir nunca más nada porque lo cuestionás o juzgás. Él te está contando

> lo que hacían sus padres con ellos también[10]. Lo importante es escuchar y ofrecer otra alternativa (Registro 28/09/2010).

La pediatra me relató, a raíz de una situación en donde se detectó una enfermedad genética a un bebé pequeño y en donde el tratamiento consistía en suministrarle medicación de por vida, lo que suele sucederle en las consultas:

> Me pasó con muchas mamás que vuelven a Bolivia a visitar a los parientes y los parientes le decían que no le dieran más las pastillas, que era muy chiquita, que para qué las necesitaba y surgía una desconfianza en el sistema de salud. Entonces tenés que estar trabajando, explicando no sólo lo orgánico, que a veces es difícil por ahí, porque no se ve efecto en un bebé sano. Trabajando el tema de la confianza en el sistema de salud, de cuál sería la utilidad que tendría un servicio de un hospital en inventarle una enfermedad que en realidad no tiene, hacerle análisis porque sí, darle medicación gratuita, que no la necesita […]. A mí me sorprendió la desconfianza al sistema. Me dicen "yo veo el papel y no sé, no sé si es verdad que ella tenga eso" […] Yo lo que quería era que confíen […] y que no era un invento del mundo de la medicina tradicional (Registro 003).

Lo relatado da cuenta de las disputas de saberes, de actores e instituciones que confrontan cotidianamente con otros saberes no legitimados institucionalmente. Pareciera que los saberes que provienen de la pediatría y la escuela, lejos de contar con un reconocimiento generalizado deben validarse continua y localmente en las interacciones cotidianas, sea en una conversación con las docentes o en una consulta con la pediatra.

Al formular la misma pregunta a las integrantes del CEPAPI[11], la coordinadora respondió:

---

10 Este esencialismo subyacente y unilateral en relación a las asociaciones entre cultura y comunidad repetidas en los registros de campo se abordaron en la Tesis de Licenciatura. Asimismo, cabe destacar que se recurre al término cultura para explicar cierta imposición de pautas o comportamientos que, con cierta permanencia a lo largo del tiempo, definirían a un grupo. Esta manera de explicar ciertas conductas, que se atribuyen a una cultura, también se asemeja a lo que sostiene Díaz de Rada en relación a la noción de cultura que se propone desde las instituciones escolares. "La escuela propone una idea de la cultura […] como transitiva definiéndola como un objeto que es externo a los sujetos y apropiable por ellos" (2008: 42).

11 Como se mencionó anteriormente, son Centros Educativos de Prevención y Atención a la Primera Infancia que dependen de la Dirección de Educación Especial del Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y trabajan en zonas vulnerables. Lo integran diferentes especialistas: estimuladora temprana, psicóloga, fonoaudióloga, terapista ocupacional, psicomotricista y psicopedagoga que trabajan *"con los niños de 0 a 5 años y las familias con el objetivo de mejorar el desarrollo del niño en todos los ámbitos. También trabajamos con las docentes, dictando talleres, prevención*" (Registro 25/07/2010).

> El médico, en todos lados.
> Investigadora: ¿En todos lados? porque a veces consultan a las madres o…
> Coordinadora: Aquí están muy aislados de eso, lamentablemente a veces las familias se desamblan porque viene una chica joven y se hace mamá acá y su mamá está en Bolivia, quizás tenga alguna hermana o prima o tía para preguntarle algo, pero sino recurre al pediatra y a veces no preguntan. Si no tienen a su vínculo cerca no preguntan (Registro 25/07/2010).

Es interesante destacar las representaciones en torno a la imagen hegemónica del médico que se plantea en los dos pasajes anteriores. Por un lado, la pediatra y la necesidad de revalidar su conocimiento con las familias de los niños y las niñas y, por otro lado, la afirmación de la figura del médico como voz autorizada "en todos lados" y más aún en el caso de la población migrante por la separación de familiares debido a las migraciones. Asimismo, cabe retomar lo comentado por una madre sobre las consultas telefónicas a su propia madre respecto de la crianza de su hijo. Lo que también da cuenta de los circuitos de información[12] y transmisión de otros saberes "que coexisten de manera subordinada con el saber médico" (Colangelo, 2006: 4) cuyo reconocimiento dista de ser aprobado y considerado suficiente por parte de algunos actores institucionales. Siguiendo este argumento me pregunto si la cuestión del reconocimiento/desconocimiento de otros canales de comunicación no se podría vincular con los actores a los que no se les pregunta, pero se les debería preguntar.

En este sentido, al preguntarle a la directora y vicedirectora respondieron:

> *D: Los* [adultos] *no preguntan* [sobre la crianza]. Es difícil que se acerquen. Si vos notás algo puntual y llamás a los padres sí vienen.
> VD: Pero no se acercan espontáneamente (Registro 28/09/2010).

En otros casos el no preguntar en torno a la crianza es explicado como característico de la comunidad con la que trabajan. Hablando con la directora y vicedirectora me comentaron que "tienen otra manera de comunicarse, de relacionarse. No es que no la tengan. Es diferente a la nuestra. Es una cultura más bien del silencio. Nosotros somos más verborrágicos como sociedad" [13].

---

12 Me parece interesante señalar, lo explicitado anteriormente en relación con la cantidad de talleres e iniciativas que se llevan a cabo en el centro comunitario para personas adultas, que favorecen la construcción de vínculos y la circulación de múltiples saberes.

13 Las referencias al silencio (Novaro y Diez, 2012) fueron abordadas en la Tesis de Licenciatura.

Asimismo, respecto de la reunión con las familias me comentaron:

> D: Notás que en las reuniones vienen los mismos.
> VD: Pero no hablan.
> D: Escuchan lo que dice la maestra.
> VD: Cuando vos les decís alguna pregunta o duda.
> D: Silencio total (Registro 28/09/2010).

El no preguntar o no tener dudas para preguntar es explicado a partir de la utilización de otras formas para comunicarse, que se caracterizarían por el silencio de "los padres" como pertenecientes a un grupo homogéneo que delimitaría su "cultura". Estas miradas no permiten ver la complejidad de las demarcaciones entre los grupos ya que se asocian rápidamente a una supuesta forma cultural que desconoce las dinámicas de movimiento y entrecruzamiento de la población en ese contexto (Novaro y Diez, 2012).

Sin embargo, en la reunión informativa aquí reseñada muchas madres contaron experiencias o "anécdotas", realizaron preguntas y participaron activamente de la misma. Igualmente parecería que estas referencias no suman para contrarrestar la caracterización silenciosa. Incluso restarían ya que se refuerzan representaciones estereotipadas que sistemáticamente se les adjudican a estas comunidades, como puede observarse en el siguiente pasaje, a partir de un comentario que le hice a una de las docentes al finalizar la reunión informativa:

> Investigadora: ¡Cuánto que hablan algunas madres!
> Docente: Porque no son bolivianas (Registro 13/08/2010).

A modo de cierre

Tal como fue planteado en la "reunión de padres" se informó de los logros y dificultades de los niños y las niñas respecto de los aprendizajes, de las propuestas pedagógicas y también se tematizó el comportamiento de los propios madres y padres en el hogar. Incluso, esta reunión funcionó como un disparador de otros encuentros -"más entre nosotras"- para el logro y negociación de acuerdos sobre los límites y la crianza de los niños y las niñas, en donde las docentes aparecían como referentes legítimos de lo que la escuela considera como prácticas apropiadas para la educación infantil.

El modo de encarar la crianza y las maneras de comportarse con los niños y las niñas, no son preocupaciones exclusivas de una institución en particular. Como se observó, se constituyen en objeto de disputa por parte de numerosos actores institucionales involucrados en los distintos circuitos de información y aprendizaje, donde las fa-

milias participan y donde se pone en relevancia la coexistencia de diversos tipos de saberes que deben negociarse y validarse de manera continua y localmente -como se analizó a partir del relato de la pediatra-. Asimismo, me refiero a la posibilidad de los adultos a cargo de niños y niñas para consultar a familiares, docentes, pediatras, referentes comunitarios, entre otros; teniendo en cuenta también las múltiples actividades y talleres que propone el centro comunitario, de los que algunas madres y padres participan. Estos espacios parecen funcionar también como ámbitos de consultas. Si bien esto no fue profundizado sería de interés retomarlo en una futura investigación.

En el trabajo de campo fueron recurrentes ciertas imágenes y caracterizaciones de la comunidad y las familias, por parte de las docentes. En relación a las consultas, a las que me referí anteriormente, se puso de manifiesto la situación en la que se encuentran las madres, debido a la "falta de pregunta" a familiares cercanos como una imposibilidad de recurrir a ellos, debido a la separación física o afectación de la cotidianeidad del grupo familiar por el proceso migratorio. Sin embargo, esta particularidad también fue señalada como un rasgo que se inscribe en una caracterización más general sobre las maneras que las familias migrantes tienen de comunicarse -cuestión que fue planteada por diversos actores institucionales- y que a la vez forman parte de un discurso social más amplio (Grimson, 1999, 2013; Caggiano, 2005).

Bibliografía

Caggiano, S. (2005). *Lo que no entra en el crisol. Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.

Colángelo, A. (2004). "Un busca de una 'infancia sana': La construcción médica del niño y del cuerpo infantil". *VII Congreso Argentino de Antropología Social*, Villa Giardino, Córdoba, Argentina.

Colángelo, A. (2006). "La crianza en disputa. Un análisis del saber médico sobre el cuidado infantil". *VIII Congreso Argentino de Antropología Social,* Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina.

Colángelo, A. (2012). *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930* (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata, La Plata.

Díaz de Rada, A. (2008). "¿Qué obstáculos se encuentra la etnografía cuando se practica en las instituciones escolares?". En M. I. Josiles y A. Franzé (Eds.), *¿Es la escuela el problema?*

Perspectivas socio - antropológicas de etnografía y educación (pp. 24 – 48). España: Trotta.

Gelis, J. (1992). "La individualización del niño". En Aries, P. y G. Duby (Eds.), *Historia de la vida privada* (pp. 311 – 329). Madrid, España: Taurus.

Grimson, A. (1999). *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.

Grimson, A. (2013). *Mitomanías Argentinas. Cómo hablamos de nosotros mismos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Levinson, B. y Holland, D. (1996). The cultural production of the educated person: an Introduction. En B. Levinson, D. Folley y D. Holland (Eds.), *The cultural production of the educated person. Critical ethnographies of schooling and local practice* (pp. 1-54). Albany: State University of New York Press.

Llobet, V. (2011). "Entrevista. Primera Infancia, Crianza y Cuidado". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, *9* (2), 1019-1020.

Novaro, G. (2011). "Interculturalidad y educación. Reflexiones desde las experiencias formativas de niños indígenas y migrantes". En G. Novaro (Comp.), *La interculturalidad en debate. Experiencias formativas y procesos de identificación en niños indígenas y migrantes* (pp. 15 – 33). Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Novaro, G. y Diez, M. L. (2012). "¿Una inclusión silenciosa o las sutiles formas de la discriminación? Reflexiones a propósito de la escolarización de chicos bolivianos". En C. Courtis y M. I. Pacecca (Comps.), *Discriminaciones étnicas y nacionales. Un diagnóstico participativo* (pp. 37-57). Buenos Aires, Argentina: Editores del Puerto.

Santillán, L. (2013). "Entre la ayuda y el 'desligamiento': prácticas y regulaciones cotidianas sobre las familias y el cuidado infantil en barrios populares del Gran Buenos Aires". *Revista Civitas, 13* (2), 316-335.

Santillán, L. (2010). "Las configuraciones sociales de la crianza en barrios populares del Gran Buenos Aires". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, *8* (2), 921 - 932.

Santillán, L. (2009). "La crianza y la educación infantil como cuestión social, política y cotidiana: una etnografía en barrios populares de Gran Buenos Aires". *Revista ANTHROPOLOGICA, XVII* (27), 47-73.

Santillán, L. (2016). Las relaciones entre los jardines de infantes y las familias. Escenarios y prácticas cotidianas en movimiento. En V. Kaufmann (Comp.), *Primera Infancia. Panorama y desafíos para una mejor educación* (pp. 217 – 251). Buenos Aires, Argentina: Aique.

Varela, M. D. (2017). *La educación en los primeros años de la niñez: interculturalidad y crianza de niños migrantes bolivianos en la ciudad de Buenos Aires* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

En vías de la profesionalización del cuidado

STEPHANIE PINTOS PELAYO*
Y YANINA LANDO**

Introducción

El presente ensayo se enmarca en el Diploma de Cuidadores para Adultos Mayores. El mismo fue concebido en alianza entre la Universidad Nacional de San Martín, la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP) y el Movimiento Evita.

Los actores destacados de esta experiencia son la universidad como articuladora y como garante del acceso a la formación y capacitación como actor relevante en el mercado laboral; también los movimientos sociales luchando y buscando poner en cuestión los roles de cuidado relegados a la buena voluntad de las personas allegadas, en su mayoría familiares mujeres, del sujeto en situación de vulnerabilidad. Y los y las estudiantes que construyen en conjuntos con los educadores un conocimiento teórico-práctico situado histórico, social y políticamente.

¿Qué es cuidar?

La acción de cuidar hace referencia al acto, en el cual, se busca satisfacer las necesidades básicas, fundamentales y afectivas de las per-

* Universidad Nacional de San Martín.
** Universidad Nacional de San Martín

sonas. En el ámbito privado, histórica y culturalmente, la responsabilidad del rol de cuidador fue ejercido por las mujeres de la familia, tomando esta acción como una demostración de afecto y amor inherente a su condición "femenina y maternal" la cual no estaba sujeta a ningún cuestionamiento.

Desde lo teórico podríamos dividir a esta actividad en dos tipos, el Cuidado Directo (cuidado de los otros, facilitación de la crianza de los niños) y el Cuidado indirecto (gestión del hogar). Con Cuidado Directo hacemos referencia al cuidado interpersonal (de persona a persona), se trata de proveer asistencia/apoyo para satisfacer las necesidades básicas y garantizar la calidad de vida del sujeto dependiente. Esta actividad suele ser mayormente intergeneracional, los receptores del cuidado son los niños, adultos mayores o personas en situación de discapacidad. Y con Cuidado indirecto hacemos referencia a todas las actividades que permiten la gestión del hogar, tareas domésticas, administración de la economía, organización de las rutinas diarias entre otras.

Al pensarlo desde una perspectiva ocupacional, en cualquiera de sus formas el rol del cuidador informal no remunerado, es invisibilizado y visto como una obligación por parte de las personas que lo ejercen desde la perspectiva de la economía capitalista. Pero, por el contrario, estos cuidados, son esenciales ya que sustentan al sujeto trabajador.

La importancia del cuidado a adultos mayores

En la actualidad, nuestro país se encuentra en una etapa de envejecimiento poblacional. Una de las causas es el aumento en la expectativa de vida de los individuos, lo cual pone cuestión qué pasa con este grupo de personas que en algún momento necesitarán la asistencia y el cuidado de un tercero. Además, a este incremento de la expectativa de vida se suman las condiciones de salud, ya que la gran mayoría de las personas que viven más años no lo hacen mejor. Es cada vez más notorio el incremento de enfermedades/patologías crónicas multifactoriales. Ya que desde el Estado no existen políticas públicas concretas que se ocupen de esta problemática, en algunos casos este rol será asumido por un miembro de la familia, en su mayoría mujeres, y en otros casos se requerirá de un cuidador externo. Esta situación denota un mercado laboral creciente para muchas personas que trabajan en la informalidad.

Cerri (2015) plantea el concepto "crisis de los cuidados". El mismo surge de la necesidad de conceptualizar y analizar un proceso global como el de envejecimiento. Es notoriamente creciente que la población mundial envejece, y envejecer conlleva, mayormente, a

la discapacidad y a la dependencia. Por esto plantea que se discuta una nueva organización del sistema público de salud. Dando por sentado que los adultos mayores serán dependientes es algo taxativo, que los enmarca en una posición de objeto. Además, socialmente, la vejez se ve como un problema ya que continúa siendo pensada como un "gasto" dividiendo a la sociedad en "productivos" e "improductivos".

En este sentido las discusiones al respecto han generado nuevas propuestas como el "Envejecimiento activo" El mismo propone que los adultos mayores sean sujetos activos en el proceso de su envejecimiento.

Asimismo, en Uruguay, se ha decretado la ley 19.353 "Sistema Nacional Integrado de Cuidados", donde se incluye esta perspectiva de cuidado que apunta a la promoción de la salud y la autonomía de las personas entendiéndolas como sujetos de derecho. Además, en esta misma ley, se invita a pensar los cuidados desde una mirada social/comunitaria, atravesada por la perspectiva de género, generacional, culturales y económicas.

El rol del cuidador en la dinámica capitalista

Federici (2015) plantea que el rol de las mujeres en la sociedad capitalista es fundamental e históricamente construido y silenciado. Tienen la fundamental tarea de la reproducción social del trabajo producto de la irrupción del capitalismo. En este sistema capitalista la actividad creadora de valor es la que produce para el mercado, en cambio las actividades llevadas a cabo en el hogar se consideran sin valor desde el punto de vista económico. Estas cualidades en las actividades como comerciales o no comerciales aún hoy continúan atravesándonos como sociedad. Es desde este punto bisagra donde nos posicionamos para pensar el rol de trabajador cuidador.

Una sociedad envejecida, pone en manifiesto, la necesidad de cuidados hacia aquellos sujetos que así lo requieren. Este campo dentro del mercado laboral es una oportunidad para aquellas personas que brindan servicios de cuidados. Los cuidados están constituidos por aquellas personas que se dedican al cuidado de otros, por un lado, encontramos a los cuidadores informales (aquellos que no poseen capacitación) en general son personas que se encargan del cuidado de un familiar, vecino, no poseen remuneración o ésta es simbólica o escasa y tienen un lazo afectivo que los vincula al sujeto. Y por otro lado se encuentran los cuidadores formales (aquellos que poseen capacitación) en general son personas contratadas y cuentan con condiciones de trabajo más claras que los anteriores.

La condición migrante de algunas personas que ejercen esta actividad y el género suelen ser, en muchos casos, una desventaja a la

hora de poder negociar las condiciones de trabajo. Esta situación hace que haya un grupo en mayor estado de vulnerabilidad que otro, por lo cual es muy necesario, la existencia de proyectos educativos concretos que avalen los saberes de estos sujetos, y de esta manera equipar la desigualdad. Ya que podrán incorporarse al mercado laboral formal valiéndose de diferentes herramientas que ayudarán a luchar contra la precarización del trabajo.

Perspectiva desde la educación

Como docentes nos posicionamos desde una perspectiva de derechos humanos. Tal como planteó Freire (1988) "la politicidad de la educación demanda vehementemente de los profesores y profesoras que se asuman como un ser político (...)". Desde nuestro rol de educadoras, alentamos a las estudiantes a que sean partícipes activas en la construcción del conocimiento, recuperando sus saberes, sus prácticas transgeneracionales y culturales sumándoles nuestro saber académico. Posicionándonos en la promoción de la lucha por la conquista de la profesionalización de los cuidados y la resignificación de la figura de la mujer en nuestra sociedad.

Es así que entendemos que como educadoras nuestra función no es enseñar desde el saber académico sino mostrar caminos, cuestionar lo establecido, provocar la búsqueda de lo necesario, construir saberes de manera colectiva. Buscando la transformación del proceso de enseñanza - aprendizaje.

Conclusión

La gran demanda de servicios de cuidado para adultos mayores es una oportunidad para visibilizar la problemática social y profesionalizar los cuidados.

La visión con la que se lleva a cabo la realización del Diploma para Cuidadores de Adultos Mayores implica la apertura a cuestionamientos aquí planteados. Busca que los estudiantes puedan pensarse como un actor clave en la sociedad, fundamentales para el funcionamiento de la maquinaria social capitalista.

Por otro lado, también se busca garantizar el acceso a derechos de los adultos mayores promulgados por la Ley 27.360 Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, la cual establece que los mismos tienen derecho a recibir servicios de cuidado a largo plazo. De esta manera se procura que las personas que ejerzan esta actividad estén formadas para de este modo brindar un servicio de calidad que dignifique y mejore la calidad de vida de los adultos mayores.

Bibliografía

Carrasco, C. (2006). La economía feminista: Una apuesta por otra. *Estudios sobre género y economía*, *15*, 29.

Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, *15*(2), 111-140. Disponible en https://atheneadigital.net/article/view/1502

Federici, S. (2015). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. 2°ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón.

Freire, P (2016). *El maestro sin recetas: El desafío de enseñar en un mundo cambiante*. 1°ed. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, *18*, 83-92. Disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S021391112004000800011&script=sci_arttext&tlng=es

González Gil, T. (2005). Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los cuidados, año IX, nº 17, 1. semestre 2005; pp. 33-40*. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/1006

Ley Nacional de la República Oriental del Uruguay N°19.353 "Sistema Nacional Integrado de Cuidados" disponible en https://www.bps.gub.uy/bps/file/10433/1/ley19353-sistema-nacional-integrado-de-cuidados.pdf

Rodríguez Enríquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Disponible en https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/47084

Epistemología e intervenciones de enfermería

En busca del cuidado. Formación de auxiliares, técnicos y licenciados enfermeres, y reproducción en el modelo sanitario biomédico

GLADYS CHÁVEZ* Y ALEX FRANCO**

Esferas cultural, epistémica, política e institucional de la reproducción de la enfermería

Los modelos de atención: centralidad de la biomedicina, subalternidad de la socioantropología y de la bioecología

Los efectores de salud, ya en su modalidad de gestión pública o privada, funcionan con el trabajo interprofesional de una diversidad de actores y agentes para dar servicios variados en función de las múltiples demandas de la población. En el trabajo de Nora Jaquier, "Nociones de salud y enfermedad (Jaquier, 2011:21-23), la autora señala tres modelos de atención diferentes y complementarios que, en conjunto, señalan las fronteras de la percepción y consideración de los problemas de salud enfermedad atención efectivamente funcionantes. Estos son el biomédico, el bioecológico, y el socioantropológico, y apunta rasgos característicos propios y concretos de cada uno. Estos rasgos son: noción de salud, causas (de los problemas de salud), contexto (temporo espacialidad -de

* IESCODE- Licenciatura en Enfermería-DCSyD-UNPAZ.

** IESCODE- Licenciatura en Enfermería-DCSyD-UNPAZ.

producción del problema de salud), objeto de estudio (foco de atención del problema de salud), campos de estudio y aplicación (disciplinas comprometidas en la detección del problema), estrategias de abordaje y atención (modalidades de abordaje), modelo sanitario (institución que centraliza a la atención del problema), sujeto de atención (en quién se focaliza la atención del problema), campo de decisión (autoridad que toma decisión de tratamiento). En una modalidad narrativa, apuntamos esas características articulándolas, siguiendo cada modelo, según las indicaciones señaladas en el trabajo de Jacquier (op. cit):

1.1. biomédico: es biologicista, donde prima la concepción de la salud como ausencia de enfermedad, originadas éstas en causas orgánicas, es decir, que afectan al normal funcionamiento de algún órgano y/o sistema del cuerpo humano sano, más allá del contexto concreto de producción del fenómeno enfermedad (vale decir, un infarto agudo de miocardio es una entidad igual a sí misma más allá del contexto en el que se produce, y su tratamiento está relativamente estandarizado); el foco de atención es la enfermedad, y son la medicina y sus especialidades las disciplinas que versan sobre ello; el abordaje del problema es asistencial y curativa.
1.2. bioecológico: la noción de salud que maneja es dinámica y propone una triple articulación entre tolerancia, compensación y adaptación al medio; se comprende una multicausalidad como conjunto articulado de factores de producción de problemas de salud, fenómenos cuya ocurrencia está asociada con una temporalidad, una vivencia expuesta a factores ambientales en lugares determinados, y de la que se ocupan el conjunto de las ciencias de la salud junto con las del ambiente a partir de estrategias de matriz preventivas apuntadas al ambiente y a los individuos desde un modelo sanitario basado también en hospitales y sumando a los centros de atención primaria para intervenciones en sus dos sujetos de atención, los individuos y los ambientes, involucrando a médicos, sanitaristas, ambientalistas y administradores en las decisiones a tomar.
1.3. socioantropológico: la salud es la resultante de un proceso de construcción socio histórico y político en el interjuego de los determinantes políticos, sociales, económicos y culturales, en un entramado histórico micro y macro social cuyo foco son las experiencias de vida en el proceso de salud atención enfermedad como objeto de las ciencias socio antropológicas y de la salud, con abordajes integrales que aspiran a la comprensión del fenómeno en pos de promocionar conductas y entornos saludables, en un sistema sanitario donde confluyen las redes sociales, sanitarias y políticas sanitarias y sociales, que foca-

licen la atención en las personas, familias y grupos varios, a partir de decisiones negociadas entre actores políticos, económicos, equipos de salud y ciudadanos.

Podría señalarse, en una propuesta un tanto reduccionista y general, un paralelismo entre esta clasificación que propone Jacquier y las modalidades de abordaje de tipo asistencial para lo biomédico, preventivo para lo bioecológico, y de promoción para lo socioantropológico. De los tres modelos generales señalados, siguiendo a Menéndez (1998:19-21), a Moreno Leguizamón (2006:119), y a Gómez Pérez (2009:67) el imperante, operacional, organizativo y hegemónico es el biomédico, siendo los otros dos marginales y minoritarios. Con Moreno, que plantea una comparación de ciertas categorías como salud y enfermedad entre las visiones de la medicina occidental (biologicista) y la medicina ayurvédica, comprendemos a la biomedicina como producto de una cosmovisión cultural, económico y política de una civilización y de su historia y evolución (centralidad de lo biológico, división cuerpo-cerebro, metáfora de lo mecánico como principio explicativo de la naturaleza), que se materializa en sus instituciones y en su sistema de atención de los fenómenos del proceso salud-enfermedad atención. Esta visión biologicista, hegemónica desde el siglo XVIII, sufre en la actualidad, en un contexto de poscolonialidad europea, una relativa crisis que da entrada a la consideración de miradas "alternativas". Esta nueva consideración de miradas no occidentales sobre la salud enfermedad atención, sin embargo, no habilita a señalar que se haya desarrollado una pérdida de la hegemonía señalada. Desde Menéndez, observamos una modificación en términos de reconfiguración del modelo biomédico en una doble modalidad: en un primer modo, como saber que monitorea un conjunto de prácticas vinculadas al control de padecimientos -autocuidado, grupos de autoayuda, redes, coping- más que a la curación de enfermedades (centralidad la de la enfermedad y su tratamiento que nunca abandona) en relación con cierta modificación epidemiológica de las poblaciones posmodernas globalizadas; por otro lado, como constructor de "una expectativa ideológica en las posibilidades de la ingeniería genética", de su investigación y desarrollo, un alejamiento del horizonte de posibilidades de detección, tratamiento e incluso intervención genética en la vida de las enfermedades. Gómez Pérez señala, en línea con Menéndez, la relación hegemonía/subalternidad entre biologicismo y alternatividad como una relación dialógica, complementaria, en donde la mirada hegemónica no actúa con el horizonte de la anulación de las alternativas sino con un movimiento expansivo de incorporación de lo alternativo dentro del mundo hegemónico, en el sustrato de una población que no

cierra, respecto de las terapias alternativas, una expectativa de explicación científica aún desconocida, aún en construcción.

Este es, en términos de Ynoub (2015:11-15), el condicionante institucional operante en la producción de investigaciones y, sobre todo, de las intervenciones profesionales en el campo de la valoración y tratamiento de la salud institucionalizadas. Tampoco en la esfera social de la reproducción social encontramos diferencias respecto de la centralidad de este modelo frente a los otros. Revuelta y Minelli de Oliveira (2008:58-59) han podido establecer en su estudio cuáles son las temáticas de salud más frecuentemente consideradas para la publicación de noticias de este ámbito, y la mayoría corresponden a las características de lo biomédico, dando cuenta de una instalación en el imaginario social de esta perspectiva como la hegemónica al momento de considerar las características definitorias de la salud. En otro estudio, Carmen Peñafiel Saiz (2014:148) directamente consideran a los médicos como "los interlocutores válidos" para tratar los temas de salud y su divulgación, instalando así esta enunciabilidad epistémico-profesional con su eje central en la enfermedad, su tratamiento y su prevención como elemento de producción, circulación y consumo respecto de las nociones posibles de salud y enfermedad. A su vez, como señala Medina (1999:29-33), como resultado de procesos políticos, histórico sociales y culturales, las poblaciones conviven con y reproducen este mismo modelo de atención sanitaria a partir de una interacción que las determina y es determinada por ellas en una cultura que, por un lado, instala y cotidianiza un abanico de expectativas de atención sobre qué son y qué no son problemas de salud y, por otro, ofrece un abanico de servicios y soluciones a esos problemas de salud que define a partir del saber que hegemoniza el campo sanitario, es decir, el biomédico.

Proceso de profesionalización. Formación de les enfermeres en Argentina

La ley Nacional de Enfermería N° 24.004/91, art.3, establece dos niveles para el ejercicio: auxiliar y profesional y a cada uno le asigna un conjunto diferenciado de actividades de acuerdo al nivel de formación. Veremos que, en Argentina, dicha formación es heterogénea. El nivel auxiliar comprende 1 año de cursada teórica/práctica y se dictan en diversas instituciones privadas. En cuanto al nivel profesional comprende a los enfermeros universitarios y/o técnicos (titulación intermedia de 3 años de duración) y a los licenciados en enfermería (con una formación de 5 años). El nivel profesional se dicta tanto en universidades como en institutos técnico/terciarios públicos o privados. La aplicación de diversas políticas públicas

para aumentar el número de enfermeros, dieron como resultado una marcada impronta del nivel auxiliar y empírico por sobre el profesional. En Argentina, el nivel de formación a principios de los 80', estaba distribuido en "0,44% de licenciadas en enfermería, 24,8 % de enfermeras, 38,2% de auxiliares de enfermería y 36,4% de personal sin educación formal" (Heredia et al, 2002: 31). Entiéndase por "personal sin educación formal" a empíricos, es decir, personas que han aprendido y aplicado sin ninguna titulación, técnicas propias de la profesión. Ante esta situación, se dio inicio en la década del 90, al proceso de profesionalización (aún vigente) dirigido a los enfermeros auxiliares activos dentro del sistema de atención de salud, tal como señalan Faccia (2009:13), y Heredia y Malvarez, (2002:34). Dicha profesionalización consiste en instrumentar programas de capacitación y educación desde las escuelas de enfermería para que les auxiliares alcancen el nivel profesional. Cabe destacar, que el proceso de profesionalización fue impulsado fuertemente desde la reglamentación de la Ley N° 24.004, decreto 2497/1993, que además de establecer quienes pueden legalmente prodigar cuidados enfermeros, propone en el art.3, una serie de definiciones conceptuales y operativas significativas para el conjunto de la profesión en el modo de listado de competencias específicas, de acciones concretas. Las competencias de los profesionales enfermeros, de los licenciados, exceden largamente la dimensión de aplicación operativa subordinada a la orden médica o de otro profesional, para incorporar en su práctica profesional la valoración y diagnósticos propios, así como el desarrollo de planificaciones de cuidados profesionales e interprofesionales. En la ponderación media nacional actual, por otra parte, ha habido una modificación importante, hasta arribar a un 42% de auxiliares, un 45% de técnico profesionales y un 13% de licenciades, dentro de los que se incluyen los graduados con algún posgrado, según cifras del Pronafe (Programa Nacional de Formación en Enfermería) (Inet-Pronafe, 2014:3). A partir de la ley de enfermería (año 1993), observamos también que el nivel empírico queda por fuera la habilitación del ejercicio profesional. Un impulso significativo en la profesionalización y jerarquización de la disciplina en los últimos años, se dio a partir de la Resolución del Ministerio de Educación 2721/2015 (dicha resolución se desprende del art. 43 de la Ley de Educación Superior Nº 24.521) que establece que la Enfermería es una carrera de interés público y regulada por el Estado, cuyo ejercicio afecta la salud o seguridad de la población en general. Para dar cumplimiento a dicha resolución, las universidades que se presentaron al proceso de acreditación ante la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria), debían adecuar

sus planes de estudios para alcanzar los lineamientos consensuados, por ejemplo: se establecieron 3 áreas de formación a lo largo de la carrera: socio-humanística, biológica y la disciplinar, se indica la cantidad mínima de horas prácticas, se establece que el profesional enfermere debe orientarse a desempeñarse con compromiso político, social, con sólidos conocimientos éticos, legales, humanísticos, etc. No resulta menor destacar que, dentro del área disciplinar, la investigación es una temática que ocupa más extensión en el plan general. La acreditación de la CONEAU, sin embargo, deja en este momento de la formación, un margen amplio en la discusión interna de las configuraciones, de las arquitecturas epistémicas que vertebran el trayecto de la formación. Las oscilaciones entre los modelos biomédicos, socioantropológicos y bioecológicos, en los términos de Jacquier, aún no se han desplegado en una mirada autocrítica al interior del diseño de las diversas materias de los planes de estudio. Finalmente, acordamos con Faccia que señala que el proceso de profesionalización es un

> …proceso histórico y dinámico, en el que se ha luchado, no sin contradicciones, por el reconocimiento del status profesional. Dentro de ese proceso se constituyó un espacio social de disputa 'por ser reconocidos como profesionales' tanto al interior del campo de la salud como en la sociedad. En ese espacio de lucha se establecieron relaciones sociales y de poder entre los actores involucrados; principalmente enfermería, médicos, y otros profesionales de la salud. (2012: 323)

Género y enfermería

Además de lo planteado en cuanto a la profesionalización, nos parece importante destacar cómo es la composición de la fuerza de trabajo de 'quienes cuidan' dentro del campo de la enfermería. Según datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la fuerza activa de trabajo de enfermería para el año 2016, está compuesto en el caso de las auxiliares por 63.781 (79%) mujeres y 16.664 (21%) varones, respecto del nivel técnico/profesional: 68.285 mujeres (80%) y 17.118 (20%) varones y del nivel de licenciatura: 20.322 mujeres (81%) y 4.759 (19%) varones. La presencia de mujeres caracteriza fuertemente a esta profesión. En este sentido es importante señalar, con Faccia, que en enfermería:

> La construcción de la imagen está modelada por la cuestión de género. La Enfermería es una profesión típicamente femenina, a pesar de la incorporación paulatina de los hombres en la actividad. El rol se asocia a tareas vinculadas con el mundo doméstico como cuidar, curar, educar. (2009).

Históricamente, "la femineidad se liga al trabajo liviano, fácil, limpio, que exige paciencia y minuciosidad. En este último aspecto, las investigaciones demostraron que las desigualdades entre varones y mujeres no se originaron en el mercado de trabajo, sino que surgieron en otros espacios de la vida social y que preexisten al momento de su inserción laboral. Por lo tanto, son estas relaciones preexistentes las que se perpetúan en los espacios laborales. La diferente socialización de los varones y las mujeres contribuyó a delinear la visión que tienen de sí mismos, de sus posibilidades de acceder al mundo del trabajo, de qué tipo de empleos pueden incluir dentro de sus expectativas y cuáles son inalcanzables e impensables" (Ramacciotti; Valobra:2011:1). La enfermería (o la docencia) no está exenta de aquellos atributos supuestos que debe cumplir una mujer que cuida; sacrificio, vocación, abnegación, obediencia, prolijidad, de voz suave, delicada, entregada al cuidado de otro/e aún en detrimento del propio, entre otras, son atributos de la mujer/enfermera. Consideramos que enfermería/género, se hallan interrelacionados tan profundamente en la profesión, a tal punto que al decir de Colliere, se confunde "el rol que de *ella* se espera más que por (...) lo debería de caracterizarla profesionalmente (*no personalmente*) sus cuidados. (Colliere, 1993: 15)

Proceso de auxiliarización del enfermero profesional y del licenciado

A partir de investigaciones como las de Díaz Echenique et al (2010), Aspiazu (2017), o Dushkin (2014), que versan sobre las condiciones de trabajo enfermero, pueden señalarse las condiciones en las que deben desempeñarse, y también, como apunta Malvarez (2006: 9-10) tener en cuenta que éstas dificultan sobremanera su posibilidad de desarrollo profesional y, seguramente, hasta disciplinar: el modelo hospitalario biomédico, con eje en las patologías, vertebra el funcionamiento del sistema de salud y la modalidad hegemónica de intervención en el campo sanitario institucional efectivamente operante, y tiene entre sus múltiples efectos, la invisibilización de las actividades de cuidado, como señala Balzano (2012:113). Estas condiciones de desempeño profesional son, también: la sobrecarga de trabajo, el pluriempleo, la constante escasez de personal. En conjunto, podemos pensar que estas condiciones enmarcan un proceso que podríamos señalar como de *auxiliarización del técnico e incluso del licenciado*, es decir, la reducción desde un potencial de sus intervenciones de cuidado a la focalización sobre aquellas actividades de escasa complejidad que pertenecen a la esfera de las competencias del auxiliar de enfermería, como lo señala el listado de actividades en la reglamentación del artículo 3 de la ley 24004. Es decir, estas condiciones de trabajo

refuerzan la reducción de prestaciones profesionales de los técnicos y los licenciados a aquellas intervenciones que están enmarcadas en la ley para el nivel de formación más bajo en la jerarquía disciplinaria. Entre todas las preguntas, emerge una que motoriza una indagación sobre la viabilidad de desarrollos epistémicos disciplinares para la enfermería: ¿es el hospital, o el mismo centro de atención primaria de la salud, un escenario que propicia la construcción de conocimientos profesionales disciplinares? Investigaciones como las de Troncoso y Valenzuela Suazo (2007: 502), Sancho Cantus y Prieto Contreras (2012: 296) y Reyes Luna et al (2007: 55-56) dan cuenta de lo problemático, en términos de condiciones de producción, que dicho escenario, por sus características señaladas, proponen como marco de desarrollos de investigación para el personal enfermero y, mucho menos, de cuestionamientos sobre potenciales modificaciones en cuanto a su estructura, funcionamiento, matriz cultural instalada y operante en la comunidad. En síntesis, generalizada, se pueden estimar los siguientes criterios generales que caracterizan al funcionamiento del sistema de salud en cualquiera de los tres subsistemas de pública, prepaga y obra social. Las características son: el hospital es el lugar de atención de los problemas de salud, entendidos y reproducidos culturalmente en términos de enfermedades. Los médicos son los responsables legales y epistémicos sobre dichas enfermedades. La enfermería es un colaborador del médico, como señalan Samaniego et al (2011: 87) y Camos (2014), cuando señala, por ejemplo, que el trabajo de los enfermeros "(...) se ha considerado más bien como "mano de obra" que, como un quehacer profesional, de ésta forma, algunas instituciones de salud no han afrontado el cambio de escenario para una práctica interprofesional que favorezca el crecimiento de la profesión". (Camos, op.cit.: 106).

Por otra parte, dado que episteme y poder vienen barajadas como una dupla, desde este marco de la comprensión de las relaciones de poder inherentes a la interacción entre individuos y grupos, ¿qué rol político asume la enfermería, y que respuestas contribuye a construir para sí y para los usuarios del sistema de salud a partir de su praxis? ¿Qué emerge como modalidad de actuación hegemónica y hegemonizante a partir del marco general hospitalario biomédico? Junto con Irigibel-Uriz (2008: 279) señalamos la persistencia de una reproducción de relaciones de poder, con base epistémica, al interior del sistema de salud, de la institución hospital como centralidad aglutinante de oferta de soluciones a problemas de salud y enfermedad, y al exterior como configurante del direccionamiento de la demanda de solución de esos problemas. Las líneas generales de la recomposición del plan de estudios coloca la lupa sobre dimensiones estructurales de la carrera

de licenciatura (cantidad de horas áulicas, de horas de prácticas hospitalarias, nivel académico del cuerpo docente, etc.), pero deja abierta la profundización o reformulación respecto de correspondencias entre enfoques biologicistas (dominantes en el sistema sanitario), socioantropológicos y bioecológicos, y contenidos y modalidades de formación de profesionales, deja abierta la discusión sobre si se reforzará la formación de fuerza de trabajo (más vinculado a la formación tradicional) o de profesionales universitarios (crítico de lo establecido).

Conclusiones

El conjunto de la dinámica de estas condiciones epistémico (biomedicina como matriz de percepción, nivel de formación auxiliar, profesional, licenciatura), institucionales (hospitales, centros de salud con lógica hospitalaria), culturales (preeminencia de lo patológico como vertebrador de temáticas vinculadas a la salud en la emisión en empresas mediáticas gráficas), políticas (profesionalización de auxiliares en marcos hospitalarios biomédicos) y de género (profesión ejercida en su mayoría por mujeres), este conjunto puede constituirse, a su vez, en condicionante de las modalidades de intervenciones de les enfermeres ante los problemas de salud sobre los cuales la población demanda solución. En suma, la Enfermería está atravesando positivamente un proceso de profesionalización, pero dentro de una trama biomédica como característica hegemónica del sistema de salud, y lo está haciendo en condiciones de trabajo que condicionan y probablemente empobrecen tanto el ejercicio y desarrollo de esa profesionalidad enfermera en construcción, como también el desarrollo de su propia episteme disciplinar.

Bibliografía

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), pp.11-35.

Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuadernos de antropología social*, (35), pp.99-120.

Camos, P. (2014). Representación social de enfermería en el siglo XXI. *Revista Borromeo*, (2014).

Colliere. (1993). *Promover la vida*. (2da edición). México: MC Gran-Hill interamericano.

Decreto Reglamentario 2497/1993. Disponible en: http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6623

Díaz Echenique, M. S.; Stimolo, M. I.; Caro, N. P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos Córdoba-Argentina. *Medicina y seguridad del trabajo*, *56* (218), pp.22-38.

Dushkin, A. (2014). El trabajo de enfermería: la percepción de las enfermeras y enfermeros de acerca de su profesión en Área Metropolitana de Buenos Aires.

Faccia, K. (2009). Estudio cualitativo y cuantitativo de la profesionalización de la enfermería desde una perspectiva antropológica. *Revista Argentina de Salud Pública*, *1*(1), pp-12-17.

Faccia, K. (2012). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955- 2011). En: Biernat, C; Cerdá JM; Ramacciotti, K. *La salud pública y la enfermería en la Argentina.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

Gómez Pérez, D.; Palacios Ceña, D. (2009). Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas.

Heredia, A. M.; Malvárez, S. M.; Borrell, R. M. (2002). Formar para transformar: experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina: 1990-2000.

Irigibel-Uriz, X. (2008). Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index de Enfermería*, *17*(4), pp.276-279.

Jacquier, N. (2011). Nociones de salud y enfermedad. En: *Enfermería Comunitaria: una contribución a la salud colectiva*. Posadas, Argentina: UNM (1era Edición), pp. 15-25.

Ley Nacional 24004, sobre Normas para el ejercicio de la enfermería. . Disponible en: http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5281

Malvárez, S. (2006). Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. *Enfermería Universitaria (México)*.

Medina, José Luis (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Editorial Laertes.

Menéndez, E. L. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (51), pp.17-22.

Moreno Leguizamón, C. J. (2006). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), pp.91-121.

Programa Nacional de Formación de Enfermería (Pronafe). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/jujuy_-_05-_enfermeria.pdf

Ramacciotti, K; Valobra, A. (2014). Feminización y profesionalización de la enfermería 1940- 1955. XIX y XX Seminario Reflexiones sobre la historia de la profesionalización y especialización sanitaria en América Latina, Santiago de Chile. En memoria académica. Disponible en: http:/ /www. memoria. fahce. unlp.edu.ar/ trab_eventso/ev.6544/ev.6544.pdf

Revuelta, G.; de Oliveira, J. M. (2008). La Salud y la biomedicina en la prensa diaria: un análisis de diez años. *Periodística: revista académica*, pp.55-67.

Reyes Luna, J.; Jara Concha, P.; Merino Escobar, J. M. (2007). Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería*, *13*(1), pp.45-57.

Saiz, C. P.; Markina, I. C.; Yarza, A. A.; López, M. R.; Eizaguirre, L. E. (2014). La divulgación de la información de salud: un reto entre sectores implicados. *Revista latina de comunicación social*, (69), pp.135-151.

Samaniego, C.; Cárcamo, S.; Frankel, D. (2011). La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo. *Hologramática*, *7*(14), pp.59-92.

Sancho Cantus, D.; Prieto Contreras, L. (2012). Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible? *Enfermería Global*, *11*(27), pp.292-298.

Troncoso, M. P.; Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta paul enferm*, *20*(4), pp-499-503.

Ynoub, Roxana (2015). Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica. Tomo I (s/d edición).

GRUPOS DE TRABAJO Nº 3

Articulaciones macro – micro en el estudio de las trayectorias de atención y cuidado de la salud

Diálogos, intersecciones y desafíos

Coordinadorxs
- Lorena Pasarin. Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada- LINEA (FCNyM-UNLP).
- Pamela Scanio, Instituto de Ciencias Antropológicas, Sección de Antropología Social (FFyL UBA).

Comentarista
- Mora Castro (UNAJ).

Activismos y despatologización de la experiencia trans

Diálogos entre lo global y lo local

MARÍA ALEJANDRA DELLACASA

De 'pacientes' a activistas

Las concepciones acerca de las identidades de género no normativas, sostenidas a lo largo de las últimas décadas desde posiciones teórico-activistas (Stone, 1991; Stryker, 1994; Stryker y Whittle, 2006, entre otros) se encuentran en consonancia con los discursos de un movimiento por la despatologización trans, que ha surgido recientemente y que cobra cada vez mayor popularidad. La creciente visibilización de usuarixs y afectadxs, así como la participación de diferentes colectivos LGBTTTI en el debate público acerca del derecho a la identidad y el acceso, tanto a la atención de la salud como a tecnologías de intervención corporal, dan cuenta de las porosas fronteras entre la biomedicina y la sociedad. Al mismo tiempo, esta cuestión permite dar cuenta del advenimiento de un proceso de expertización por parte de lxs usuarixs (Epstein, 1995; Pecheny et.al., 2012).

En términos más amplios el activismo de pacientes/usuarixs se ha hecho presente en la escena pública en los últimos años, tanto desde el punto de vista de las dinámicas de atención y cuidado, como en lo que respecta específicamente a la producción de conocimiento. Sos-

* UNCPBA, CONICET, Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales/ Instituto de Ciencias Antropológicas, UBA

tenemos que ello se enmarca en dos procesos más amplios que tienen que ver, por un lado, con el protagonismo que cobraron actores no científicos en la construcción de agenda (Jasanoff, 2004; Callon et.al., 2001), posibilitando instancias de hibridación de conocimientos. Por otro lado, la creciente visibilización que alcanzaron diferentes grupos de pacientes/usuarixs organizados colectivamente ha tendido a desdibujar las fronteras entre ciencia, política y sociedad.

En su trabajo, *Research 'in the wild', shaping new social identities*, Callon y Rabeharisoa (2003) refieren a nuevas formas de interacción entre tecnología y sociedad, en las que a partir de dinámicas de investigación biomédica cooperativas, los no científicos trabajan con los científicos para producir y promover el conocimiento[1]. En estas dinámicas los roles de médico y 'paciente' no son estáticos, ni se juegan de una vez y para siempre. Desde una relación de absoluto paternalismo hasta una actitud desafiante y de oposición radical hacia el abordaje biomédico, lxs usuarixs se debaten en un sin fin de puntos intermedios que acompañan el propio compás en la construcción experiencial y subjetiva del malestar.

En el llamado proceso de "expertización" de los pacientes/usuarios se torna crucial la ponderación de un saber que sólo lo otorga el hecho de haber atravesado o de estar atravesando una determinada experiencia. La "vivencia" se torna un aspecto insoslayable, único y subjetivo de los 'afectados'; al mismo tiempo, el hecho de comunicarse y organizarse con otrxs, el compartir saberes y experiencias dan lugar a instancias de construcción colectiva. Dichas cuestiones habilitan la puesta en circulación de un conjunto de saberes que tienen una modalidad de legitimación completamente diferenciada y que entran en 'diálogo' con los conocimientos y prácticas hegemónicas de la biomedicina; a partir de procesos tanto de apropiación y reproducción, como de disputa y cuestionamiento.

Tal como plantea Vessuri (2004) el proceso de hibridación de conocimientos combina conocimientos tecnocientíficos, con saberes tradicionales, empíricos, étnicos y locales. La categorización de legos y expertos en el campo de la salud, coloca a estos actores en dos lugares muy distantes: socialmente se ha definido a los ''expertos" como los especialistas de los distintos campos disciplinares que generan y producen saber científico (investigadores, profesionales de la salud, etc.), y como ''legos" en principio, se ha ubicado a usuarixs, pacientes y afectadxs. Al concebir el conocimiento como un producto social, asumimos el supuesto de que la 'co-producción' de cono-

1 Entre estas nuevas dinámicas de investigación co-gestionadas, uno de los principales antecedentes, es la Asociación Francesa contra la Myopathies.

cimiento existe realmente como un fenómeno, que es tanto proceso como resultado de la interacción entre la comunidad científica y la sociedad. Podemos hablar de un enriquecimiento mutuo entre los distintos saberes, pero no obviamente desde la competencia o la subsunción de uno sobre otro. Lo que demuestra por otro lado, que las formas de conocimiento no son intrínsecamente diferentes, ni es lícito pensarlas separadamente, más allá de una instancia analítica. Al mismo tiempo, resulta en vano trazar límites y concebir distinciones entre la ciencia y la sociedad: las maneras en las que conocemos y representamos el mundo resultan inseparables de los modos de vivir en él. El conocimiento y sus materializaciones, así como la tecnología, son a la vez producto del trabajo y constitutivos de las formas de vida social. "La coproducción es simétrica, en cuanto llama la atención sobre las dimensiones sociales de los compromisos cognitivos y comprensiones mientras que, al mismo tiempo, subraya los correlatos epistémicos y materiales de las formaciones sociales" (Jasanoff, 2011:29).

La mirada global: disputando categorizaciones hacia la despatologización

Entre los años '60 y '70 el dispositivo médico de la transexualidad se hallaba en plena transformación, para conseguir afianzarse a nivel mundial era necesario saldar una controversia en torno al proceso diagnóstico y al acceso a tecnologías de intervención corporal. 'La salida' que se dispuso para poner algún tipo de 'límite' a la creciente demanda vinculada a las intervenciones corporales, devino en la incorporación de otro campo de saber/poder: la psiquiatría. Para comprender los argumentos que han llevado a la construcción de la experiencia trans como un desorden psiquiátrico es necesario considerar el movimiento que condujo, a fines del siglo XX, a la psiquiatría a un cambio de paradigma. Ello se relaciona con la ruptura de la psiquiatría norteamericana con el psicoanálisis y la consecuente pérdida de hegemonía de éste; a partir de la incorporación, el diagnóstico y tratamiento de una serie de 'trastornos' y 'síndromes' que pasaron a definirse estrictamente como orgánicos. La 'transexualidad' no aparece como categoría diagnóstica en las primeras versiones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* -producido por la American Psychiatric Association- en las que sí se mencionan la homosexualidad y el travestismo dentro de los llamados 'Psychosexual Disorders'. La categoría 'transexualismo' se presenta por primera vez en 1980, en la tercera versión del DSM (APA), y en 1975 en la novena versión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), producida por la Organización Mundial de la Salud.

En los últimos diez años, se ha hecho público el debate en torno al derecho a la identidad de género y a las experiencias que exceden el binarismo y el cisexismo. Desde diferentes organizaciones, tanto a nivel global como a nivel local, las personas trans[2] se han presentado disputado modalidades diagnósticas, identidades jurídicas y tecnologías corporales, en el marco del acceso a una atención de la salud integral.

A nivel global, el movimiento Stop Trans Pathologization (STP) ha organizado diferentes actividades con el objetivo de impulsar acciones de despatologización trans[3]. Las primeras campañas surgieron de activistas españoles y a partir del año 2009 la plataforma virtual cobró relevancia internacional incorporando progresivamente más de 370 redes y organizaciones de los cinco continentes. En la Campaña SPT-2012, en coincidencia con el proceso de discusión y producción de la 5° versión del DSM, se han planteado marchas simultáneas en distintas partes del mundo con la consigna de eliminar definitivamente cualquier categorización biomédica; proponiendo a la vez, un nuevo modelo relacional entre profesionales, tecnologías y personas trans.

Ciertas transformaciones en las modalidades intercambio y redacción del DSM-5, a

partir de una dinámica de grupos de trabajo, dieron lugar a un movimiento de apertura en el debate más allá del ámbito 'experto' y de las fronteras de la psiquiatría, incluyendo a organizaciones y activistas[4] en la discusión. "Tenemos hoy una oportunidad histórica de intervenir críticamente en aquellos discursos médicos que regulan las vidas de las personas transgénero y transexuales. El DSM está siendo

---

2 Si bien el término transgénero es el más utilizado en el ámbito académico, en este trabajo utilizaremos el término trans que incluye a todas las personas cuyo sentido y autopercepción de la identidad de género difiere de la categoría asignada en el proceso biomédico de sexuación al nacer.

3 La categoría 'transexualismo' se incluye por primera vez en el DSM en 1980, en esa tercera versión se presenta el síndrome diferenciado y se ofrecen seis pautas diagnósticas. En las siguientes versiones (DSM-IV, 1994 y DSM-IV-TR, 2000) el término es reemplazado por el de Gender Identity Disorders (GID).

4 En su Declaración sobre el "Trastorno de Identidad de Género y el DSM 5", en mayo de 2008 (*Proposed Draft Revisions to DSM Disordes and Criteria*, http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx [Fecha de acceso: septiembre de 2012], la APA refiere particularmente a los debates, que han cobrado conocimiento público, vinculados al grupo de trabajo de los trastornos sexuales y de identidad de género. En relación a ello, manifiesta su intención de contemplar la sensibilidad y las necesidades de los médicos y 'sus pacientes'; para lo que propuso una dinámica de redacción 'colaborativa' que abre las oportunidades de revisar, hacer comentarios y agregar información en los documentos de trabajo a personas con diferentes posturas y formación académica.

revisado y esto implica que lo que está en juego ahora son los términos mismos con los cuáles las personas trans se presentan frente a las autoridades médicas y legales y a través de los cuales son interpretadas. En esta situación, las palabras importan de verdad" (Butler, 2010: 9).

De algún modo, estas intervenciones apuntan a una expropiación a la autoridad del monopolio y el poder establecido unilateralmente para "nombrar", que tradicionalmente se ha conservado en manos de los discursos médico y jurídico. A pesar de no haber logrado la eliminación definitiva de cualquier categorización, en la 5ta versión del DSM (APA; 2015), se ha adoptado un nuevo término: 'disforia de género', diferenciando dos tipos de disforia: con DSD y sin DSD (Disorders of Sex Development) en este sentido, por primera vez, se reconoce que personas intersex puedan identificarse como trans.

Una situación similar se ha dado en el proceso de redacción y publicación de la CIE, en el que la OMS[5] ha convocado a la asociación Global Action for Trans* Equality (GATE), coordinada por el reconocido académico y activista argentino Mauro Cabral. En un papel semejante al que ha jugado el movimiento STP respecto del DSM, el GATE se ha presentado negociando activamente el retiro de las categorizaciones en la versión actualizada de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, los resultados han sido un tanto desalentadores, evidenciando que aún resta muchísimo para alcanzar la definitiva despatologización. Las categorías que finalmente se adoptaron en la onceava versión son: 'Incongruencia de género en la adolescencia y la adultez' e 'Incongruencia de género en la infancia'[6]. Por primera vez, se ha logrado separar aquellas categorizaciones vinculadas con la transexualidad del capítulo referido a los trastornos mentales y de comportamiento, y presentarlas ubicadas en un nuevo apartado: "Condiciones relacionadas con la salud sexual".

En ambas instancias, la ampliación del debate a otrxs participantes (usuarixs, afectadxs, personas trans, activistas) supuso una intervención crítica en el proceso de revisión por parte de esos nuevos actores. A pesar de las marcadas desigualdades en torno a la forma-

---

5 La experiencia trans ingresa oficialmente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD en sus siglas en inglés) de la OMS en la novena versión de 1975, allí se presenta como 'transexualismo'. En la siguiente versión CIE-10 que data de 1989, continúa utilizándose el mismo término, sin presentar cambios.

6 En este sentido, una de las principales preocupaciones que manifiesta Cabral (2014) es la eliminación de la categorización de 'incongruencia de género' en la infancia, ya que patologiza la diversidad en la niñez, con las graves consecuencias que ello puede acarrear. Entrevista, Suplemento SOY Página/12, 17 de octubre de 2014. Disponible en: https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html (Consultado el 1/10/2018).

ción académica, la legitimidad que tienen los distintos discursos y el poder para influenciar la toma de decisiones, lxs activistas y usuarixs han desarrollado paulatinamente un conocimiento crítico, disputante de la autoridad y las categorizaciones biomédicas; desde su propia experiencia, en una relación singular con sus cuerpos y con el uso o no de tecnologías.

La paradoja de la despatologización y la desmedicalización

Plantear la mirada patologizante y el paternalismo médico como procesos unidireccionales que se 'imponen' sobre la voluntad de las personas trans que concurren a los espacios de atención, no basta para comprender los complejos procesos que estamos analizando. Una mirada 'desde arriba' tal como planteaba Thompson (2000), nos privaría de explorar la extraordinaria y contradictoria riqueza de las estrategias y las presiones que pueden ejercer pacientes/ usuarixs de tecnologías médicas.

Una perspectiva novedosa que proponemos recuperar para el análisis plantea articular las dinámicas de organización de usuarixs/ pacientes con las identidades y las formas de activismo socio-político (Novas, 2006; Epstein, 1995). En este sentido es interesante analizar la yuxtaposición entre el activismo vinculado a la identidad LGBTTTI y la lucha de las personas trans por el acceso, tanto a una atención de la salud no patologizante como a tecnologías de intervención corporal.

Las personas mediadas biotecnológicamente (Rose y Novas, 2003) establecen un cierto tipo de relación con sus cuerpos y con sí mismas, a veces recurren al lenguaje biomédico para describir aspectos de sus experiencias o de su identidad; a la vez que su corporalidad, su vida y su cotidianeidad se presentan atravesados por intervenciones (quirúrgicas, hormonales, estéticas, etc.) que las posicionan particularmente respecto de cómo podrían/deberían actuar y del tipo de vida al que podrían aspirar. Al analizar la medicalización de la sexualidad -diferenciado los conceptos de medicalización y patologización- inicialmente surgen aspectos negativos vinculados al riesgo de victimización y a que pueda presentarse la sexualidad descontextualizada y despolitizada (Pecheny y de la Dehesa, 2009). La perspectiva de la medicalización de la sexualidad como un aspecto puramente negativo y despolitizado, ya ha sido reformulada en otros términos y coincidimos en que también puede incluir dimensiones positivas (Rohden, Russo y Giammi, 2014). En este sentido, las tecnologías médicas aplicadas a la sexualidad promueven el surgimiento de nuevas subjetividades en la esfera del consumo y nuevas identidades mediadas por las intervenciones corporales. Así,

el emponderamiento de los sujetos en torno al acceso de información y la libre elección respecto al uso de dichas tecnologías, da cuenta de una perspectiva que permite pensar la medicalización y el uso de tecnologías como instancias que habilitan el derecho a la identidad y a una corporalidad autopercibida.

Algunas personas trans, a pesar de estar en desacuerdo con la patologización de su experiencia, concurren a las consultas médicas utilizando el diagnóstico como un medio, una estrategia, que les permite acceder a la atención de la salud y a distintas intervenciones corporales. En muchas partes del mundo el diagnóstico de 'disforia de género' continúa siendo la condición que habilita a las personas a acceder a una serie de recursos médicos y tecnológicos de forma gratuita.

Algunas posturas coinciden en el planteo de que sin el diagnóstico y la consecuente patologización de la experiencia trans, resultará cada vez más difícil pensar que la atención y las cirugías de reasignación, puedan continuar realizándose gratuitamente en servicios públicos. Este argumento resume una de las principales paradojas que atraviesa la medicalización de la experiencia trans en torno al diagnóstico. Al quitar la categorización del DSM caería la noción de patología, lo que por un lado, elevaría el nivel de autonomía y libre determinación de las personas, a la vez que contribuiría a terminar con la estigmatización. Pero, por otro lado, habilitaría a que la salud pública se desligara de la obligación de cubrir los costos de los tratamientos hormonales y de las cirugías de reasignación por no ser "medicamente necesarias", quedando restringido su acceso a aquellas personas que puedan pagarlos.

Tal como plantea Judith Butler (2009) el diagnóstico para algunos es una "bendición ambivalente, para otros una maldición ambigua". Puede funcionar como un elemento que favorezca la autonomía y el deseo de transformación corporal de las personas transexuales, como a la vez puede "asesinar el alma". Especialmente en niños y adolescentes, la fuerza patologizante del diagnóstico puede ser debilitante para quienes no tienen recursos críticos para resistirla. Las categorizaciones psiquiátricas "disforia de género" o "incongruencia de género", refuerzan la idea de que la persona es afectada por fuerzas que ella no comprende. A la vez, que reproduce el lenguaje de la corrección, la adaptación y la normalización, respecto del binarismo reinante.

El precio de usar el diagnóstico para conseguir lo que se quiere es el de que no se pueda usar el lenguaje para decir lo que realmente se piensa que sea verdad. Una persona paga por su libertad, por así decir, al sacrificar el derecho de usar el lenguaje para decir la verdad. En otras palabras, una forma de libertad sólo es obtenida al precio de renunciar a la otra (Butler, 2009:112).

La mirada local: la Ley de Identidad de Género en Argentina

Hasta hace poco tiempo en nuestro país, las personas que deseaban obtener un cambio de nombre y/o sexo en los registros documentales o someterse a intervenciones corporales debían solicitar autorización a la justicia mediante un recurso de amparo[7]; ya que no existía en el país una legislación específica acerca de la identidad de género que contemplara los derechos de las personas trans. En este sentido, iban conformándose en la práctica una serie de pasos, que generalmente se iban repitiendo ante cada nuevo 'caso' y que han funcionado como rutinas médico-jurídicas: solicitud de informes y pericias médico clínicas y médico-psiquiátricas, informe psicológico, tests, informe socioambiental, entrevista con el juez a cargo de la causa, entre los más destacados. Como puede observarse a través de una lectura histórica[8], tanto los argumentos esgrimidos por parte de los jueces, como los resultados de las sentencias fueron incorporando nuevas perspectivas y en algunos casos dieron visibilidad a situaciones que, de hecho, se daban en la práctica.

Las demandas hacia el Estado que venían presentando en los últimos veinte años, diferentes colectivos LGBTTTI fueron ingresando en la agenda política y comenzaron a tener respuesta. En Argentina la sanción de la ley 26.743 (2012), conocida como Ley de Identidad de Género, constituye un caso paradigmático a nivel mundial en tanto garantiza a las personas que lo soliciten el acceso a una adecuación corporal de acuerdo al género autopercibido, mediante intervenciones quirúrgicas parciales o totales y terapias hormonales; sin requerir evaluación diagnóstica, ni autorización judicial previa. A través de dicha legislación, el Estado argentino reivindica el derecho a la identidad de género en dos sentidos: en términos jurídicos al autorizar el cambio de nombre y sexo en los registros oficiales y en vinculación al campo biomédico -para aquellas personas que lo requieran- a partir de proveer acceso gratuito a una atención de la salud integral, incluidas in-

---

7 La ley 17.132 sobre Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración, sancionada en 1967, en su artículo 69, inciso 4 establece: Artículo19: Los profesionales que ejerzan la medicina, están sin prejuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes obligados a: 4) No llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial.

8 En mi tesis de Maestría: *Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas tran*s (2013) desarrollo un profundo análisis de fallos judiciales como fuentes etnográficas correspondientes a un período previo a la sanción de la Ley, 1989-2011.

tervenciones quirúrgicas y hormonales[9]. El Estado se presenta como garante del derecho a una identidad, cuya "verdad" ya no está anclada en el sexo genital y en el plano biológico, sino que se encuentra radicada en lo más profundo de la intimidad de las personas. El concepto de autopercepción que menciona el texto de la Ley se vincula con la idea de realización personal, en este sentido, el reconocimiento que se expresa de la diversidad se refleja en la capacidad de autonomía de los sujetos para la toma de decisiones y el acceso a intervenciones corporales. El paradigma inaugurado por la legislación argentina ofrece una salida a la paradoja planteada anteriormente entre medicalización y patologización,

En nuestro país, el proceso de organización y debate previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, así como todas las dinámicas vinculadas a la reglamentación y a la efectiva implementación en hospitales públicos, movilizó enormemente a las personas trans y a las distintas organizaciones de lucha por los derechos. Las principales organizaciones impulsoras de la Ley fueron el Frente Nacional por la Ley de Identidad de género (FNLID)[10] y la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FAGBLT). En este sentido, hacemos referencia a un proceso de colectivización de las experiencias y de politización de las identidades sexuales. Si bien, tal como mostramos, inicialmente el lenguaje biomédico y la emergencia de nuevas categorías diagnósticas promovieron una mirada patologizante de la experiencia trans. No es menos cierto, que la paulatina y crecientemente conformación de espacios colectivos de intercambio, organización y lucha para las personas trans, les han aportado- y lo siguen haciendo- un marco de pertenencia grupal; brindando innumerables y valiosas herramientas para la participación y el empoderamiento en la lucha por sus derechos, modelando y politizando dicha subjetividad. En este sentido, podemos identificar un tránsito entre una situación individual y despolitizada, a una instancia posterior de creciente politización en el marco de una experiencia colectiva más abarcativa.

---

9 Además, la nueva Ley reconoce los tratamientos hormonales y las cirugías de reasignación dentro del Programa Médico Obligatorio, lo que garantiza la gratuidad de las intervenciones en los hospitales públicos, a la vez que la cobertura de esas prestaciones por parte de obras sociales y prepagas.

10 El frente está conformado por A.L.I.T.T., Cooperativa "Nadia Echazú", Hombres Trans Argentinos, Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación, Futuro Trans, Encuentro por la Diversidad (Córdoba), MISER, Antroposex, Viudas de Perlongher, Jóvenes por la Diversidad, Escénika Arte y Diversidad, Cero en Conducta (Santiago del Estero), ADISTAR-Salta, Comunidad Homosexual Argentina, Apid, Crisálida (Tucumán), AMMAR Córdoba, y activistas independientes. Ver http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com.ar

Durante el proceso de discusión de los diferentes proyectos y la efectiva sanción de la Ley, también se inició un fenómeno de mediatización de la experiencia trans, el tema de la identidad de género, la diversidad, la atención de la salud y el acceso a tecnologías corporales se instaló en la sociedad y en la agenda política del gobierno y de las organizaciones LGBTTTI del país. A partir del año 2015 (en que efectivamente se reglamentó la Ley) se implementaron una serie de estrategias tendientes a garantizar el acceso a una salud integral y de calidad para las personas LGBTTTI. Tanto la Línea de diversidad del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, como la Coordinación Nacional de Diversidad Sexual y la Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y Tuberculosis, dependientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social han trabajado coordinadamente con distintos colectivos de activistas y organizaciones de la sociedad civil. Los principales resultados de dichas acciones han sido las capacitaciones brindadas a equipos de salud, el incremento de los consultorios amigables para la diversidad en distintos puntos del país, la compra de fármacos para garantizar las terapias de reemplazo hormonal y la publicación de una guía de atención que han sido adoptada como protocolo "oficial" por distintos profesionales[11]. Ésta resulta una reelaboración y se desprende del manual de atención producido inicialmente por una organización activista[12].

Identificamos una paulatina transformación de la lógica de producción de conocimientos y de categorías, así como del funcionamiento de éstas como condicionantes para el reconocimiento del derecho a la atención de la salud y el acceso a tecnologías de intervención corporal, mediadas por el saber biomédico. En este sentido, las definiciones diagnósticas, las intervenciones tecnológicas y las prácticas de atención comienzan a incluir no sólo a los profesionales de la salud (médicos clínicos, urólogos, cirujanos, psiquiatras, entre las principales especialidades médicas implicadas); sino también a las personas que demandan atención y que son portadoras de una serie de capacidades, experiencias y saberes acerca de lo que ellas mismas experimentan y desean, reconociéndole de este modo 'su parte' en la responsabilidad respecto de la deconstrucción de categorías diagnósticas, de la toma de decisiones y las elecciones respecto de las intervenciones corporales (Dellacasa, 2018).

---

11 *Atención de la salud integral para personas trans. Guía para equipos de salud* (2015), Ministerio de Salud de la Nación.

12 *Aportes para pensar la salud de las personas Trans*, producida y editada por el Colectivo Capicüa Diversidad (2014)

Reflexiones finales

Entendemos que la experiencia trans no es un estado físico, ni psicológico, es parte de un complejo proceso social. En este proceso, la dimensión temporal es fundamental, pero también las relaciones sociales que se articulan de modo específico: la producción de un rol social, una subjetividad y un modo particular de relacionarse con el cuerpo. En este caso, el rol social, la subjetividad y la relación con el cuerpo son, a la vez, producto de prácticas cotidianas de interacción con los profesionales de la salud, el conocimiento biomédico, las instituciones sanitarias, con otras personas trans; y producto de la incorporación/resistencia de discursos expertos y legos, particularmente del discurso estigmatizante (Dellacasa, 2017).

Alrededor de los procesos de atención se expresa también la agencialidad del sujeto, su capacidad de integrar, en el despliegue de estrategias, diferentes expectativas y prioridades, o de gestionar los conflictos entre diferentes economías morales (Thompson, 2000). Los procesos de atención y las opciones terapéuticas se insertan de forma compleja en las estrategias sociales del sujeto, en su vida, y se capilarizan en el modo en que se constituye su *self*, en el seno de sus relaciones sociales y en la relación con su cuerpo y con los profesionales.

Pretendemos dar cuenta de ciertos procesos que identificamos como 'de apertura' y que han tenido lugar en diferentes escenarios en los que se produce conocimiento 'experto' -tanto en el campo biomédico, como en el campo jurídico y el de las políticas públicas- respecto de la experiencia y de las personas trans. Así, identificamos instancias en las que los propios sujetos comienzan a visibilizarse y a tener voz propia; plantean sus posturas, se organizan, negocian los espacios de enunciación y circulación del conocimiento, dando lugar a dinámicas de co-producción, entre legos y expertos; a la vez que habilitan un proceso tendiente a la democratización del acceso y uso de las tecnologías biomédicas.

Sostenemos, que en lo que respecta a la construcción de categorías diagnósticas para personas trans, dichos sucesos ponen de manifiesto una ruptura en torno a las lógicas tradicionales de producción de conocimiento. Personas trans y colectivos militantes se han hecho presentes en la escena política disputando la producción de categorías diagnósticas, cuestionando el punto de vista de los expertos y reclamando voz propia, para negociar nomenclaturas e intervenir en la toma de decisiones sin la tutela de la ciencia. En este sentido, puede plantearse un proceso de apertura respecto de quiénes son las voces 'autorizadas'; reconfigurando las posiciones de experticia (Epstein, 1995) y tensionando la clásica dicotomía experto/lego. A partir de un proceso de negociación de los espacios de

enunciación, los sujetos-colectivos empoderados luchan por la construcción de una identidad política activa no patologizante, por otros modelos posibles de atención de la salud a la vez que, por un acceso a las tecnologías más democrático.

Bibliografía

APA. (1980). *Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM-III).

APA. (2013). *Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM-5).

Butler, J. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 (1), pp. 95-126.

Butler, J. (2010). Prólogo. Sexualidad, transformaciones. En M. Missé, y G. Coll Plans (eds.) *El género desordenado*. Barcelona, España: Egales.

Callon, M., Lascoumes, P. & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain*. Paris, Francia: Éditions du Seuil.

Callon, M. & Rabeharisoa, V. (2003). Research "in the wild" and the shaping of new social identities. *Technology in society*, 25, pp.193-204.

Dellacasa, M. A. (2017). Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad. Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades. *Psicoperspectivas,* 16(3), pp.18- 28.

Dellacasa, M. A. (2018). *Categorizaciones, dispositivos y prácticas de intervención tecnológica en la 'transexualidad'. Un análisis desde la antropología de la ciencia: Entre lo global y lo local* (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

Epstein, S. (1995). The construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values*, 20(4), 408-437.

Jasanoff, S. (2004). *States of knowledge. The co-production of science and social order.* Londres: Routledge.

Jasanoff, S. (2011). Momentos constitucionales en el gobierno de la ciencia y la tecnología. En T. Pérez Bustos y M. Lozano Borda (Eds.) *Ciencia, Tecnología y Democracia*. Medellín, Colombia: Colciencias, Universida EAFIT.

Ley de Identidad de Género N° 26.743– N° 32.404, 24 de mayo de 2012. Boletín Oficial de la República Argentina.

Novas, C. (2006). The Political Economy of Hope: Patient´s Organizations, Science and Biovalue. *BioSocieties* 1, pp. 289-305.

OMS. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud*, onceava versión. (CIE-11).

Pecheny, M. y De La Dehesa, R. (2009) Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión". Trabajo presentado en *Diálogo Latinoamericano sobre Sexualidade e Geopolítica*, Rio de Janeiro, Brasil.

Pecheny, M., Manzelli, H. y Jones, D. (2012) *Vida cotidiana con VIH-SIDA y/o Hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. Serie Seminarios. Salud y Política Pública*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.

Rose, N. & Novas, C. (2003) Biological Citizenship. In A. Ong A & Collier, S. (Eds.). *Blackwell Companion to Global Anthropology*. Oxford: Blackwell.

Russo, J.; Rodhen, F. y Giami, A. (2014). Novas tecnologias da intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 17, pp. 10-29.

Stone, S. (1991). The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto. In K. Straub & J. Epstein (eds.) *Body Guards: The Cultural Politics of Sexual Ambiguity*. New York, EEUU: Routledge.

Stryker, S. (1994). My words to Víctor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, 1(3), pp. 237-254.

Stryker, S. & Whittle, S. (Eds.). (2006). *The Transgender Studies Reader (Vol. 1)*. New York, EEUU: Routledge.

Thompson, E. (2000). *Costumbres en común. Estudios en la cultura popular tradicional.* Barcelona, España: Crítica.

Vessuri, H. (2004). La hibridación del conocimiento. La tecnociencia y los conocimientos locales a la búsqueda del desarrollo sustentable. *Convergencia*, 11 (35), pp. 171-191.

Hemodiálisis, subjetividad y sufrimiento social

ÁLVARO DARDO FLORES*

Introducción

Esta ponencia forma parte de una investigación que tiene como objetivo principal indagar en cómo construye la enfermedad renal crónica terminal y su padecimiento el personal profesional que se desempeña en el centro de hemodiálisis de la ciudad de Azul. En este marco, y para esta ponencia en particular, mostraremos algunos resultados del análisis interpretativo de algunos registros etnográficos para dar cuenta de cómo opera el proceso performativo en el contexto mismo de la atención (el proceso de hemodiálisis) en los diferentes roles (pacientes, técnicos/enfermeros y médicos), qué papel comunicativo ejerce el cuerpo del Otro en esta dinámica relacional y cómo es significado y gestionado el Deseo en el caso específico de los pacientes terminales y el personal médico. Los Datos desde los que se parte para el análisis son los registros de diez observaciones participantes realizadas en la sala de diálisis durante el tratamiento y una entrevista en profundidad confeccionada a la profesional médica que se desempeña al frente de la dirección en el Centro Nefrológico de Azul desde hace más de 5 años. Todos los datos obtenidos, a lo largo del 2017, se

* Nures - Departamento de Antropología Social, Facso–Unicen), Marcelo Sarlingo (Nures - Departamento de Antropología Social, Facso–Unicen.

obtuvieron en el marco de la realización de actividades de Extensión Universitaria con un grupo de estudiantes de las carreras de Medicina y Antropología. Es importante aclarar que partimos de considerar a la enfermedad como una construcción social sujeta a significaciones directamente relacionadas a las disputas sociopolíticas, económicas y culturales que encuentran en las performances la encarnación, donde tanto pacientes como personal del servicio de asistencia, tensionan modelan y reflejan los sentidos que suponen ser paciente/enfermo, ser enfermero y ser médico. En función de éstas dinámicas se configuran negociaciones y flujos de poder dentro de la institución, disputas por el sentido que no en todas las oportunidades responde a lógicas hegemónicas directamente relacionadas con el saber biomédico y constituyen líneas de fuga semióticas.

De performatividad y enfermedad crónica

Por cuestiones de extensión, no podremos desarrollar en detalle los lineamientos de la teoría de performatividad que adoptamos y desde la que construimos. Pero sí podemos dar una breve descripción del programa y explicitar algunas consideraciones para la comprensión de algunos de los desarrollos que se exponen en este trabajo.

Inicialmente diremos que nos situamos dentro de la línea teórica de la performatividad, entendiéndola como lo hace Judith Butler. La autora norteamericana construye su teoría descriptivo explicativa partiendo de una serie de supuestos que se comparten, páginas arriba, en éste trabajo. Para Butler lo humano es existencia corporal, contingencia moldeada por el lenguaje y la comunicación que operan como constructores de parámetros histórico-político-culturales de estabilidad, parámetros que definen los sentidos (relaciones entre palabras y cosas) e identifican los objetos y campos sociales: lo bueno, lo malo, el sexo, lo masculino y femenino, lo normal y lo patológico (Butler, 2002; 2007). Es importante resaltar que el carácter contingente da cuenta de que lo humano es permanente devenir, construcción en movimiento o, mejor dicho, producción y reproducción que no se detienen porque en cada acción se dan las dos al mismo tiempo. Esta acción de producción y reproducción tiene características histórico-políticas donde se construyen las relaciones de hegemonía-subalternidad. La performatividad es la lógica del proceso de reproducción de normas y estructuras sociales que se ancla en la repetición, pero a su vez, es plausible de iterabilidad que permite al sujeto agenciar entre las repeticiones, pudiendo alterarlas. En palabras de Butler:

> Por tanto, en el primer caso, la performatividad del género [*en este caso la autora refiere a la construcción del género*] gira en torno a esta meta-

> lepsis, la forma en que la anticipación de una esencia provista de género origina lo que plantea como exterior a sí misma. En el segundo, la performatividad no es un acto único, sino una repetición y un ritual que consigue su efecto a través de su naturalización en el contexto de un cuerpo, entendido, hasta cierto punto, como una duración temporal sostenida culturalmente. (Butler, 2007: 17).

En nuestro trabajo, como método de conocimiento, extrapolamos la noción de performatividad del género, al fenómeno de la enfermedad. Debemos dejar en claro que como insiste la autora, adoptamos la noción de performatividad considerando como performativas a todas las acciones humanas por considerarlas inmersas en estructuras históricas que les dan sentido: "La performatividad debe entenderse, no como un "acto" singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra." (Butler, 2002: 18) y recordando que la materialidad de una realidad (en el caso de Butler, los genitales del cuerpo y su correspondencia con el género) está sujeta a su producción performativa (ibíd.). Lo que *es*, es en la medida que *es hecho* por el proceso performativo de la dinámica social, y como es producido en su reproducción, es debido a que su inexistencia, también posible, es intrínseca a su producción sedimentaria que es reproducción ("iterabilidad") (Ibíd.: 29). De ésta manera, el lenguaje y la comunicación son acciones, discursos que reproducen sentidos tanto como lo son las acciones corporales, formas de vestir, etc. En el caso de la enfermedad es igual, existen estructuras semióticas que definen lo desviado (Friedson, 1978), cómo actuar y las instituciones que se ocuparán de su tratamiento (Menéndez, 1994).

En la enfermedad crónica, el proceso se ve intensificado por su carácter repetitivo y recursivo. La enfermedad crónica es aquella que no puede ser curada por el sistema biomédico y se hace presente a lo largo o en amplios periodos temporales de la vida del sujeto. La persona vive sometida a continuo tratamiento de la patología y no puede evadirla dado que su continuidad orgánica depende de ella. Cuanto más tiempo pasa con ella, más tiempo tiene de reinterpretar sus síntomas y su tratamiento (Fitzpatrick, 1990). El padecimiento se carga de significado y la experiencia de vivir la enfermedad se transforma en un todo, unificándose la enfermedad y la vida (Kleinman y otros, 1992).

De esta manera, el tratamiento de hemodiálisis como construcción semiótica, se inscribe y reproduce en los sistemas simbólicos de todos los que participan en el tratamiento. La rutina "conecta" a todos los participantes a las mangueras, puertas, sillones, dietas, obras sociales, pagos que no se cumplen y máquinas hemodializadoras, sean éstos médicos, enfermeros-técnicos, pacientes o, como en nuestro caso, vo-

luntarios universitarios. Bajo términos como "rutina", "repetición" o "todos los días" (cuando no son todos los días, pacientes, enfermeros y médicos suelen alternar turnos de días por medio) se manifiesta la intensidad de las afectaciones performativas y el encuentro con el Otro. Los profesionales médicos lo viven con mucha carga emotiva:

> Y bueno [inspira] después está el trabajo de diálisis que es el más sistemático de todas las tareas que uno hace dentro del centro, (…) porque es el más rutinario, es el más demandante del punto de vista social que te decía, porque son pacientes con muchas dificultades y uno por ahí ataja esas problemáticas que por ahí no tienen que ver con lo médico, em [duda] y también es bastante rutinario porque todos los meses está el laboratorio, todos los meses hay que hacer las indicaciones [tono de voz que expresa rutina y cansancio], todos los meses hay que ver la eficacia de la diálisis en todos los pacientes (…), es por ahí más rutinario pero tiene cosas que pueden llegar a surgir… (Entrevista a médica encargada del Centro de Hemodiálisis, 05-2017).

En la cita, son claras dos cosas: primero, y como lo observamos en cada intervención, el campo del tratamiento de hemodiálisis tiene flujos de significación y performances para el que observa de afuera; estructuras reiterativas y sistemáticas que se incorporan a pesar de negar el cuerpo (en los discursos sobre lo reiterativo de la intervención, tanto médicos como pacientes, encuentran poco soportable o tolerable la intensidad de la afectación. Se puede ver claramente en la pausa e inspiración de la entrevistada). Los médicos y enfermeros-técnicos se visten, se mueven y se disponen de forma diferente a los pacientes. Las dinámicas son claras y los elementos que garantizan la distinción de roles aparecen explícitamente implícitas: Lo médicos y enfermeros visten guardapolvos u ambos, portan estetoscopios y realizan las tareas que conciernen a tomar los signos vitales de cada paciente en tratamiento al entrar, los pesan, los ayudan a sentarse/recostarse en los sillones donde estarán durante el tratamiento y realizan uno de los procedimientos más críticos que es injertar los catéteres a los accesos venosos que los pacientes tienen en el brazo. Los pacientes, cumplen con el guion de manera similar; entran al centro, saludan, esperan, se pesan, se les toma la tensión y a continuación, se sientan en los sillones donde se conectan por mangueras a el dispositivo mecánico que intercambia la sangre. En este punto, el sistema simbólico del centro de diálisis opera coherentemente de acuerdo a los protocolos hegemónicos y se refleja en la correcta disposición de los cuerpos y las intensidades.

Pero lo segundo que se desprende de la cita anterior es quizás lo más interesante. Lejos de repetirse una y otra vez de manera homo-

génea, las performances producen fugas, iterabilidad, exponiendo el carácter de simulacro de las construcciones (Deleuze, 2002). ¿Y qué quiero significar con el término simulacro? Como lo afirma Deleuze, el sentido no es absoluto si no que depende de la intensidad de producción, de las características significativas de la repetición.

Como mencionamos antes, la cronicidad de la enfermedad propone un estado permanente y prolongado de enfermedad. En estas dinámicas es frecuente que el código no sea compartido y emerja el deseo no objetivado como disruptor del discurso dominante. En la cita, es claro como la médica entrevistada ve como ajena a su labor médica las problemáticas sociales de los pacientes. Esto indica que el sentido respecto a lo que hace el médico y lo que debe hacer el paciente es otro: subyace la idea de que el médico no se debe encargar de éstas problemáticas dado que no son su campo y que el paciente, no tiene por qué traer a la consulta médica éste tipo de problemáticas. Esta cuestión no se agota aquí, si no que por lo contrario y a pesar de contradecir los discursos performativos hegemónicos establecidos como marcos significacionales de la relación médico-paciente, la médica actúa de otra manera: contiene, aborda y acompaña la demanda o problemática del paciente.

El cuerpo y deseo del Otro en la enfermedad como acontecimiento disruptor del sentido objetivado

Cuando a fines del 2016 armamos el Proyecto de Voluntariado Universitario para concurrir al Centro de Diálisis de Azul, muchos nos preguntaron si era posible eso. Inicialmente, implica muchos obstáculos dado que el trabajo se tiene que realizar en salas donde el cuidado de bioseguridad es extremo (entramos vestidos de ambo, con cofias y cubre zapatos) y los pacientes que realizan el tratamiento, aparte de estar limitados en su movimiento, se encuentran en una situación de extremo cuidado puesto que, al estar conectados a la hemodializadora, son propensos a agitarse, tener alguna molestia corporal, y hasta hipotensarse y entrar en paro cardíaco. Gracias a la experiencia de Victoria Assinato y la colaboración del centro de hemodiálisis de la ciudad de Azul, precedido por los doctores Cecilia Perli y Hugo De Palma, quienes nos abrieron las puertas del centro y hoy, un año después, nos siguen recibiendo en la institución. Y alguien puede preguntar ¿Qué relación tiene esto con los temas que se vienen trabajando en ésta ponencia? Pues las vinculaciones son estrechas y ahora explicaremos por qué.

Para entender la función del deseo en la comunicación y reproducción de las estructuras significacionales, nosotros nos paramos en los aportes de la filosofía del devenir y lo múltiple. El programa

(que tiene formulaciones etnológicas explícitas y que comparte supuestos como los de cuerpo existencial, contingencia y devenir-repetición presentes en las formulaciones de Butler) de Deleuze y Guattari parte de concebir a los humanos como una máquina más entre máquinas[13], todas interconectadas en el mundo por flujos de movimientos, sean de materia o símbolos (Deleuze y Guattari, 2012). Lo que distingue a los humanos del resto de las máquinas componentes del sistema planetario es su capacidad creadora por el símbolo. Esta capacidad está inscrita en la naturaleza misma del cuerpo social, tiene un carácter inconsciente y es el Deseo su motor pulsivo, encarnado. Los autores atribuyen al Deseo las características de un motor existencial que potencia y moviliza todos los procesos de significación e inscripción simbólica de la realidad (Ibíd.) adquiriendo un papel similar al de la imaginación radical presente en la obra de Cornelius Castoriadis (1976).

Cuando la entrevistada afirma que lo más demandante de su trabajo es el convivir con las problemáticas sociales, ese movimiento de sentido, ese desplazamiento, denota la presencia de discursos hegemónicos respecto de "a lo que debe dedicarse un médico", discurso que se reproduce en las carreras universitarias de medicina y al que ella debe ajustarse para "ser médica". Sin embargo, y como advertimos anteriormente, lo interesante emerge de la dinámica existencial misma, del encuentro situado, territorial, entre los cuerpos y el deseo del Otro, que altera la reproducción del código, rompe con la codificación y ahí, su carácter disruptivo. Éste fenómeno frecuente marca un antes y un después en el paciente y por afectación, en el médico. Por causas que excederían éste trabajo, es recurrente que el personal que se desempeña en salud encuentre al paciente "de hoy", distinto del "de antes". Como se ve en el campo, el de antes era un paciente más sumiso, menos empoderado y menos contestatario. El paciente de hoy es todo lo contrario: más exigente, contestatario y, hasta por momentos, agresivo. Respecto de esto, menciona uno de los casos que más la afectaron en éste sentido y comenta:

> Sí, después está el caso de éste chico… [comenta el caso donde un paciente los difamó en foros públicos] …cuando uno trata de hacer lo mejor para los pacientes… o sea… ese tipo de cosas te hacen decir "¿Yo para qué me estoy dedicando a esto?!" pero después no, sobre todo en esas situaciones, en las que vos decís "Estoy dejando gran parte de mi vida en darles el mejor tratamiento que considero posible y por ahí recibís del otro lado una

13 Lejos de caer en un mecanicismo, los autores escriben desde una ontología de lo múltiple, donde las diferencias entre materia e idea no existe. Todo lo que compone el universo son cuerpos, siguiendo la tradición spinosiana.

> cachetada" Es… por ahí cuando quieres… [aludiendo a dejar el trabajo] (Entrevista a médica encargada del Centro de Hemodiálisis, 05-2017).

El médico se ve hoy, contrariado y desorientado: por un lado, el guión de lo que es "ser paciente" ha cambiado y casi nada tiene que ver con ese significado literal de la palabra, ya no se ajusta al guion de lo que significa "ser médico". Los discursos y las performances son otras. Los médicos y enfermeros ya construyen otros modelos, interpretando las performances, de lo que es ser paciente hoy:

> Hay distintos tipos de pacientes... está el que se lee todo en internet y viene y te dice -Este filtro es muy chico, poneme otro filtro- y te guía el tratamiento él por más que uno hace el tratamiento que le parece que está bien y bueno, también hay pacientes que te vienen enojados... hay como distintos tipos de pacientes que están en todos los centros de diálisis están los mismos… (Entrevista a médica encargada del Centro de Hemodiálisis, 05-2017).

A pesar de esto, por encima, las estructuras objetivas que determinan su papel dentro del sistema de salud le imponen otro tipo de mensajes: los de la precarización de las condiciones de trabajo, los del desfinanciamiento y no pago de los insumos para su desempeño profesional, los de la instrumentalización y reducción a números de los pacientes, los del control y economía del tiempo y los recursos, los del ajuste. En este sentido, se percibe que la disrupción, ruptura y adecuación obligada de los médicos, en su discurso existencial, en sus performances frente a uno y a otros, desintegra paulatinamente sus marcos de significación, tironeado por un lado para tratar y contener, y por el otro, para desligarse y abandonar. En éste punto, se observa la afirmación de que el capitalismo, con sus codificaciones contradictorias, genera esquizofrenia en los sujetos (Deleuze y Guattari, 2012).

De todas maneras, estas disrupciones, estos cambios performativos acontecidos frente a la emergencia de nuevos sentidos directamente relacionados al movimiento que imprime la práctica (en el sentido de Bourdieu) vinculada a los cuerpos, generan nuevas configuraciones. Y como estos fenómenos producen rupturas, no todas son negativas desde el punto de vista humano (según los sistemas de valores de los entrevistados). Uno de los acontecimientos que se suceden en éste encuentro de cuerpos, las afectaciones de uno y de otro permiten, a pesar de no haberse formado en conocimientos sociales, que se aprehendan, que se incorporen saberes y sensibilidades frente a éstos aspectos de la vida de los pacientes que desde el discurso hegemónico no son pertinentes a los médicos:

> Explicarles muchas veces a los pacientes lo que tiene que hacer… bueno, depende mucho del nivel cultural obviamente, pero sí, es complejo, es complejo… porque a veces no sabes si cumple con la indicación que vos le das… por ahí terminas llamándolo todos los días a ver si está haciendo las cosas bien después… (Entrevista a médica encargada del Centro de Hemodiálisis, 05-2017).

Hay un reconocimiento explícito de que el trabajo junto al Otro (la palabra *experiencia* aparece mucho en las entrevistas y diálogos) ha permitido flexibilizar el trato e incorporar la subjetividad del Otro al desempeño médico, y reconocen que la imposición, aparte del choque emotivo que produce, no beneficia al tratamiento biomédico mismo de la enfermedad:

> Yo creo que un permitido... yo soy cuando le indico una dieta al paciente no soy de "cúmplala a rajatabla, no puede comer nada" no... porque por lo general es contraproducente... yo digo, un permitido, de vez en cuando, chiquitito, con cuidado... si va a un evento y quiere comer un sanguchito de miga, cómase el sanguchito de miga, pero después vuelva a la casa y hace la dieta. Por lo general no soy de sacarles todo de golpe... se enojan más todavía de lo que ya están.

De Deseos en Médicos y Pacientes

Para no exceder el espacio sugerido para ésta ponencia, realizaremos un breve comentario respecto al deseo y posteriormente desarrollaremos algunas observaciones en función de los datos de los protagonistas. Seguramente no lleguemos a desarrollar plenamente los sentidos planificados en el inicio, pero estamos confiados que la idea del programa de trabajo que venimos desarrollando va quedando expuesta.

Como quedó evidenciado en los fragmentos de la entrevista, son visibles las construcciones semióticas vinculadas al deseo. En éste punto, debemos aclarar que para Deleuze y Guattari, el deseo tiene dos sentidos: uno, el sentido antes expuesto, como motor de significación, "principio inmanente" (2012: 14) y otro, el sentido que alude al deseo domesticado, codificado por estructuras significacionales de poder. Para los autores el deseo, característica intrínseca a la existencia corporal, es tal en la medida que se constituye frente a otro deseo, otro movimiento que describe flujo (Ibíd.). Sin complejizar el planteo, lo interesante es descubrir en éste aspecto, las rupturas a los discursos que imponen estructuras dominantes y que se manifiestan en iterabilidades, mínimas (propiedad de las mismas), pero suficientes como para producir y describir nuevas intensidades, relaciones y estados de ánimo en los protagonistas. Un ejemplo claro de esto es el trabajo

de Ejercicio Intradiálisis que venimos sosteniendo y del cual, algunos detalles, dimos cuenta.

Cuando empezamos con el trabajo junto a los pacientes y personal sanitario del Centro, el sentimiento en las dos primeras intervenciones, era el de ser de otro lugar, de no saber cómo y qué hacer. Sentimiento que se hacía evidente en nuestro silencio y movimientos torpes por los espacios. Los pacientes y enfermeros también nos miraban de manera inquisitoria, preguntando en ese mismo acto ¿qué vienen a hacer éstos?[14] A medida que fuimos estableciendo relaciones, charlas, diálogos varios y contacto corporal atendiendo a cuidar los movimientos que algunos pacientes realizaban con pesas, pelotitas y otro tipo de material propio de la actividad, la aptitud de ellos y nosotros cambió. Se construyeron nuevos discursos acerca de lo que debíamos hacer, y eso discursos, constituyeron estructura para seguir con el trabajo. La risa, el chiste, el absurdo, las miradas cómplices y hasta la cargada, se constituyeron en vías de escape, sentidos en fuga que, desde un modelo hegemónico, no son habilitados o no interesan. Un indicador de esto es el hecho de que ninguna obra social en el país, cubre el servicio de "ejercicio intradiálisis" u otro tipo de intervención (artística-musical) similar.

Así, desarrollando ésta práctica, fuimos desplegando performances poco habituales en ese contexto. Al producir emovimiento simbólico en el lugar, pudimos recibir de parte de los Otros, léase médicos, enfermeros y pacientes, otro tipo de discursos. Éstos, los implicó como sujetos con anhelos, historia y sentimientos. Hay varios ejemplos que podemos citar, pero consideramos que algunos son de destacar:

> A la tercera intervención, en el turno de los miércoles a la tarde, toda una sala (6 pacientes y una enfermera) nos esperaba. A nuestra llegada, los que estaban durmiendo se despertaban, se encendían las luces de la sala, y todos iniciaban un relato de cómo estaban, cómo se sentían, si iban a hacer ejercicio o no y por qué. (Nota de campo, cuaderno 2, trabajo en proyecto de extensión universitaria, abril 2018).

Todas éstas actividades se desempeñaron trastocando los parámetros significacionales de lo que se considera "ser médico/enfermero" y "ser paciente" desde un sentido hegemónico (Como lo define Menéndez, 1994).

Para el equipo, también fue muy importante el apoyo recibido ocho meses después del inicio de la actividad, por el director del Cen-

---

14 En una de las observaciones, esto emerge de la voz de una de las enfermeras-tecnicas del centro. Ella se acerca al docente coordinador del grupo de estudiantes y le manifiesta "No se supone que ustedes tienen que estar anotando algo" en clara alusión a la ruptura de una lógica que ella estimaba debíamos seguir.

tro de Diálisis, el Doctor De Palma, quién observó que nuestro trabajo era significativo para los pacientes, volviéndolo significativo para ellos en el mismo acto. Esto también es importante en la constitución y humanización del plantel profesional (médicos y enfermeros) porque revela la dimensión del deseo que los cuerpos-profesionales revisten.

Palabras finales

Como aclaramos en varias oportunidades, sabemos que mucho de lo expresado en este trabajo suscita dudas y más que aportar respuestas dispara interrogantes. Entre ellos se pueden encontrar tales como ¿Es válido aplicar la noción de performatividad a la dinámica de todas las construcciones socioculturales? ¿Es clara la relación entre sujeto encarnado, contingencia, práctica y performatividad? ¿Nos podemos permitir pensar al Deseo operador en todas las sociedades, grupos sociales y culturas? ¿Es la afectación de la iterabilidad suficiente para producir cambios en las estructuras significacionales hegemónicas? Debemos seguir trabajando en éstas cuestiones.

De lo que estamos seguros es que trabajando desde estos programas filosóficos-antropológicos estamos desarrollando exitosamente el trabajo junto a pacientes y personal profesional en el Centro de Diálisis de la ciudad de Azul. Comprender la importancia de la comunicación, el intercambio, la corporalidad y la producción de sentido nos motorizó para trabajar desde un permanente cambio-deconstrucción-construcción: esto es, trabajar partiendo, no desde molaridades como concebir al enfermo "enfermo", al médico-enfermero como "autoridad de salud" y a nosotros mismos como ajenos al ámbito (si bien existió el sentimiento, el significado de nuestra intervención cambió en lo sucesivo de las participaciones como se mencionó más arriba). En nuestro caso, entender que el sentido no es estático, sino que las significaciones se re-producen permanentemente habilitó al encuentro, trabajo y disfrute con el Otro. Conceptualizaciones como cuerpo existencial, performatividad y deseo operaron como orientadores de una acción entre acciones, en un capo de fuerzas contingente sin esencias, de las cuales damos cuenta (de algunas) en éste trabajo.

Bibliografía

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona, España, Ed. Paidós.

Castoriadis, C. (1976). *Figuras de lo pensable*. Fondo de Cultura Económica, México.

Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, American Anthropological Association, Vol. 18 (1), pp. 5-47.

Deleuze, G. (2002). *Diferencia y repetición*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2012). *El Antiedipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Fitzpatrick, R. (l990). Conceptos comunes de enfermedad. En: *La enfermedad como experiencia*. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 19-41

Friedson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona, España: Ediciones Península.

Kleinman, A., Brodwin, P.; Good, B. y Delvechio-Good, M. (1992). Pain as human experience: An introduction. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley, University of California Press: pp. 1-28.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, Año 4, Número 7, pp. 71-83.

Reflexiones sobre el trabajo interdisciplinario en una Residencia en Educación y Promoción de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires

DANIELA GARCÍA CLEMENTI*

Introducción

En nuestro país el conjunto de residencias del sistema de salud configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado por tratarse de una formación en servicio a tiempo completo y se distingue de otros modelos formativos por "las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario" (Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2011: 9), permitiendo que el proceso de aprendizaje se dé en el contacto cotidiano con colegas, pacientes y otros profesionales del campo de la salud.

La Residencia en Educación para la Salud surge en el año 1987 y su origen se relaciona con una necesidad de transformaciones en el sector de salud para efectivizar el ejercicio del *derecho a la salud* a través de la implementación de "estrategias socio-sanitarias, comunicacionales, educativas y organizacionales, a través de la gestión interdisciplinaria e intersectorial" (Programa Docente, 2015: 3). Es en las actualizaciones del 2003 y 2015 de su Programa Docente que se incorporan los conceptos de "interdisciplinaria" y "promoción" en su denominación, quedando conformada la sigla RIEPS: Residencia Interdisciplinaria en Educación y Promoción de la Salud. Es la única

* Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

residencia básica e interdisciplinaria dentro del subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires y cuenta con siete sedes formadoras en hospitales de agudos[1] y/o Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)[2] que dependen de los mismos. Para ingresar, anualmente se realiza un concurso abierto común a todas las disciplinas que convoca la residencia[3] e ingresa solo una persona por disciplina. Es decir que cada año ingresan un máximo de diez profesionales que se distribuyen entre las siete sedes, por lo que la conformación disciplinaria será particular de cada sede.

Dentro de la estructura hospitalaria, la RIEPS depende de las respectivas Áreas Programáticas, definidas desde el gobierno de la Ciudad como la forma en la que el Subsistema Público de Salud se organiza para desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en tanto primer acceso de la comunidad al sistema de salud[4]. Entre las siete Áreas Programáticas de las sedes formadoras se llega a cubrir parte de todas las regiones de la Ciudad.

Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la propuesta formativa de la RIEPS toma los ejes de Educación y Promoción de la Salud (EPS) y la prevención de enfermedades. La fundamentación de estas dos líneas de acción se encuentra en íntima relación con el cambio de paradigma en salud posterior a la conferencia de Alma Ata en 1978, en la que se reforma la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se propone el concepto de salud integral como un "completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1978: 1).

La actualización del Programa Docente en el 2003 incorpora los nuevos conceptos que van apareciendo en el plano internacional y local, como en el caso de la Ley Básica de Salud n° 153/99 de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud integral, el cual se encuentra vinculado a la satisfacción de todas las

---

1 Los Hospitales de Agudos que funcionan como sedes formadoras de la RIEPS al día de la fecha son los siguientes: Dr. J. M. Penna, Dr. E. Tornú, Dr. F. Santojanni, Dr. C. Durand, Dr. I. Pirovano, Dr. C. Argerich y Dr. P. Piñero

2 Los Centros de Salud y Acción Comunitaria son efectores de salud que permiten acercar a la comunidad servicios sanitarios en zonas alejadas de los establecimientos hospitalarios. Tienen consultorios de distintas especialidades, vacunatorios, enfermerías y farmacias, entre otras dependencias. https://www.buenosaires.gob.ar/noticias/espacios-clave-para-la-salud-en-los-barrios-portenos (31/08/2019)

3 Según el Programa Docente (2015) la residencia convoca anualmente a médicos, odontólogos, licenciados en sociología, psicología, trabajo social, enfermería, ciencias de la educación, antropología, nutrición y obstetricia.

4 https://www.buenosaires.gob.ar/hospitalargerich/departamento-de-area-programatica (31/8/2019)

dimensiones de la vida de las personas como alimentación, vivienda, trabajo, educación, etc. Esta normativa brinda a la RIEPS "el encuadre filosófico, político, organizativo y normativo para las prácticas profesionales, técnicas y de apoyo a los equipos de salud" (Programa Docente, 2003: 6).

En cuanto a los conceptos de Educación para la Salud y Promoción de la Salud, en la última actualización del Programa Docente en el 2015 se explicita que la primera se trata de "un campo de saberes y prácticas que busca favorecer procesos de autonomía de las personas para el bienestar individual y colectivo" (p. 5). En el caso de la Promoción, el énfasis está puesto en la capacidad de "impulsar, originar, generar (…) la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial" (p. 5).

Para mi tesis de Licenciatura me encuentro realizando trabajo de campo con el objetivo de describir y analizar los procesos y dinámicas de trabajo de estos equipos interdisciplinarios, haciendo foco en las prácticas cotidianas y en las percepciones y valoraciones que tienen los/as integrantes de estos equipos sobre la interdisciplina. Hasta el momento he observado y participado en actividades de dos de las sedes formadoras de la residencia. En una el equipo se reúne y transcurre su cotidianidad dentro del hospital, planificando y ejecutando algunos de los dispositivos de intervención en articulación con otros servicios. La otra sede hace base en un CeSAC y se la conoce por realizar trabajo *en territorio*, es decir que se trabaja puertas afuera del Centro de Salud, en la calle o articulando con instituciones barriales.

Esta distinción no implica solo un espacio distinto, sino que tiene su correlato en el tipo de trabajo que desarrolla cada sede, a través de la presencia o ausencia de ciertos dispositivos. Estas particularidades se vinculan con los contextos socioeconómicos y con la población con la cual cada sede trabaja, dado que desde la RIEPS se entiende que los distintos perfiles socio-epidemiológicos[5] implican que cada región tiene características singulares en cuanto a sus demandas de salud y, con esto, serán distintos los dispositivos que se desarrollen para darles respuesta.

El trabajo cotidiano de los residentes en ambas sedes se trata fundamentalmente de la planificación, realización y registro de distintos dispositivos. Por un lado están los dispositivos de *intervención*, definidos desde la Guía de Dispositivos (2013) como "un arreglo or-

5 Por ejemplo, en el Programa Docente se detalla que en la región Este son más altas las tasas de tuberculosis y HIV/SIDA que en el promedio de la Ciudad; o también que en el Oeste se da una población con baja fecundidad y en proceso de envejecimiento

ganizativo para la intervención en la realidad, en tanto combina de una manera estratégica diversos elementos, con la intencionalidad de favorecer transformaciones a partir de una situación identificada como problemática" (p. 12, el resaltado es original). Estos dispositivos pueden ser talleres, sala de espera, juegoteca, promoción de la lectura, red de distribución de preservativos, consultorías/consejerías, posta de salud, grupo de pares, etc.

Un segundo tipo de dispositivos son los de *formación* en los que el *cuidado* aparece como una dimensión transversal con la intención de que "los/as residentes puedan reconocer e integrarse saludable y productivamente a la organización en la que trabajan" (Programa Docente, 2015: 22), entendiendo que el proceso de aprendizaje no se trata solo de la transmisión de contenidos sino también de la generación de actitudes, valores, afectos, modalidades de lenguaje (Dakessian et al., 2013). Ejemplos de estos dispositivos son el pasaje por las sedes formadoras, el trabajo de inserción individual y grupal, reuniones de equipo, cursos de posgrado y encuentros de capacitación, etc.

Para este trabajo en particular me propongo tomar como disparador para reflexionar acerca de las prácticas interdisciplinarias que propone la RIEPS, material empírico construido en base a la observación de una instancia de implementación de la "posta de salud", dispositivo que solo se desarrolla en la sede que trabaja en el CeSAC.

El dispositivo de la posta de salud

Los equipos RIEPS están compuestos por un jefe de residentes, cargo anual asumido por un residente de tercer año elegido por el voto del resto del equipo. En el equipo observado, la jefa de residentes está formada en psicología y el equipo se conforma por una antropóloga en tercer año de la residencia, una socióloga, una comunicadora social y una nutricionista en segundo año y una psicóloga y un licenciado en ciencias de la educación en primero.

El dispositivo de la posta de salud es definido en la Guía de Dispositivos como un espacio en donde se llevan a cabo actividades tanto asistenciales como de Promoción, Prevención y Educación para la Salud (PPEpS) y tiene por objetivos generar una mejor accesibilidad entre la población y el sistema de salud, así como también favorecer el vínculo entre los trabajadores de la salud, los efectores y la comunidad. Puede realizarse tanto al interior de un efector de salud, en una organización comunitaria o en el espacio público, dependiendo del objetivo particular de cada posta. La frecuencia establecida para su implementación queda sujeta a la autonomía de cada equipo y, en este CeSAC, la realiza una vez por mes el Equipo Comunitario (a partir de ahora EC), compuesto por la RIEPS y otras residencias, personal de

planta y rotantes de otros servicios[6]. Este equipo funciona semanalmente realizando distintas actividades tanto dentro como fuera del Centro de Salud y su conformación disciplinar varía semana a semana: en la instancia de implementación de la posta observada ese día hay doce profesionales y del equipo RIEPS solo están presentes la jefa de residentes psicóloga, la antropóloga y el licenciado en ciencias de la educación.

La jornada de trabajo del EC comienza con el pase de inicio en la sala de medicina general (MG), en donde se reúne todo el EC para asignar qué profesional va a ir a cada puesto: ingreso a la posta, medición de la tensión arterial, medición del peso y la altura, consultoría de nutrición saludable, test de agudeza visual, aplicación de vacunas, consultoría de salud sexual y cierre de la posta.

Se trata de un momento caótico en el que a los gritos los residentes van diciendo a qué puesto quiere ir cada uno y una de las jefas de MG lo anota. La tensión que se percibe tiene que ver con que hay una falta de recursos para el puesto de vacunación y porque hay muchos puestos por cubrir y pocos profesionales, dado que residentes de MG están haciendo un curso de medicina integrativa y la nutricionista y comunicadora social de la RIEPS están realizando su *rotación programada*[7].

Los residentes de la RIEPS quedan ubicados la psicóloga en el ingreso, en el puesto de agudeza visual el licenciado en ciencias de la educación y la antropóloga aparece como "community manager"[8]. El resto de los puestos están ocupados por disciplinas biomédicas.

La posta siempre se realiza fuera del CeSAC. Al Centro de Salud lo rodea un conjunto de casas bajas construidas con ladrillos, pero a medida que se avanza por las calles el entorno se va empobreciendo y aparecen cada vez más casas de chapa y sin revoque. Se llega a lo que aparenta ser el ingreso al sector más precario del barrio conocido

---

6 El EC está compuesto por la residencia de Medicina General y Familiar, la residencia de enfermería general, integral y comunitaria, cuatro trabajadoras de planta (terapista ocupacional, pediatra, medica generalista y epidemióloga) y por quienes estén realizando su rotación desde otros servicios.

7 Las rotaciones programadas son obligatorias para todos los residentes de segundo año de la RIEPS. Se rota una vez por semana durante tres meses en un Programa de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

8 Encuentro que esta figura del ámbito empresarial es "[la] persona responsable de sostener las relaciones de la empresa con sus clientes en el ámbito digital, en base al conocimiento de los planteamientos estratégicos de la organización y los intereses de los clientes" Ver: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3405401 (23/09/2019)

como El Asentamiento[9] , que se extiende a lo largo de una cuadra con viviendas a medio construir, algunas sin puertas y con lonas que cubren los agujeros.

La mayoría del EC se dirige a un comedor comunitario para buscar un gazebo, mesas y sillas de plástico e iniciar el armado de la posta. Paralelamente comienza la convocatoria a cargo de la antropóloga y dos residentes de MG, que consiste en caminar por el Asentamiento comentando a las personas que se cruzan que hasta las 12.30 se van a estar realizando controles de salud. Casi en su totalidad, la población a la que va dirigido el mensaje es a mujeres de entre veinte y cuarenta años con niños pequeños. Frente a las residentes, las mujeres rápidamente miran hacia abajo, sonríen y agradecen la invitación. Algunas pocas se muestran entusiasmadas con el dispositivo.

Quienes interactúan con esas mujeres son la antropóloga y una de las dos residentes de MG, ambas en tercer año, mientras que la otra residente de MG está en su primer año. También son quienes comentan sobre una vecina referente de ese sector y son las que orientan la dirección de la convocatoria, proponiendo expandirla a otro sector llamado Los Árboles, conformado por pasajes muy estrechos, oscuros y desiertos, que conducen a varias viviendas.

Luego de media hora se vuelve a donde se había armado la posta para que las tres residentes ocupen su puesto en el cierre. Los puestos están separados entre sí por un metro de distancia y cuentan con sillas de plástico con un cartel hecho a mano que indica cuál es su función. Hacia el final está el gazebo que da sombra solo a los últimos puestos. Para asegurarse el recorrido obligatorio por todos los ellos, los residentes van indicando a las personas hacia dónde ir para evitar confusiones.

En el puesto de ingreso está la jefa de residentes de la RIEPS junto con otra residente de MG. A quienes van a iniciar el recorrido de la posta se pregunta nombre, edad, domicilio, si reciben algún subsidio del Estado… mientras se va completando una única planilla por grupo familiar, que luego las personas llevan a cada puesto para que los profesionales de la salud la completen. Los siguientes puestos de tensión arterial y peso y talla están atendidos por residentes de MG, farmacología y/o pediatría. En la consejería de nutrición saludable se encuentra la residente de nutrición y luego está el puesto de vacunación con una enfermera y una residente de enfermería. Ya bajo la sombra del gazebo está el puesto de salud sexual, atendido por las dos jefas de residentes de MG, en el que se da una charla a las personas so-

9 Para preservar el anonimato, todos los nombres que aparezcan en este trabajo han sido modificados

bre métodos anticonceptivos, la importancia de hacerse un PAP, para qué sirve y cómo funciona, etc.

En el puesto de agudeza visual se encuentra el licenciado en ciencias de la educación junto con una pediatra; la tarea realizada por el residente de la RIEPS es señalar con el dedo las letras que quienes se estén atendiendo deben decir en voz alta y luego anotar en la planilla el diagnóstico que le dicta la pediatra. Por último, en el puesto de cierre está la antropóloga junto con las dos residentes de MG.

Es decir que todos los miembros del equipo RIEPS están acompañados por una residente de medicina, pero hay puestos que solo están ocupados por disciplinas biomédicas. En relación a esto un residente me comentó:

> Algunos puestos solo lo hacen ciertas disciplinas, como el de vacunación o nutrición saludable en los que tiene que haber una enfermera o una nutricionista. En nutrición saludable lo ideal es que nunca esté una persona sola porque se vuelve agobiante y porque la idea es que también sea un proceso de aprendizaje para nosotros. (Lic. en Ciencias de la Educación, 2018)

La presencia de la antropóloga en el puesto de cierre es intermitente hasta que finalmente se retira junto con la residente de MG de primer año, por lo que se suma otra residente de MG y la jefa de residentes de la RIEPS, psicóloga.

La dinámica del puesto de cierre comienza con la pregunta sobre si quedó alguna duda o algo que la persona quiera comentar. La mayoría de los interrogantes que traen las personas, todas mujeres, es sobre el diagnóstico de sobrepeso que se les había dado durante la consejería de nutrición. Explícitamente comentan en voz baja, cuasi inaudible, y con la mirada fija en el suelo, que ellas no se *sienten* de esa manera. La respuesta de las residentes de MG es siempre ambigua "Viste que a veces no tiene que ver con la cuestión física...", "Puede ser por la alimentación", no se dan mayores explicaciones y las mujeres no replican. No obstante, las dos residentes dieran cuenta de no tener una respuesta precisa a esa consulta y que el hincapié de la pregunta siempre haya estado puesto en la dimensión emocional, la psicóloga no interviene, sino que permanece en silencio mirando la escena o completa algún dato en la planilla.

Pasado el mediodía el trabajo es ininterrumpido, reconozco a varias de las mujeres convocadas previamente y hay solo un hombre recorriendo la posta. El sol da de lleno sobre las cabezas de todos y desde hace un tiempo a la posta la rodean varios perros y unos quince niños y niñas que juegan y gritan descalzos. A las 12.30 el EC desarma la posta y vuelve al CeSAC para el almuerzo.

Me pregunto cómo el dispositivo de la posta de salud sería una instancia formativa para los residentes: sin un criterio claro en la asignación de cada disciplina en los puestos y con algunos que solo pueden ser ocupados por disciplinas biomédicas, ¿Cómo está pensando la RIEPS la inclusión de las ciencias sociales en el sistema de salud?, ¿cómo resultaría formativo para un licenciado en ciencias de la educación aprender a hacer un test de la vista? Y, fundamentalmente, ¿cómo piensa la residencia la formación interdisciplinaria?

Aunque aparece la palabra "interdisciplina" en la propia denominación, en el Programa Docente no está explicitado qué se entiende por tal concepto. En este sentido, según la bibliografía "interdisciplina" es un concepto que se usa en muchos contextos, pero generalmente no se especifica de qué se habla cuando se la nombra (Pombo, 2013). Es esta ambigüedad la que permite múltiples interpretaciones sobre cuándo es interdisciplina y cuándo es otra cosa. Por un lado, el concepto aparece vinculado a la conformación de equipos interdisciplinarios en los que distintos sujetos portarían conocimientos de su disciplina (Morin s.f, Medina Núñez 2006), y en donde habría un intento por comprender las epistemologías y metodologías para construir un vocabulario común (Juntsch 1979, Maureira Cid 2011, Thompson Klein 2015).

Pero también lo "interdisciplinario" ha sido usado para explicar cómo las grandes personalidades de la historia de la ciencia han producido sus teorías, al conjugar en su propio pensamiento conocimientos pertenecientes a distintas disciplinas, fundamentando de esta manera que el avance científico tiene más que ver con una formación pluridisciplinaria que con la hiperespecialización del conocimiento (Medina Núñez, 2006).

Pero si bien no hay una definición teórica sobre la interdisciplina, en el Programa Docente sí se describe a la propuesta de *formación interdisciplinaria* como una forma de "romper con el aislamiento de los servicios de atención entre sí y con la comunidad, de las especialidades y sus saberes, [fortaleciendo] la coordinación, la interrelación y la reciprocidad en el marco de la concepción de la salud integral" (Programa Docente, 2015: 7). En este sentido, y en consonancia con la accesibilidad que propone la APS, entiendo que realizar una posta de salud casi dentro del Asentamiento tiene la intención de acercar los servicios de salud a esa población. No obstante, frente a esta aparente falta de criterio en la asignación de los puestos y al tipo de tarea que los residentes de la RIEPS realizaban durante la posta, no estoy segura de cómo este dispositivo resultaría interdisciplinariamente formativo *para los residentes*.

El pase de cierre

El pase de cierre se realiza una vez que han concluido las actividades planificadas para la segunda parte del día[10] y es el momento en el que se hace una puesta en común de qué sucedió durante toda la jornada de trabajo.

Por pedido de la jefa de residentes de la RIEPS alguien se sienta a registrar el pase y una de las jefas de MG sugiere iniciar cronológicamente por la sistematización de los datos de la posta de salud: 32 grupos familiares y 18 de primera vez; 67 personas en total, 38 niños y 39 adultos, la mayoría del sector del Asentamiento. Cada una de estas informaciones el EC la recibe con vítores y aplausos, en lo particular por los 18 grupos familiares de primera vez y porque hayan sido la mayoría del Asentamiento, dado que ese había sido el objetivo de armarla allí.

Al momento de hablar de las dificultades aparece como comentario de la residente de tercer año de MG que las numerosas rotaciones en el puesto de cierre habían entorpecido la dinámica de trabajo. En segundo lugar, tanto esta residente como la jefa de residentes de la RIEPS hacen hincapié en las preguntas sobre nutrición "llegaban con una observación en la planilla que marcaba sobrepeso-obesidad y nos comentaban que no se sentían así... y muchas no se veían así tampoco". Ante esa situación la jefa de residentes reafirma su postura de silencio "ahí las dejaba a ustedes porque no sabía qué decirles" y la residente de nutrición explica que podría haber un error de cálculo, pero generalmente es el diagnóstico correcto, aunque físicamente no se note. Esta explicación parece dejar a todos satisfechos porque nadie responde.

En mis registros, el pase de cierre aparece como el momento en que "se charla de lo que se hizo en el día y qué hace falta planificar o hacer para el jueves siguiente" pero también es el único momento en el que el EC puede reflexionar sobre las propias prácticas. Es el momento en el cual, desde una *reflexividad interdisciplinaria* en la que se entienda al conocimiento como abierto, inconcluso, relativo y en permanente reconstrucción (Morin, 2005), podría resignificarse el concepto de salud integral que se sostiene desde el Programa Docente. Sin embargo, la respuesta de la psicóloga no da lugar a una reflexión sobre el lugar del saber de su disciplina en una pregunta que involucra una dimensión emocional, sino que parecería operar el sentido común acerca de qué tipos de saberes son

10 Ese día los dispositivos a realizarse por subgrupos del EC son: la sistematización de la información de la posta, el rincón de lectura, la planificación para una actividad en la sala de espera del CeSAC y una reunión con una radio barrial.

necesarios para responder una pregunta sobre nutrición, es decir, saberes biomédicos.

Desde la perspectiva del trabajo interdisciplinario, los momentos de reflexión en equipo son los que, a través de su registro y sistematización, permiten salir de la intervención aislada para repensar las dinámicas de trabajo, las intervenciones en su conjunto y hasta los supuestos que está trayendo un equipo al momento de posicionarse frente a una actividad y que generalmente pasan desapercibidos de nuestra conciencia. En relación a la epistemología interdisciplinaria, estos momentos permiten construir un nuevo objeto de estudio a partir de los aportes de los distintos sujetos formados en su disciplina (Sotolongo Cordina y Delgado Díaz, 2006).

Finalmente, frente al pedido de una de las jefas de residentes de MG, un residente por subgrupo describe qué había sucedido en durante su actividad hasta que llega la combi de regreso al hospital y el fin de la jornada de trabajo.

Reflexiones finales

Los equipos RIEPS están conformados por residentes, trabajadores en formación, por lo que hay una *dimensión formativa* a la que se debe prestar atención. En relación a esto una residente me explicaba que:

> Esa tensión entre el trabajo y la formación está todo el tiempo. Y lo obligatorio es cumplir desde las dimensiones formativas te guste o no te guste el curso de sistematización, la planificación o lo que sea; porque de eso se compone este trabajo para que vos te recibas con una especialidad en Educación y Promoción de la Salud. Entonces, tu trabajo es formarte (Antropóloga, 2019).

Y para que estas instancias se vuelvan interdisciplinariamente formativas es necesario que los profesionales entren en *diálogo*:

> Esta formación te marca en cómo vas a encarar el trabajo en equipo, entender que hay muchas miradas, que venimos de formaciones distintas, que necesitamos poder dialogar. Eso es la interdisciplina, poder generar un diálogo y no una pelea de ver quién tiene razón, entender que no hay ninguna verdad. (Psicóloga, 2019).

En este sentido, en relación a la propuesta interdisciplinaria de la RIEPS de romper con el aislamiento de los saberes, se podría pensar la dimensión formativa del dispositivo de la posta de salud desde el acercamiento a las modalidades y prácticas de cada profesión, como podría ser el caso de un licenciado en ciencias de la educación aprendiendo a realizar un test de agudeza visual.

Por otro lado, en la bibliografía el diálogo también aparece como condición para que se produzca la interdisciplina (Barberousse, 2008) y se sostiene que esto es posible solo si se parte de un posicionamiento epistemológico en donde se entienda que todo saber es incompleto, para buscar un suelo común sobre el cual construir en conjunto (Morin, 2005).

Durante la jornada observada es en el pase de cierre donde encuentro la posibilidad de esa instancia de diálogo que propicia una praxis interdisciplinaria "centrada en la reflexión sobre la práctica, la construcción del conocimiento en el hacer cotidiano y la reformulación dinámica de las intervenciones" (Programa Docente, 2015: 21), en la que se vuelve necesaria una *actitud interdisciplinaria*, una intención de impulsar este diálogo entre las distintas disciplinas presentes.

Pero durante el pase de cierre no se escucharon las doce voces presentes ese día en el EC, sino que estuvo orientado por los comentarios y las reflexiones de las jefas de residentes y las residentes de último año, es decir, por quienes hace más tiempo que se encuentran aprendiendo a *trabajar interdisciplinariamente*:

> Depende del recorrido previo que hayas hecho, trabajar en la interdisciplina te puede generar un montón de angustia por los cuestionamientos a la propia disciplina: en algunos casos recién terminaste de formarte en algo y ya lo tenés que desarmar, mientras que hay gente que ya viene de trabajar con otros entonces ahí ya sabés que eso es lo que te cabe (Antropóloga, 2019).

> Es necesario perderte, tener incertidumbre, no entender, y darte tiempo para después volver a un rol más clásico, pero con otra mirada (…) Esto en la práctica es, en principio, poner a muchas personas de distintas disciplinas con un objetivo común a pensar una actividad; esa sería la base necesaria para que pueda suceder. No asegura que suceda, como que ahí hay que estar, es necesario pensar, estar atenta de propiciar que haya un espacio de encuentro, un tiempo y un lugar para estar, para planificar, para llevar adelante la actividad; y después evaluar periódicamente, que para eso son idealmente las reuniones de equipo, pasa que quedan cortas o a veces hay espacios que tardan... o sea, no evaluás todos los espacios todas las reuniones (Psicóloga, 2019).

Aprender a trabajar interdisciplinariamente es un proceso personal y colectivo que lleva tiempo y está sujeto a las exigencias formativas a las que deberá enfrentarse cada equipo y cada residente en su sede. Un proceso que sólo puede darse a través de sus prácticas cotidianas, las cuales están atravesadas por diversas tensiones, como señalaron las entrevistadas. Tensiones entre el trabajo y la formación, entre las demandas formativas y las poblacionales y/o las institucionales de cada sede, entre la propia disciplina y las demás, entre las prescripcio-

nes programáticas y las posibilidades de realización en cada contexto. Particularidades y procesos específicos que posibilitarán o no una formación que oriente y facilite *experiencias interdisciplinarias* en el abordaje de los procesos de atención y cuidados de la salud.

Bibliografía

Barberousse, P. (2008). Fundamentos teóricos del pensamiento complejo de Edgar Morin. *Revista Electrónica Educare*, XII (2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 15 de Septiembre de 2019]. ISSN: Disponible en:

http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1941/194114586009.

Dakessian, M. A., González, L., Pierri, C. (n.d.). *Residencia interdisciplinaria de educación para la salud: los dispositivos de formación y su dimensión cuidadora*. 1st ed. [ebook] Buenos Aires. Disponible en:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/residencia_interdisciplinaria.pdf

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Juntsch, Erich. (1979). Hacia la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en la enseñanza y la innovación. En: Apostel, L., Berger, G., Briggs, A., Michaud, G.: *Interdisciplinariedad. Problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades*. Mexico: ANUIES. (segunda ed., pp. 110-141). Recuperado de: http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista34_S3A1ES.pdf

Maureira Cid, F. (2011). Lenguaje e interdisciplina. ¿Es posible establecer una relación entre distintos conocimientos? *Ludus Vitalis*, vol. XIX, N°36, pp. 301-303.

Medina Núñez, I. (2006). Interdisciplina y complejidad: ¿hacia un nuevo paradigma? *Revista Perspectivas*, de la Universidad de Estadual de Sao Paolo, Brasil, N°29, p.17.

Morin, E. (n.d.). Sobre la interdisciplinariedad.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Francia: Éditions du Seuil.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Pombo, O. (2013). Epistemología de la interdisciplinariedad. La construcción de un nuevo modelo de comprensión. *Interdisciplina* I, núm. 1, pp. 21-50.

Programa docente de la residencia interdisciplinaria de educación y promoción de la salud. (2015). Recuperado 26 septiembre, 2019, de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/programa_rieps.pdf

Residencias del Equipo de Salud. Documento marco. (2011). Recuperado 26 septiembre, 2019, de: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/23302/mod_resource/content/0/Actividades_introductorias/Residencias_del_Equipo_de_Salud_-_Doc_Marco_DNCHySO_Msal.pdf

Sotolongo, P. L., Delgado, C. J. (2006) "La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes". En: *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf

Thompson Klein, J. (2015). Lexicón: un vocabulario para la interdisciplinariedad. In B. Vienni, *Encuentros sobre interdisciplina*). Montevideo, Uruguay: Espacio interdisciplinario Universidad de la República de Uruguay.

Atención Primaria de la Salud e interculturalidad

Modos de hacer y estar entre trabajadores de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa. Lujan, Provincia de Buenos Aires

LAURA HAYDEÉ CELIA*

Introducción

La siguiente presentación, es parte de una investigación realizada-[11]para la Maestría en Salud Publica Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios interdisciplinarios, Instituto Lazarte.

Formo parte de un equipo de trabajadorxs de la salud en el primer nivel de atención, y entiendo a la interculturalidad como un componente importante en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Trabajando en un área programática, habitada en parte por familias migrantes bolivianas, me cuestiono si esas prácticas son interculturales en los ámbitos de salud del sector público del Municipio de Lujan.

El propósito de esta investigación consistió en describir y analizar las prácticas de salud de mujeres madres bolivianas en la atención

---

* Centro Integrador Comunitario San Fermín. Municipalidad de Lujan

1 Tesis para la Maestría en Salud Publica. *Atención Primaria de la Salud e interculturalidad. Modos de hacer y estar entre trabajadorxs de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa. Lujan, Provincia de Buenos Aires* de la Universidad Nacional de Rosario. Centro de estudios interdisciplinarios. Instituto de la Salud Juan Lazarte, defendida el 26 de Marzo del 2019

de sus niñxs en el primer nivel de atención en Parque Lasa, Luján, para contribuir al desarrollo de una práctica y una política de salud con enfoque intercultural en la Atención Primaria de la Salud.

La utilización de una metodología cualitativa, el enfoque etnográfico, permitió no solo investigar sino reconstruir los sentidos, una llegada a la realidad de los distintos actores sociales; las mujeres bolivianas, los trabajadores de la salud y la comunidad de migrantes bolivianos., y una construcción del dato (Ramírez Hita, 2009).

El trabajo de campo realizado entre los años 2008 y 2012, con registros que daban cuenta del hacer y decir de los distintos sujetos, integrantes del equipo de salud y su interacción con las mujeres madres bolivianas, en espacios como el consultorio del Centro de Salud, la sala de espera, las casas de familia, la escuela, el barrio, explorando también los espacios de circulación, los lugares de comercialización.

La construcción del dato y la relación con distintos autores a partir de la categoría a analizar, significo un encuentro con las ciencias sociales, desde la antropología, la sociología y la educación, con lo que se estableció un dialogo que no homogenizo esta investigación desde las ciencias de la salud.

La actividad que desarrollaba en el trabajo de campo, interpelo las prácticas de atención médica en el centro de salud, de tal manera que se pusieron de manifiesto un proceso de reflexividad, que define el trabajo de campo e implica, las practicas teóricas, de campo y sentido común (Guber, 2004).

El tema de esta investigación es la interculturalidad entendida como perspectiva y posicionamiento en el proceso de salud enfermedad atención cuidado en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Este trabajo se organiza de la siguiente forma: en primer lugar, el recorrido por los autores que dan un marco teórico a esta presentación, luego dos registros de campo, el primero dando cuenta de la historia de Alicia, mujer migrante boliviana y el segundo que permitirá introducirnos en los espacios relaciones, mujeres migrantes bolivianas e integrantes del equipo de salud.

Perdiguero (2006) en un texto que se ocupa de las experiencias y conceptualizaciones de la salud y la interculturalidad en América Latina, muestra las dificultades, los éxitos y la necesidad de abordar la interculturalidad en la salud. Este autor desarrolla la noción de pluralismo médico, concepto esencial para la problematización del tema que aborda este estudio. Siguiendo a este autor, el pluralismo médico es un fenómeno que en la región latinoamericana aún continúa invisible porque los modelos dominantes resultan insuficientes para comprender lo que la población hace para "recuperar, mantener o mejorar" la salud.

La articulación entre experiencias, culturas y poder se constituyó para mi estudio en un problema central desde la perspectiva de la interculturalidad. De ahí que este estudio pone en discusión aspectos del enfoque funcionalista (Lupton, 2003) que atraviesan, incluso sin ser advertidos, las prácticas de salud con niñxs hijxs de mujeres madres migrantes bolivianas.

Allue, Mascarella, Bernal, y Comelles (2006), en un artículo en el que destacan la importancia de lo observado en la relación médico paciente, realizado a través de un estudio etnográfico, sostienen que el médico debe reconocer su propia cultura y las diferencias en control y poder que existen con respecto a la cultura del paciente y de su red social.

Lago et al. (2010) sostienen que "el itinerario terapéutico puede entonces ser definido como la secuencia de actividades que los individuos buscan para solucionar su problema de salud y se constituye en un importante indicador de los recursos sociales, culturales y materiales disponibles" (p. 3). Aclaran que se trata de la búsqueda de servicios que atenúen sufrimiento y restablezcan el proceso de salud enfermedad considerando la situación social y cultural. Consideran que los recorridos terapéuticos están influenciados por la comunidad y determinados por el contexto sociocultural.

El estudio de las prácticas de salud en el Salar de Atacama (Chamorro y Tocornal, 2005; Tocornal, 2006) donde las autoras investigaron en 2002 y 2003 las relaciones entre la biomedicina y la medicina tradicional atacameña, utilizando el enfoque antropológico médico crítico, el cual cuestiona el modelo biomédico que hegemoniza y establece relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos. Estas investigaciones, proponen un diálogo horizontal "intercultural" entre las medicinas, a fin de entender los problemas de salud atravesados por fuerzas sociales, culturales, políticas y económicas.

Desde otro ángulo de análisis, el hecho de tratarse de madres, mujeres, migrantes requería problematizar el modo en que eran vistas por los trabajadores de salud. Para ello la investigación sobre atención en el primer nivel realizada por Pozzio (2011) resultó un antecedente muy relevante. A través de una investigación etnográfica, la autora analiza las relaciones entre los agentes estatales integrantes del equipo de salud y las destinatarias de las políticas de salud, mujeres que son interpeladas y visualizadas por las políticas públicas. Plantea cómo los trabajadores de salud ven a la población destinataria de programas, las mujeres, apuntando a la relación madre-hijo. Identificadas como mujeres, o como madre de un niño de 6 años, o embarazada, el discurso dominante de la salud pública piensa a la mujer "desde el tutelaje y no desde los derechos" (Pozzio, 2011, p.51).

En esta revisión de investigaciones con relación a migrantes bolivianas y salud, también Cerrutti (2011) ha realizado un estudio a nivel exploratorio que focaliza en la atención de los inmigrantes en los servicios públicos. Caracteriza la demanda de atención, rasgos sociales demográficos reproductivos de la comunidad boliviana en Argentina.

Uriburu (2006) pediatra y médica sanitarista, en su trabajo *Mortalidad Materna en Bolivia* analiza el problema de la mortalidad materna con relación a la invisibilidad social del fenómeno. Sostiene que la alta calidad técnica en los eventos de riesgo que se usa en los servicios de salud, se contrapone con el déficit de calidad en los servicios donde ellas asisten, donde la medicalización y el trato "agresivo y reñido con las prácticas tradicionales" es un factor que no permite que las mujeres bolivianas quieran recurrir aun en situaciones de riesgo.

. Entre los tres modelos de atención médica descritos por Menéndez (2003) -el hegemónico, el alternativo subordinado y el de auto atención, Uriburu (2006) observa como el hegemónico prima sobre los otros a pesar de tratarse de un 62% de población indígena con prácticas distintas. Esto se debe a que las prácticas de atención que no se encuadran o entran en conflicto con el modelo médico hegemónico, son despreciadas y desalentadas en tanto se las considera supersticiosas y resultado de la magia.

Finalmente, destaco el trabajo de Ramírez Hita (2009) en su estudio sobre la calidad de atención entre las poblaciones quechua y aymara y los trabajadores de salud, analizando también la interculturalidad en los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, entendiendo la importancia de la misma para mejorar "los índices epidemiológicos", para vivir mejor.

El artículo de Langdom y Wiik (2010) ayudó a conceptualizar las prácticas de salud como prácticas culturales. Entender la biomedicina como un sistema cultural como los otros sistemas de atención que los distintos grupos sociales tienen, y llegar a la conclusión de lo que se conoce como relativismo cultural, afirmando que, en el trabajo en salud, encontramos sistemas culturales distintos al que ejercemos, naturalizando el mismo como el único y verdadero, sin aplicar el relativismo cultural frente a los distintos sistemas culturas.

En relación a la categoría interculturalidad, observada desde distintas perspectivas (Walsh 2002) y contextualizada en el territorio de las Américas, se hace necesario aproximarnos al menos de manera rápida a algunos de sus usos. Desde la perspectiva relacional, la interculturalidad ha existido desde el inicio de la historia en América. Se refiere al intercambio de culturas, *"entre personas, saberes, valores y tradiciones"* y algo a destacar por la autora *"en condiciones de igualdad o desigualdad"*, perspectiva ésta que no refleja los conflictos de poder y

dominación. Una segunda perspectiva conocida como funcional, que reconoce la diversidad y diferencia cultural *"con metas hacia la inclusión de la misma al interior de la estructura social establecida,"* se la identifica como multicultural y funcional al sistema existente, pero no modifica reglas, sólo añade al sistema la diversidad, en una manera de incluir lo excluido por el sistema social vigente.

Una tercera forma de ver es interculturalidad critica parte del asunto de poder, es un *"llamamiento de y de la gente que ha sufrido un histórico sometimiento"*. Interculturalidad, surge en América Latina fuertemente ligada al "otro". Significa "entre culturas", que no es el mero contacto sino el intercambio que se produce en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Supone complejas relaciones, negociaciones, e intercambios culturales, buscando interactuar entre personas, conocimientos. Significa considerar al "otro como sujeto de identidad, diferente a mí y con poder de agencia" (Walsh ,2003).

De esta forma, utilizaré el concepto, mostrando como el "otro" tiene poder de agencia, como en las relaciones interculturales hay conflictos y tensiones que son algunos de los aspectos que definen interculturalidad y no multiculturalidad o diversidad cultural, como habitualmente leemos. Es decir: cuando se incorpora interculturalidad a los discursos de Atención Primaria de la Salud, se hace clara referencia a la multiculturalidad pretendiendo que prime el respeto entre los sujetos, pero en el marco de aceptación de la jerarquización de las culturas.

Cuando se acepta la existencia de una cultura dominante y que, por lo tanto, hegemoniza, se resiste a ver y practicar la interculturalidad. (Viaña, 2009). La interculturalidad incorpora, tanto en la comprensión como en la acción, las tensiones y conflictos, así como los compromisos, en la convivencia cotidiana entre individuos marcados por la etnia, la nacionalidad, el género, la sexualidad, la clase social, la generación, la edad, la religión.

Lerín Piñón (2004) en su trabajo *Desafíos de la salud intercultural*, en relación al impulso de la antropología aplicada al campo de la salud/enfermedad indígena, revisa los conceptos teóricos sobre interculturalidad, destacando que debe ser "entendida como proceso que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de aquellas culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante" (p.7).

Lujan, Barrio Parque Lasa

Luján, es un municipio con una extensión de 777, 1 km2, con una población de 106273 habitantes según el último censo. El barrio

Parque Lasa, se configura en la periferia de la localidad de Luján, sobre una superficie de 20 hectáreas limitando con la ex ruta 5, los terrenos de la Universidad Nacional de Luján, la ruta 47 y los campos que conforman la zona rural de Luján. La escuela Reverendo Padre Salvaire de 125 años, donde desde hace 25 años concurren los hijxs de los migrantes bolivianxs. El CAPS Parque Lasa, perteneciente al primer nivel de atención del sistema de salud pública de Luján, con un segundo nivel representado por el Hospital Ntra. Sra. de Luján.

Los migrantes bolivianos constituyen la tercera población migrante, luego de los nacidos en Paraguay y Uruguay, y se localizan en zonas suburbanas y rurales en Luján

El lugar donde viven y el modo en cómo se fueron configurando estos barrios periféricos en los que vive la comunidad boliviana puede ser pensado en términos de segregación espacial (Mera, 2011).Esta noción me permitió reflexionar sobre la ubicación, en la segmentación del espacio urbano, de comunidades, asociada a variables socioeconómicas, religiosas o étnicas, lo que lleva implícito que "hay una correlación entre diferenciación social y espacial"(Mera,2011, p. 1), donde el espacio seria el espejo de las diferencias sociales. Las mujeres y niños de origen boliviano residen en lugares que no cuentan con los servicios básicos; las calles son de tierra y no acceden el colectivo, ni los recolectores de residuos. No hay cloacas y el agua disponible no es segura. Las viviendas son de chapa, con pisos de tierra, y varios conviven en pequeños espacios.

Lxs migrantxs bolivianxs configuran una comunidad que se aleja de los centros urbanos donde se asientan poblaciones nativas, o procedentes de países europeos. La periferia es el lugar tanto de ellos como de otros grupos migrantes de países limítrofes.

Buzai, Baxendale, Rodríguez, y Escanes (2003) analizan la ciudad de Lujan, refiriéndose también a la "segregación espacial" para explicar cómo las diferencias o desigualdades en un colectivo urbano producen agrupamientos de sujetos según características específicas, que tienden a la "homogeneización" hacia su interior, lo que limita el intercambio con otras comunidades (Linares, 2013). Es así como se identifican el "barrio donde viven los bolivianos", o aquí reside "la comunidad paraguaya". Es muy significativo lo observado por Buzai *et al* (2003) al encontrar que los pobladores migrantes de países vecinos, establecen sus residencias en barrios periféricos de Luján.

El lugar que habitan también da cuenta de las relaciones que se entretejen entre las familias bolivianas. Lxs recién llegados lo hacen en la quintas-campos alquilados por otros familiares para la horticultura. También en campos o lotes aledaños de quienes llegaron antes.

La historia de Alicia, como ejemplo de lo que significa ser migrante y boliviana, y su lugar de agencia en los procesos de salud enfermedad atención y cuidado, como también el rol dentro de la economía de las familias migrantes.

Alicia, procedía de Potosí, Bolivia. Ingresó a Argentina en 1984: *"yo a Argentina entre en el 84"*. Conoció a Toribio en Escobar, se casaron y se trasladaron a Lujan, a unas tierras que pertenecían al club local *"El platense"*. Ahí iniciaron su actividad hortícola. Tuvieron ocho hijos: tres mujeres y cinco varones. María es su hija mayor de 25 años, y José de 11 años es el menor. José siempre acompaña a una de sus hermanas al centro de salud, con su sobrina pequeña de un año de edad. Su otra hermana, Lucia de 15 años, también tiene dos hijos pequeños, pero no vive con Alicia. Se fue del hogar hace un año con un joven veinte años mayor, perteneciente a una familia boliviana vecina que tenía un nivel económico superior al de Lucia. Alicia estaba muy apenada por esta situación, sentía como una suerte de traición, por parte de su hija. Lucia se encontraba a escondidas con su pareja camino de la escuela, y dejó los estudios al poco tiempo de iniciada la relación. Esta situación había molestado mucho a Alicia y a Toribio. Alicia sostenía, que de esta forma su hija reproduciría el mismo modo de vida que ella, que tendría que trabajar la tierra duramente y por abandonar la escuela no podría cambiar su destino. Además, la diferencia económica de ambas familias era otra de las causas que molestaba, ya que Lucia se veía como "deslumbrada" por el nuevo lugar que habitaba.

Alicia nunca regreso a Potosí. Una tarde, camino a la casa de un familiar de ella a quien yo iba a entrevistar, me contó su llegada a Lujan:

> *…. "a mí me trajeron aquí a Lujan. Benito Uño, el trajo a nosotros. Trabajaba con Duarte, allá en la loma, compraron lote sesenta pesos, frente al cementerio… ustedes no pueden vivir juntos acá y pueden vivir tranquilos ahí, así que nos trajo acá" El platense era todo campo todavía. Estábamos nosotros solos (aclara en relación a no tener vecinos.) Nos trajo con la camioneta. Y era lindo, había ciruelos. El murió joven de un ataque al corazón (se refiere a quien los había ayudado a instalarse)*

Habla lento y despacio; por momentos se ve agotada, apesadumbrada. Su relato, su postura, siempre como dibujando algo en la tierra, sentada sobre el cajón de verduras, da cuenta del trabajo que ha hecho, las dificultades económicas, las estafas que sufrieron, siendo ella la que ha intervenido en muchos negocios, pero sintiéndose no preparada, como, por ejemplo, para registrar una compraventa, sacar fotocopias, poder defenderse ante las estafas sufridas.

> *… "acá también pocero teníaPeralta, capaz conoce Peralta, conocemos primer año Lujan. Entonces Peralta dijo plantar frutilla aquí, vamos a ser compadres, te voy a con … tus hijos compramos una …. ¿Seiscientos pesos pagamos, para que necesitamos recibo? si somos conocidos amigos… otro día entraron con camionetas, llevaron frutilla, …*

Alicia relataba así cómo los habían estafados por quienes se mostraron como amigos y conocidos al principio de la relación, incluso manifestaron su deseo de ser los padrinos de sus hijos, *vamos a ser compadres*…Ante el reclamo de una factura por el negocio realizado, le respondieron que solo con la palabra entre amigos era suficiente.

> …Un día venia otro hombre, trajo conocido, justo cuando estábamos regando,y desarmaron y necesito llevar dijo. Metieron en una frazada grande y sacar tuercas y llevaron y cargaron, pero por eso no querían recibo. Peralta, qué pasa, para esto no querías que te diera recibo, entonces llevar dijo. Entonces se llevaron cargaron, se llevaronasí, entonces teníamos que levantar la frutilla, pero con qué, no había con qué. Entonces lloraba, con qué regar. Trajeron otro pocero pagar con nafta arreglaron, trajeron otro día y regamos".

En su relato no solo se dejaban ver las dificultades para con los negocios de los que formaba parte junto con su marido, sino que reflejaba que, en general, estaba sola. "Falta hombre" repetía, argumentando la necesidad de que Toribio se hiciera responsable de la organización en el trabajo.

Diversos autores han tomado el tema de género y migración como objeto de estudio (Magliano ,2007; Cerrutti ,2011; Caggiano, 2003), desde distintos análisis, relacionando etnia género y clase social, ejes identitarios, de las migraciones bolivianas a lo largo de este siglo.

> Falta hombres. Tiene que tener cabeza, tiene que saber leer, pero qué hago yo sola, yo pelear, pero. Antes siempre sufría, pero ahora con hijos grande, no… Yo siempre miraba, siempre miraba, trabajando sí, Toribio está trabajando, tirando la plata, entonces yo creo en Dios. Nomás, solo en Dios. (registro de campo nov.2011)

Las dificultades a su llegada a Argentina no fueron pocas. Estafas, negocios que no se llevaban a cabo por demasiada confianza, o falta de educación ya que muchas familias llegadas en esos años tenían un bajo nivel educacional o eran analfabetos.

Alicia me contó varias veces estas historias y su necesidad de poder pensar para que no se aprovecharan de su "falta cabeza" y no saber leer. Entre esas historias, estaba la de la enfermedad de Toribio, que les había insumido mucho tiempo y Alicia debió sostener la familia y

el trabajo en la quinta. Quizás todos estos hechos se corporizaban en ella; siempre triste, apesadumbrada, pensante, las manos callosas que se mimetizaban con la tierra que trabajaba. El sufrimiento de años de trabajo, de soledad, en tierras que no eran suyas, con un marido que no acompañaba en las dificultades, con muchos hijos. Y el dolor, ese dolor que aparece silencioso a la vista de los otros, pero que fluye sin descanso ante una charla como la que tuvimos una tarde en su casa.

Toribio enfermó y debió operarse de la vesícula; por una arritmia ocurrida en la sala de operaciones, la cirugía se suspendió y concurrió al cardiólogo. Necesitaba un marcapasos, (no he visto su historia clínica, pero presumo que tenía mal de Chagas, uno de los problemas de salud más frecuente en la comunidad boliviana, como también en parte de la población del noroeste argentino). Le colocaron el marcapasos en el Hospital Posadas, y luego se pudo operar de la vesícula. Durante ese tiempo, Alicia se hizo cargo del trabajo y la familia. Era tema reiterado de sus conversaciones, con un dejo de dolor y bronca, ya que Toribio tenía problemas de alcoholismo y ella sentía que todo su esfuerzo había sido en vano.

Alicia había tenido tuberculosis, enfermedad que se repetía en otros integrantes de la comunidad boliviana. Un médico especialista en tuberculosis adjudicaba la situación a una cuestión *"étnica"*. Seguramente ese médico desconocía las condiciones de vivienda, el hacinamiento, la mala alimentación que favorecía a la reproducción de la enfermedad.

Estas historias permitieron reconstruir recorridos asistenciales, o conocer tratamientos con hierbas medicinales. Pero, también conocer cómo viven las mujeres migrantes bolivianas, cuyos hijo/as yo asistía en el centro de salud, encontrando respuestas a problemas de salud que quedaban incompletos en la comprensión de los mismos ante el recorte de una historia clínica.

Encuentros/desencuentros

> En una de esas tardes calurosas de noviembre, había salido del centro de salud, ubicado en el barrio La Loma, distante a 30 cuadras de Parque Lasa, donde realizaba mis tareas asistenciales como pediatra, y me dirigía a la casa de Rosalía o de Alicia.
> No era un encuentro pactado. Yo me acercaba a sus casas intentando hablar de lo que quería conocer sobre ellas, su modo de vivir, qué pensaban sobre la atención en "la sala", en el hospital, cómo resolvían los problemas de salud. La media hora que significaba llegar hasta el lugar elegido se hacía densa por el sol, la poca sombra y el camino desparejo con mucha tierra suelta, además del enredo en mi cabeza de todas las preguntas que tenía en mente.

Al caminar, pensaba qué haría cuando me encontrara con Alicia, o con Rosalia. Quizás era la misma incertidumbre que ellas tenían cuando nos encontrábamos en el centro de salud, pero allí yo las esperaba en un terreno conocido y sabía cuál era mi función, no como este territorio desparejo y polvoriento donde yo iba a intentar encontrarme con ellas, que no tenía que ver con las visitas pactadas para un taller, o la visita de la trabajadora social.

Absorta con mis pensamientos, tomé la curva del camino que desembocaba en la entrada del campo donde trabajaban y vivían Rosalía, su familia y su vecina Alicia, también con su familia. Cuando una voz me sorprendió a mis espaldas "que haces a esta hora te vas a insolar". Su voz hizo que reconociera a Rosalía, sentí que me alegraba, que me saludaba con afecto y me tranquilicé: nuestro encuentro estaba iniciándose.

Nos saludamos con dos besos como acostumbraba, y le comenté la intención de la visita. Como dos mujeres que se conocen desde hace mucho, me invito a "pasar"[2].

Ella traía la bicicleta de tiro[3]. Me contaba que había ido hasta la municipalidad para realizar unos trámites.

Enmarcado por un árbol frondoso, un ligustro, que tomaba la forma parecía a un ombú), estaba el "patio" de la vivienda de Rosalía, su marido y los cuatro hijos. Era de madera y chapas, otra similar enfrente de esta y un lateral que lindaba con la casa de Alicia , separadas por un alambre como límite entre ambas, y el lado opuesto una quinta con algunos cultivos. La casa, el trabajo, el descanso estaban integrados.

Nos sentamos sobre unos cajones de verdura, que hacían las veces de bancos o sillas en estos espacios y la charla empezó a fluir. Rosalía es locuaz; su relato se llenaba de explicaciones para todo y buscaba comparaciones para que comprendiera lo que estaba diciendo. El clima, las plantas, la quinta, el trabajo eran temas que aparecían en la conversación. Hablábamos de cuando concurrían al hospital, cuando los problemas se resolvían en el centro de salud, en el hospital o con el curandero.

El relato de Rosalía repasaba los problemas que solucionaba el curandero, luego de dar cuenta de los mismos como haciendo un recuento de los mismos, "ojeadura, empacho, vaciar la panza, pata de cabra, insolación"

No solo me daba el enunciado del problema, sino que además lo describía y analizaba quien podía resolverlo, si el médico o el curandero y porque, "cuando iba al hospital por la diarrea, dale este jarabe para el dolor de panza , le daba un jarabe y no se le pasaba la diarrea, estaba un palito, lo llevé a la curandera, Ay a este chiquito lo hicieron insolar, seguro que lo sentaron en la tierra, y el calor de la tierra entró en la colita, y le hizo cagar sangre, me dio un té color canela y al rato mi hijo se paró y empezó a comer pan y se le pasó la diarrea.

---

2 "pasar" en sentido figurativo como diríamos cuando invitamos a entrar a nuestra casa a una persona

3 Modismo que se utiliza para expresar cuando se camina junto a la bicicleta no andando sobre ella, proviene del uso de llevar de tiro los animales de carga, significando que se andaba a la par del caballo o la mula sin montarlo.

> - ¿No les avisan de estos problemas a los médicos?, pregunto, "es que los médicos no saben de esto de la pata de cabra, La pata de cabra, viste que son dos bichitos que entran por ahí (y me señala la parte baja de la espalda) que entra y va comiendo, por eso los chiquitos se arquean ,uno sabe que es pata de cabra, se arquean , los doctores no saben de estoase que obligadamente son los curanderos, en nueve o diez días lo curan y ya está. Aquel estaba asustado, me dice como si fuera algo habitual, y yo sorprendida le pregunto ¿qué es estar asustado? él se asustó con…se cae, las personas grandes también se asustan, te puede agarrar fiebre… ¿vos nunca te asustaste con una víbora o algo? Ah sí, ahora entiendo, dije, pero no muy convencida.
> "Por ahí te asustas, cuando un perro te quiere agarrar, te late el corazón fuerte, o en el rio si casi te ahogas. Algunos se asustan feo.
> Aquí hay quien cura "susto empacho y ojeadura", no son curanderos, son personas que los abuelos le enseñaron. Le pregunto si hubo una tradición en transmitir esto y asiente diciéndome "aja, así"
> A mi hija le pasó el otro día, entonces yo le llamo su ánimo" y que es llamarle el ánimo Rosalía, pregunte "es llamarla en el nombre de ella " y siguió con la explicación de lo que a ella le sucedió cuando tuvo "susto" al encontrarse con una víbora "me broté toda, hasta la lengua, y la doctora no me hacía nada, fui a la curandera y me curó.
> Yo quede detenida en el "susto" tratando de comprender de que se trataba esto, era la primera vez que escuchaba esa palabra. (Registro de Campo, noviembre 2011)

Yo fui a encontrar a Rosalía a su casa como médica porque imaginaba que, podía aportar a la investigación que estaba haciendo. Había salido un poco a la deriva, sinceramente. Iba hacia donde vivían las familias que cotidianamente asistían al centro de salud. Suponía que sería una entrevista a las que estaba habituada desde mi formación. Recabaría información sobre como concebían la salud, adónde recurrían en caso de enfermedad. Quería conocer cómo vivían los procesos de salud enfermedad atención desde ellas, y suponía que la charla fluiría a través de una guía, cuyas preguntas habían sido pensadas por mí.

Pero lo que sucedió superó mi imaginación. Obtuve las respuestas que esperaba, y me di cuenta que para ese propósito no necesitaba ir a la casa de Rosalía, seguramente en el centro de salud podía obtener muchas de ellas. Lo que sucedió fue mucho más interesante para mí, y también para ella. En gran parte tuvo que ver con el lugar en el que nos encontramos. Conversar en su casa modificó completamente la interacción y el diálogo.

Además, aquel encuentro con Rosalía en su casa tuvo diferencias en cuanto al lenguaje y los modismos. Mi percepción en aquel momento fue que todo me "sonaba" distinto a lo que había aprendido como médica y al mismo tiempo, me desafiaba a pensar si era posible llevar a cabo un encuentro intercultural entre mis "pacientes" y yo.

El registro anterior me llevo a la comparación necesaria de los espacios donde desarrollaba las prácticas como médica y la casa de Rosalía.

El centro de salud ocupaba la misma superficie que el Jardín de infantes del barrio. El "patio interno del jardín" se comunicaba con un sector destinado a la "atención primaria de la salud", donde una pequeña habitación, con el bombeador de agua incluido, servía a los efectos de enfermería y tareas administrativas, separados por una "sala de espera" pequeña, un cuarto era el asignado a ser el consultorio médico. Este espacio que pareciera tener distintas utilizaciones, bien representaba un consultorio. Los muebles que integraban el lugar, la camilla, el escritorio, las sillas, la vitrina de medicamentos, una balanza de adultos y otra para lactantes, los aromas que del espacio emanaba daban una clara explicación de que uno se encontraba en un consultorio médico. La escenografía debía ser realizada con elementos que dieran clara ubicación al que concurría de donde estaba. La misma escenografía con más o menos cambios se replicaba en todos los centros de atención primaria, como en el hospital.

En contraste con el espacio descripto anteriormente, la casa de Rosalía donde nos encontramos para una consulta en la que la médica fue a visitar a la paciente es campo, quintas de verduras, caminos de tierra, trazados de forma caprichosa, caminos internos que llegan a las viviendas de la "comunidad boliviana"[4]. Espacios que confrontan con lo urbano[5]. No hay veredas[6]. Las viviendas se comunican entre sí, siendo el límite un alambrado de campo de pocos hilos de alambre mal alineados.

Espacios sin portón de entrada, a lo sumo una tranquera. No hay porteros, ni personas que atiendan dicha función, no hay timbre para tocar, solo "golpear las manos" o nombrar a quien se busca en voz alta y así, si alguien escucha, asistirá al llamado. Un espacio abierto que invita a ingresar. Tierra, cielo sol, plantas, animales, algunos hombres descansando cerca de un tractor, niños jugando.

En contraste la organización del centro de salud, con horarios limitados, de 7 a 15hs de lunes a viernes, y los sábados de 8 a 11hs. El equipo de salud se compone de una médica generalista, una obstétrica, la trabajadora social, la pediatría y la enfermera.

---

4 Comunidad boliviana: asi se la conoce en el barrio Parque Esperanza entre los vecinos, también se refieren a ellos como "la comunidad"

5 Urbano: lo defino como el lugar que responde a una manzana definida con veredas y calles, no en el sentido poblacional

6 Vereda: parte lateral de una calle o calzada para la circulación de personas

La organización actual implica que los turnos sean *programados*, es decir dados con anticipación y generalmente para dar continuidad a los distintos problemas de salud en especial, a los que se refieran a controles de crecimiento en niñxs, adolescentes o a embarazadas, o a quienes su estado de salud requiera de una continuidad en la atención. Esta modalidad no se da de manera universal, ni es la práctica de todos los integrantes, generalmente se atiende por *demanda espontanea*, que requiere de asistir a horas tempranas, para conseguir un turno, debido a la escasez de los mismos, aunque el cartel rece "turnos a partir de las 8hs" las personas asistirán a las cinco de la mañana.

El acceso a la atención no es fácil de franquear. Se debe acreditar con una serie de requisitos: *llegar temprano*. "Vos no estuviste a las siete cuando se entregaron los turnos", dice la empleada administrativa, objetando a quien considera que ha llegado tarde

Concurrir a la cita y saber esperar es una de las reglas prácticas necesarias para que un/a persona sea asistida por alguien del equipo de salud. La mayoría de los CAPS otorgan turnos en forma sucesiva y citando a la misma hora. Los menos programan las consultas cada veinte o treinta minutos. Por lo tanto, el citar a todos a *las ocho* resultará que algunas personas deberán aguardar varias horas para su atención.

Concurrir *y traer la libreta sanitaria*, es otra de las reglas prácticas que deben cumplirse para acceder a la atención en consultorio. Esto implica mostrar el documento que da cuenta de las consultas anteriores y del registro documentado de las vacunaciones recibidas (esto asociado a que concurra con su DNI[7] como credencial). Aun cuando las legislaciones actuales promueven la atención de las personas privilegiando el derecho a la salud, en la práctica se observa que si no presentan el "documento" no se habilita para la atención médica, o la apertura de una historia clínica o la obtención de un turno para una práctica determinada,

Las barreras al acceso también van asociadas a género, clase social, edad, simpatía con el equipo de salud, problema de salud, lo que los convierte en "merecedores o no" de acceder (Lupton ,2003).

Desde el enfoque funcionalista, se puede explicar cómo los roles asignados a los profesionales de la salud, con el fin de preservar el orden social, evitando la desviación que la enfermedad produce, se complementan con el rol asignado al paciente, saber esperar, *ser paciente*, acatar las indicaciones, reconocer la benevolencia y el saber del médico, no cuestionar, ser sumiso, son complementarios de los roles del paciente.

---

7 DNI: Documento Nacional de Identidad.

Las mujeres bolivianas asistían a la consulta con sus hijos, asintiendo a lo que se les decía, sin preguntar demasiado, o quizás cumpliendo ese rol asignado y construido por el médico/a.

La comparación de lugares como, el de Rosalía o el del centro de salud, me llevaron a revisar mi formación como médica, y encontrar como en mi recorrido de aprendizajes, los espacios la forma de relacionarme con los pacientes, la construcción de ese objeto que es la medicina.

El lugar para asimilar experiencia, aprender y aprender-hacer era al lado de la cama de un paciente. De este paciente no se sabía el nombre, generalmente la que aparecía cuando enfermaba, porque aun con la mejor anamnesis solo estábamos viendo una parte de la historia, nada sabía de esa persona en relación a lo que hacía o como vivía, y digo generalmente "cuando la persona se enfermaba" porque a excepción del seguimiento que le realizábamos a los recién nacidos, junto a sus madres luego del parto o en el consultorio denominado "consultorio del recién nacido sano" la salud no tenía espacio en estos lugares ni el aprendizaje pareciera ocuparse demasiado. (Milstein ,2014)

Las experiencias de mi formación como médica y luego como pediatra eran aspectos que se debían tener en cuenta en un encuentro con el otro.

También otras dimensiones podían explicar el encuentro/desencuentro, esta forma de construir otro paciente. En este apartado, exploraré el modelo medico hegemónico, el lenguaje, los gestos, con la intención de revisarlos en mi accionar como médica, en el marco del encuentro con Rosalía.

Belmartino (2011) es clara en su análisis del modelo médico hegemónico, expuesto en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud[8]. Define el modelo como aquello que toma los rasgos dominantes, que no aparecen aislados sino se reiteran, se interrelacionan y refuerzan. Una serie de rasgos lo caracterizan. En primer lugar, responde a una concepción de la medicina biologizante e individual, "E*sto es social, no tiene que estar internado*", podría ejemplificar la manera de ver a la persona como un cuerpo, aislado de su entorno, de su ambiente, sin comprender las relaciones que afectan los procesos de salud enfermedad, y que no se reducen a un órgano, a una afección. Es individual en tanto no contempla a los procesos de salud enfermedad dentro de una sociedad en un momento determinado, que tienen historia y son atravesados, por la pertenencia a determinada clase social, etnia, género, edad.

---

8 II Jornadas de APS organizadas por la CONAMER (Comisión Nacional Argentina de Médicos Residentes.

> *… "esta dotorita es mala, expresaba, ,una mujer boliviana, en el centro de atención primaria haciendo referencia a la situación vivida en el hospital el día anterior, donde se la rechazó en la atención , sin mediar casi ninguna explicación"*

Este relato quedó en los registros durante mucho tiempo. La mujer, una anciana boliviana que residía en Lujan desde hace muchos años, refería el hecho con dolor y angustia. "Maltrato" por parte de la médica podemos decir, y no puedo decir "atención", dado que estaría significando otra cosa. Esto refleja un modo de hacer que impone una autoridad de alguien que expresa un modelo individualista sobre la mujer boliviana, parte de un colectivo estigmatizado como mujer, migrante, anciana, clase social baja.

La mujer boliviana representaba en su dolencia todo un conjunto de condiciones determinantes, de historias que atravesaban su corporalidad. Todo lo cual fue desconocido y reducido mediante la indicación de que "se fuera", sin dar respuesta al problema de salud que la mujer presentaba, invisible a la mirada de la médica, Alguien entrenado en ver enfermedades, desconociendo procesos historias, difícilmente pueda establecer una relación intercultural que permita el acceso del otro a la salud.

Un modelo tecnocrático, donde lo técnico y científico se establece como lo determinante del bienestar del ser humano, siendo un elemento a destacar un lenguaje científico, que indica un saber superior, desde donde el saber médico invalida el del otro.

Elizabeth padecía tuberculosis; la contrajo estando embarazada y al nacer su niño, fue aislada. *Me quedé una semana internada, nació a las cinco de la mañana, todo bien. …No venían a verme, estaba aislada… por precaución me dijeron, A él (se refiere al bebe) no lo venían a ver… yo pensé que le iban a hacer el análisis*"

Elizabeth sabia de su problema de salud, pero no obtuvo respuesta sobre la salud de su niño. Se la aisló no solo como medida de cautela o "aislamiento respiratorio" definido para ciertos problemas respiratorios. Por el tiempo transcurrido, seguramente Elizabeth ya no expulsaba bacilos,[9]dado el tiempo de su tratamiento, pero había que aislarla, sola con su niño, sin comunicación, como si fuera peligrosa para la sociedad; de alguna forma, era su castigo por ser mujer, migrante, boliviana, tener tuberculosis, Esta última característica parecía justificar todo, ante la mi-

9 Los pacientes con tuberculosis pulmonar, transmiten la enfermedad a través de la tos, con alto contenido de bacilos deKOCH, luego de las primeras semanas de tratamiento, el análisis del esputo es negativo para los bacilos.

rada del médico que responde a un modelo medicalizante, individualista y biologicista.[10]

La comunicación entre médicos y pacientes, tiene un lenguaje que no siempre los pacientes comprenden, con términos desconocidos para la población, que no siempre se "traducen" o explicitan. También los gestos hacen en esta *incomunicación. "Me aislaron, y al bebe no lo venían a ver"*. Elizabeth supo del tratamiento de su hijo cuando fue dada de alta en el Hospital de Lujan y concurrió al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. "La palabra enunciada o el silencio en una conversación nunca son neutros o indiferentes, manifiestan una actitud moral frente al mundo." (Le Breton, 1999, p.37). El autor explicita en su artículo que los gestos y las palabras están socialmente construidos. En el ejemplo anterior, el silencio de la médica, el lenguaje que no se comprende, el gesto de desprecio hacia alguien son construcciones socioculturales. Muchas veces el equipo de salud se disculpa ante una situación de maltrato o de discriminación, diciendo "no era mi intención" "yo no soy racista, yo no maltrato" cuando inconscientemente ha replicado una gestualidad aprendida y que da cuenta de un colectivo formado y modelado, donde se aprendió a no dar respuestas, *"lo que pasa que ellos no entienden y no saben expresarse"*.

En el otro extremo, el lenguaje de Rosalía me parecía claro. Quizás no fueran los nombres que le ponía a los procesos o a las cosas tan conocidas para mí. De hecho, "susto" fue un término que tenía otro significado para mí y si bien Rosalía intentó explicarlo, me costó comprenderlo.

También yo estaba influenciada por el modelo medico hegemónico, había sido educada en el mismo y en los criterios de reconocimiento de enfermedades, no de procesos de salud-enfermedad. Buscaban como era "el susto" desde la medicina. Así, recuerdo haber realizado una búsqueda extensa sobre el término, los síntomas, las posibles formas de tratamiento médico. El rasgo de la medicalización estaba presente; yo quería ver el susto a la manera médica, pretendía "medicalizar" la cultura.

Sin embargo, había una claridad en el lenguaje de Rosalía que no estaba en lo que decía la médica que atendió a Elizabeth y su hijo. En la comunicación entre unos y otros estuvieron presentes gestos,

---

10 En este año la guardia del hospital de Lujan cerró sus puertas a la atención con un cartel que expresaba."La Guardia se encuentra suspendida temporalmente por un caso de infectocontagioso" . argumentaron que debían aislar el paciente mientras se realizaba el diagnostico con test determinados de esta manera la tecnología no parecía muy amigable del paciente y de los demás y era utilizada con un supuesto saber que discriminaba y dominaba www.elcivismo.com.ar/notas/27624/

silencios, palabras que tuvieron un sentido para el que lo recibía. La comunicación entre la médica que atendía a Elizabeth y su hijo, aplicaba un protocolo de atención y un lenguaje técnico que seguramente consideró adecuado a la circunstancia. Tanto la médica como Elizabeth tienen sus mundos culturales (Kleinman y Benson, 2006).

Desde los equipos de salud se construyen y sostienen estereotipos del otro, en este caso *"los bolivianos son lentos, no hablan o hablan poco, son sumisos, no entienden"* que unifican un colectivo, con el cual se comportan según esa construcción del otro. Como si fuese algo estático, el pensamiento biomédico interpreta la cultura como las estructuras biológicas que conoce, ordenándolas como si fuera el manual de la cultura, en paralelo al manual de anatomía. Y también la aísla de las condiciones socioeconómicas, quizás buscando una razón unicausal de los problemas de salud. *"Es el microbio""Es la cultura"*. Ni lo uno ni lo otro. De esta manera, no se puede visualizar el entramado que se teje entre lo cultural, social, económico y biológico en ese sujeto, a quien la mirada biomédica reduce a "lo biológico" solo su cuerpo, o "lo cultural" por ser boliviano.

Conclusiones

Describí y analicé el Centro de Atención Primaria de la Salud y la casa de Rosalía, para conocer los espacios donde despliegan prácticas de salud y modos de hacer con sus hijxs, las mujeres migrantes bolivianas. El contraste entre ambos lugares - la organización del centro de salud y la atención médica *por salud o por enfermedad* y el encuentro con Rosalia en su casa-me condujo a reflexionar sobre mi formación y describir las prácticas y discursos de los trabajadores de la salud.

La serie de dispositivos existentes en el centro de salud, la organización de la atención médica, el acceso a la atención de manera limitada restringe en tiempo y espacio los encuentros produciendo más disciplinamiento e impidiendo ver y escuchar las necesidades de otrxs.

El caso presentado y analizado de los modos de hacer de las mujeres migrantes bolivianas y lxs trabajadorxs de salud, habla de los espacios, los tiempos, donde las relaciones se construyen y de-construyen, generando nuevas comunidades de prácticas, donde se observan otras relaciones de poder, que se deben considerar en el análisis de los procesos de salud enfermedad atención cuidado de una población, para comprender el impacto que los mismos tienen en la resolución de los problemas de salud.

Los aspectos que hacen a la forma de construir a ese otro en el caso analizado, se pueden encuadrar en lo que considero estructural del hacer de los trabajadores de salud: la formación recibida, el mo-

delo médico hegemónico, el lenguaje y los gestos. Estos aspectos permiten sumar más y nuevos elementos a las barreras conocidas para la accesibilidad en salud.

Como si fuese algo estático, el pensamiento biomédico interpreta la cultura como las estructuras biológicas que conoce, ordenándolas como si fuera el manual de la cultura, en paralelo al manual de anatomía. Y también la aísla de las condiciones socioeconómicas, quizás buscando una razón unicausal de los problemas de salud. *"Es el microbio""Es la cultura"*. Ni lo uno ni lo otro. De esta manera, no se puede visualizar el entramado que se teje entre lo cultural, social, económico y biológico en ese sujeto, a quien la mirada biomédica reduce a "lo biológico" -solo su cuerpo-, o "lo cultural" - la *bolivianidad*. Alguien entrenado en ver enfermedades, desconociendo procesos e historias, difícilmente pueda establecer una relación intercultural que permita el acceso del otro a la salud.

Bibliografía

Allué, X., Mascarella, L., Bernal, M., y Comelles, J. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. G. Fernandez Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 15-32.

Belmartino, S. (1987). Modelo médico hegemónico. (Ponencia). *Jornadas de A.P.S. – CONAMER A.R.H.R.G.*,197-200.

Buzai,G. D., Baxendale, C. A., Rodríguez, L. y Escanes, V. (2014). Distribución y segregación espacial de los extranjeros en la Ciudad de Luján. Un Análisis según la Geografía Cuantitativa. *Signos Universitarios 22*(39), 29-52.

Caggiano, S. (2003). Fronteras múltiples: reconfiguración de identitarios en migraciones contemporáneas a la Argentina, *Cuadernos del IDES,*1.

Cerrutti, M. (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*, Buenos Aires: PNUD-CENEP.

Chamorro, A y Tocornal C (2005) Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños* 30, 117-134.

Guber R (2008).*El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidos

Kleinman, A. y Benson, P. (2006) Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoSMed* 3(10).

Lago, L. M., Martins, J. D. J., Schneider, D. G., Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P.

Albuquerque, G. L. D., y Erdmann, A. L. (2010). Itinerarioterapéutico de losusuarios de una urgenciahospitalaria. *Ciência & Saúde Coletiva* 15, 1283-1291.

Langdon, E. J., y Wiik, F. B. (2010). Antropología, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 18(3), 459-466.

Linares, S. (2013). Las consecuencias de la segregación socioespacial: Un análisis empírico sobre tres ciudades medias bonaerenses (Olavarría, Pergamino y Tandil). *Cuaderno Urbano. Espacio, cultura, sociedad* 14(14).

Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos* 15-16, 111-125.

Lupton, D. (2003) *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.

Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*17, 349-367**.**

Menéndez Eduardo (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones Teóricas y articulaciones prácticas *Ciênc. Saúdecoletiva* 8, 185-207.

Mera, G. S. (2011) Pensar las categorías, pensar el estado. El concepto de "segregación espacial" de los inmigrantes en los estudios migratorios.C. Pizarro (ed.) *Migraciones Internacionales Contemporáneas: Estudios para el debate.*Buenos Aires: Ediciones CICCUS, 143-160.

Milstein D, (2015) Etnografía con niños y niñas. Oportunidades educativas para investigadores. *Espacios en Blanco 25*, 193-211.

Milstein D. (2003) *Higiene, autoridad y escuela, Madres, maestras y médicos. Un Estudio acerca del deterioro del Estado*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Perdiguero, E. (2006) Una reflexión sobre el pluralismo médico. G. Fernández Juárez (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina.*Castilla:. Universidad de Castilla- La Mancha, 33-50.

Pozzio, M. (2011) Madres, *mujeres y amantes*. Buenos Aires: Antropofagia.

Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud colectiva* 5(1), 63-85

Tocornal Montt Constanza (2006). *Medicinas en Atacama:Salud e interculturalidad en el Salar (*Tesis de Pregrado). Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Uriburu, Graciela (2006) *Mortalidad Materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?* G. Fernández Juárez (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina.*Castilla:. Universidad de Castilla- La Mancha, 173-186.

Viaña, J. (2009). La interculturalidad como herramienta de emancipación. *La Paz, Bolivia*.

Walsh, C. (2002) (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador N.Fuller (ed.). *Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades,* Lima: Red de Apoyo de las Ciencias Sociales, 115-142.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 4

Ética de la investigación cualitativa en salud

Aportes y desafíos de la antropología en Argentina

Coordinadorxs
- María Marta Mainetti, Facultad de Psicología UNMdP/Programa Temático Interdisciplinario en Bioética UNMdP.
- Valeria Alonso, Instituto Nacional de Epidemiología.

Comentarista
- Susana La Rocca, UNMdP, Programa Temático Interdisciplinario en Bioética UNMdP - Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires.

Genealogía de la salud pública desde una perspectiva Biopolítica, para una reconfiguración bioética en las investigaciones relacionadas con la salud

MAXIMILIANO GARCÍA

Introducción

El concepto de *biopolítica* forma parte de las nociones que Michel Foucault utilizó para pensar el funcionamiento del poder moderno, por fuera de la lógica de la soberanía. El poder soberano que se consolida durante la etapa feudal se caracteriza por ser negativo en su funcionamiento, teniendo la posibilidad de castigar con la muerte a quienes atentan contra la dignidad real. Por el contrario, Foucault sostiene que el poder moderno en occidente se caracteriza por su productividad, por ejercerse no mediante el castigo o la represión sino mediante el control (Saidel, 2018:21). Este poder supone la configuración de una serie de saberes acerca de los sujetos a gobernar. Es así que Foucault describe que, con el nacimiento de las ciencias humanas, de las disciplinas clínicas, de la biología y de la economía política, conjuntamente surgen las tecnologías de poder disciplinarias y en el tránsito de un estado territorial al de población.

Desarrollo de un concepto central

Edgardo Castro (2011) sitúa, en la obra de Foucault, la aparición de la conceptualización de la *biopolítica* en una conferencia pronunciada

* Facultad de Filosofía y Letras-UBA

en 1974 en Río de Janeiro, *El nacimiento de la medicina social*. Allí, Foucault intentaba mostrar que la medicina moderna no se configura como una medicina individualista. La medicina prusiana, la medicina urbana francesa y la británica van a referirse a fenómenos colectivos, a la fuerza de trabajo, es decir con al cuerpo biológico y a la vez múltiple de la población. Por eso, sobre la conceptualización del biopoder, en un sentido general se refiere a la biopolítica de la población y en un sentido más restringido a la anatomopolítica del cuerpo de los individuos.

> "(…) el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica." (Foucault, 1977:87).

Entonces en sus inicios el capitalismo industrial necesitó no sólo de una inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo sino también de las regulaciones biopolíticas para poder desarrollarse. En ese sentido, se entiende la positividad de una formación discursiva que plantea Foucault en *la Arqueología del saber*, pues allí trata de vincular una práctica política con el discurso médico, es decir mostrar como las prácticas políticas forman parte de las condiciones de emergencia de cierto discurso médico.

Así el biopoder aparece como biopolítica, cuyo objetivo es la normalización y medicalización de los comportamientos para incorporar las energías humanas al proceso productivo en un sistema económico -el capitalismo-. Pues en ese marco, el capital, al ya no regirse por los ciclos naturales sino por la expansión de la producción, necesita del biopoder, en tanto que se manifiesta como medicalización de los comportamientos, para producir sujetos productivos o en condiciones de producir, e intervendrá identificando sujetos que se desvíen de la norma para poder readaptarlos e incorporarlos al ciclo productivo. Finalmente, la salud de la población es importante en tanto que fuerza productiva.

> "Los gobiernos advierten que no tienen que vérselas con individuos simplemente, ni siquiera con un "pueblo", sino con una "población" y sus fenómenos específicos, sus variables propias: natalidad, morbilidad, duración de la vida, fecundidad, estado de salud, frecuencia de enfermedades, formas de alimentación y de vivienda. Todas esas variables se hallan en la encruci-

> jada de los movimientos propios de la vida y de los efectos particulares de las instituciones." (Foucault, 1998:35).

Hasta el momento, podemos decir que el concepto de *biopoder* nos permite vincular la producción de subjetividad (en tanto que normalización y regulación de las fuerzas productivas), con los saberes y el capitalismo, tomando como objetivo a toda la población y ya no un individuo.

En el apartado número 5 de *La voluntad de saber*, titulado "Derecho de muerte y poder sobre la vida", Foucault aborda explícitamente el concepto de biopolítica, allí afirma que a finales del siglo XVII comienza una redefinición del poder, una forma de poder que se ejerce directamente sobre la vida, un poder de hacer vivir o dejar morir. La biopolítica no se apropia de la vida para eliminarla, sino para administrarla, para regularla, para distribuir lo viviente en un nuevo dominio de valor, la hace útil para el capital. Es necesario el control, la administración y la regulación de la vida y su reproducción, es así que el sexo, o mejor dicho la sexualidad se vuelve importante, aquí la anátomo-política se relaciona con la bio-política, se vinculan técnicas de disciplinamiento del cuerpo con técnicas regulatorias hacia toda la población. Es notorio cómo la sexualidad podría ser tomada como una bisagra (mejor dichos goznes) para entender cómo a la sociedad disciplinaria le continúa (se entrelaza con) la sociedad de control.

Así la sexualidad, según Foucault, se vuelve un dominio privilegiado para el poder y el saber en occidente, es allí donde el poder es productivo, en tanto que puede producir una sujeción para una cierta subjetividad, el poder como una máquina para la producción de efectos. Por eso, el concepto de biopoder nos permite entender cómo el capital hace entrar a la vida en el dominio de cálculos, estadísticas y hace del saber-poder un agente de transformación de la vida humana, es decir, nos da herramientas para comprender la subjetividad que se forma entre el capitalismo y la servidumbre.

La génesis "*la medicina privada es un modo de reacción colectiva a la enfermedad*"

De manera que en la génesis del biopoder Foucault nos conduce por atrás del telón de la política de la salud, nos guía a los procesos de constitución de un discurso sobre la enfermedad y la salud. Con el supuesto donde la enfermedad responde a un sistema colectivo, pues aunque el padecimiento del enfermo sea individual, la manera que lo siente, los signos que permiten reconocer la enfermedad, su comportamiento, la intervención médica, los remedios, son una respuesta de grupo al acontecimiento de la enfermedad, es decir que nos adentra

en la dimensión política. Finalmente nosotros decimos que la relación médico – enfermo, es una relación social que muchas veces se presenta escindida de las condiciones de producción de la sociedad toda, así se omite u oculta una articulación de la intervención colectiva.

Por eso, cuando Foucault planta una genealogía y una arqueología de la clínica médica, por ejemplo, afirma que tanto la enfermedad como la salud se encuentran también en el devenir histórico, de allí su dimensión política. Así se sitúa en el siglo XVIII y XIX para delinear las nuevas prácticas médicas en una nueva política de salud, encontrando en las luchas contra las epidemias unos puntos de distinción con las épocas anteriores. Por ejemplo, describe que el movimiento hacia una nueva conceptualización de la política pública se registra en:

1. La ampliación del objetivo, ya no se trata de suprimir la enfermedad, sino de prevenirla.
2. La salud no tendrá sólo su carácter normativo tradicional, sino también un carácter descriptivo, es observable en datos (está atravesada por un paradigma positivista)
3. La cuantificación de datos permite generar variables, índice de mortalidad, natalidad, esperanza de vida, forma epidémica o endémica de las afecciones para caracterizar la salud de la población.
4. Se comienza a tener en cuenta aspectos que no son estrictamente médicos, condiciones y modos de vida, alimentación, vivienda, crianza.
5. Así la medicina se convierte en el marco de decisiones para el conjunto de la sociedad, para su mantenimiento y desarrollo, suponiendo una gestión económica y política.

Así la enfermedad aparece como un problema específico para la producción de la sociedad en general y en particular para la dimensión laboral, pues el problema será cómo mantener útil la salud de la mano de obra, es decir, la salud pública cobra importancia en función del trabajo. Pero al apuntar a la población toda, la salud también será referida a las condiciones de vidas más amplias, a la salubridad de las ciudades, de las viviendas, a la alimentación, para la prevención o supresión de las epidemias. Es decir, por primera vez se apunta hacia el cuerpo social, como materialidad de una sociedad civil.

La enfermedad en la población como nuevo objeto de estudio

El interés por saber cómo es la enfermedad, cómo se manifiesta, cómo se transmite y cómo se puede controlar o erradicar, fue conforman-

do un conjunto de saberes que, en términos de Foucault, fueron cruzando distintos umbrales hasta lograr en nuestro presente un estatus científico. Es así que durante el siglo XIX la epidemiología comienza una definición de sus principios teóricos y metodológicos para abordar la salud y la enfermedad de la población. Atravesada por el paradigma positivista de la época fue adquiriendo un método donde la observación, la medición, la cuantificación, la verificación empírica y la explicación causal conformaron la pretensión de objetividad de la nueva disciplina. Pero también fue constituyendo una práctica discursiva donde la definición de "salud" y "enfermedad" pasarán a formar parte de un régimen de verdad con el cual proyectar políticas sanitarias (así saber y poder están ligados, en tanto que biopoder, o mejor dicho ahora la biopolítica como control de la vida, será entendida como el derecho de hacer vivir y dejar morir).

Los regímenes de verdad que propone Foucault, nos permiten pensar que no hay una univoca definición de salud y de enfermedad, ellas forman parte de construcciones teóricas, de prácticas discursivas entorno a una realidad y una cultura. Entonces la enfermedad es mucho más que la desviación de una norma biológica o social, como advertía Canguilhem (1986:20), involucrando tanto un aspecto subjetivo como uno social-cultural. Entonces las interpretaciones de Enfermedad, Salud y Población serán redefinidas por la biopolítica en tanto que son su objeto y a la vez, herramienta de control gubernamental. Es decir, que las biopolíticas implementadas por los diferentes Estados, fueron la manera de racionalizar los problemas que emergieron en un conjunto de seres vivos, constituidos ahora en población. Es por eso que se trata de fortalecer la vida, administrarla y prolongarla.

El biopoder hoy, como neoliberalismo

La lectura de Foucault y su arqueología nos permite hacer consciente, que los trabajos en Salud Pública son, en parte, una tecnología política, que busca regular los grandes procesos biológicos que afectan a la población en su conjunto (natalidad, mortalidad, morbilidad, vejez, siniestrabilidad), a través de imponer una normatividad, de vigilar lo anormal y de controlar que no se sobrepasen en demasía estos límites y normas (brotes epidémicos, mortalidad, agregación de casos de cáncer, adicción a drogas ilegales, catástrofes ambientales, etc.). El hecho de manifestar que hay un poder, que hay una formación de subjetividad nos plantea un plano también potente, pues no sólo se trata de un poder que somete y controla, también se trata de indagar sobre la dimensión de potencia que tiene la vida, y quizás por eso el ímpetu de control.

Si bien en la *Voluntad de saber* (volumen de la *Historia de la sexualidad*) como nombramos anteriormente, Foucault nos explica cómo el

sexo y los dispositivos de sexualidad cobraron importancia en la sociedad industrial convirtiéndose en blanco del poder. Allí se ve cómo dichas prácticas atraviesan tanto el cuerpo individual como el social. ¿Qué sucede en nuestra actualidad?, ¿hacia dónde apunta el biopoder actualmente? La antropóloga Paula Sibilia en su libro *El hombre Postorgánico* (2005:170) arriesga una hipótesis;

> "En una sociedad completamente atravesada por la información digital de inspiración inmaterial, e1 código genético parece estar ocupando aquel lugar de preeminencia antes asignado al sexo. Localizada en la intersección exacta entre el cuerpo individual y el de la especie, la cadena de genes del ADN es un blanco privilegiado tanto de las biopolíticas que apuntan a la población humana como de las técnicas específicas de modelación subjetiva".

Con el descubrimiento del ADN en 1953 y con las alteraciones genéticas en seres vivos a partir de 1973 se abrió un nuevo paradigma, el informático molecular. A partir de esos ensayos comienza a prefigurarse la idea donde a través de la molécula de ADN podríamos determinar muchas cosas de las personas, -anatomía, funciones biológicas, conductas, anticipar enfermedades, reducir sensaciones o producir placeres, estimar su fecha de caducidad-. A través de la revelación de códigos genéticos, conociendo su cifrado, estaríamos ante la posibilidad de un nuevo determinismo y no sólo de los cuerpos y las almas, sino de las poblaciones. Así el biopoder se encuentra con una nueva fuente de "verdad", el código genético.

Pero, así como existe un corrimiento del objeto del biopoder y de la fuente de verdad, también serán otras las disciplinas, las ciencias que cobran relevancia, por ejemplo, la Biología molecular y la Ingeniería genética y una nueva farmacología, permitirían un abordaje diferente a ciertos fenómenos de salud. En algunos casos una nueva farmacología remplaza a las terapias psicoanalíticas tradicionales, justificándose por su rapidez y eficacia al obtener los resultados, por supuesto que esto es lo contrario de buscar causas profundas.

Pero también la clínica médica se ve atravesada por este nuevo paradigma, pues la mirada holística que considera la causalidad múltiple de las enfermedades, comienza a ser remplazada por una otra mirada micromolecular del cuerpo humano, donde la causa de las enfermedades puede reducirse a una programación genética. Si esa tendencia se profundiza, podemos decir que sólo se trata de hacer algún ajuste en la información genética, una nueva codificación similar a un ajuste del sistema digital. El problema no son las analogías entre lo biológico y la cibernética, ni tampoco su hibridación. El problema es la reducción de una a la otra, o para decirlo más claro, el problema es la reducción de lo humano a una máquina (además, no es nuevo

dicho intento, abundan los ejemplos durante el mecanicismo). Para el caso, se trataría de reprogramar el código genético, eliminando la enfermedad o su posibilidad, de manera similar a la que se puede reprogramar una computadora.

Pero hay algo mayor que escapa a lo biológico y a lo informático, que abarca a ambos aspectos y que muchas veces omitimos dado su imperceptibilidad. El mismo Foucault en el desarrollo histórico del biopoder lo va conceptualizando. Por eso en los cursos de finales de la década de 1970 dictados en el Collège de France, *Seguridad, territorio, población* (1977-78) y *Nacimiento de la biopolítica* (1978-79), al referirse a la biopolítica, ya no lo hará desde el suelo de los saberes de la biología y la medicina, sino que buscará los saberes para la gubernamentalidad, por eso lo hará desde la economía política y explícitamente desde el liberalismo y neoliberalismo.

Allí el liberalismo no es pensado sólo como teoría económica, sino como la forma histórica más importante de racionalidad política moderna. Por eso, en el liberalismo el mercado va a constituirse en un principio de verificación de la práctica de gobierno. Foucault tematiza explícitamente el vínculo entre política y verdad por medio de la introducción de la idea de régimen de *veridicción*. El mercado se convierte en mecanismo de veridicción, esto significa en una matriz de inteligibilidad de toda conducta humana.

Es decir, que pasamos de un modelo ingenuo donde el mercado se regulaba naturalmente - la famosa mano invisible- a una nueva forma donde se privilegia la competencia como dinamizadora y la empresa será la principal institución normativa. Aunque no se deja de reconocer al Estado como generador de las condiciones para el funcionamiento del mercado.

En ese contexto, la formación de subjetividad es realizada por la racionalidad gubernamental que adopta criterios económicos y empresariales para regular a la población, disciplinar a los sujetos y evaluar el propio accionar del Estado. La lógica del mercado y de la empresa se extiende a todas las relaciones sociales. El *homo oeconomicus* neoliberal conjuga producción y empresa, es un empresario de sí mismo o un emprendedor[1].

Tanto la modulación como la meta estabilidad, hace referencia a un tipo de subjetividad que se supone libre, pues la dominación, paradójicamente, también estará en que el liberalismo produce libertad.

---

1 Es notorio cómo la forma estado adopta criterios empresariales, un ejemplo cabal de esto es como en el presente, los dos partidos políticos mayoritarios que disputan la posibilidad del próximo gobierno en nuestro país, mantiene un discurso donde la reforma laboral es necesaria como motor generador de trabajo.

Pero al necesitar sujetos libres también genera sujetos potencialmente resistentes, así el liberalismo al producir libertad necesita una "formidable extensión de procedimientos de control, coacción y coerción que van a constituir la contrapartida **y** el contrapeso de las libertades".

Con el despliegue de estás conceptualizaciones, nos adentramos a la matriz del capital, a su funcionamiento en el aspecto biopolítico, como gobierno de los seres vivos, a través de leyes económicas. Gubernamentalidad para generar una organización más productiva, más eficiente e intenta responder cómo se produce la subjetividad neoliberal, a través de coacción, de violencia, de normalizaciones, pero también a través de técnicas que permitan el consentimiento. Tecnologías del yo como el coaching o el mindfulness para concebirnos a nosotrxs mismxs como un capital y como una empresa.

El filósofo Gilles Deleuze, continuando con el pensamiento de Foucault, en su texto Posdata sobre las sociedades de control (1991) complementa la lógica que opera en nuestro presente:

> "(…) la fábrica era un cuerpo que llevaba a sus fuerzas interiores a un punto de equilibrio: lo más alto posible para la producción, lo más bajo posible para los salarios; pero, en una sociedad de control, la empresa ha reemplazado a la fábrica, y la empresa es un alma, un gas (...)" (Deleuze, 1991:2)

Así el biopoder portando una lógica de empresa, una lógica de consumo, puede redefinir los criterios de normalidad, de enfermedad y de salud, asumiendo que la producción de conocimiento y el poder también se encuentran actuando. Concluyendo dejamos dos muestras como ejemplo:

El mercado de los psicofármacos, logra que se caracterice a una gran cantidad de niños y niñas como hiperactivos o agresivos, para luego tranquilizarlos con una buena dosis de Ritalina. Por otro lado, millones de personas con angustia, depresión, sin buscar las causas, son medicadas con Prozac o pastillas similares. El propio sistema necesita del consumo, de los y las consumidoras, aunque una nueva enfermedad se defina, la compulsión al consumo, o aunque la aceleración del capital genere trastornos de ansiedad.

Así las nuevas drogas, variantes de un nuevo dispositivo de poder, son utilizadas en muchas ocasiones para casos que no lo ameritan porque no son patológicos, sino que simplemente pueden ser considerados deficientes según una nueva medición.

El segundo ejemplo proviene de los años ochenta, dos empresas de psicofármacos y biotecnología, ELI Lilly y Genetech, obtuvieron la patente de una hormona de crecimiento (hGH). Su mercado era pequeño, de manera que para compensar la investigación lograron tener

el monopolio de las ventas. Pero para 1991 la hormona hGH logro venderse no sólo a los niños, también a jóvenes deportistas para aumentar su masa corporal, sumado a que médicos de diferentes instituciones fueron convencidos para redefinir que sería la "baja estatura".

Bibliografía

Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico.* Distrito Federal, México: Siglo XXI Editores.

Castro, Edgardo. (2011). *Lecturas Foucaulteanas*: *una historia conceptual de la biopolítica.* Buenos Aires, Argentina: UNIPE Editorial Universitaria.

Deleuze. G. (1991). "Posdata sobre las sociedades de control". En Ferrer, C. (Ed.), *El lenguaje literario.* Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan.

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. (Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil). *Educación médica y salud, 11* (1). 3-25.

Foucault, M. (1998). *La voluntad de saber*. Distrito Federal, México: Siglo XXI.

Saidel, M. (2018). Biopolítica y gubernamentalidad: dos conceptos para problematizar el poder e interpretar el neoliberalismo. En *Revista Ecopolítica,* N°21. 17-37.

Sibilia, Paula. (2005). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Bioética de la investigación y salud pública

Más allá de la verdad

MARÍA MARTA MAINETTI*
Y SUSANA LA ROCCA*

Introducción

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre nuestra práctica etnográfica en el ámbito de la salud pública con respecto a los cambios éticos y culturales introducidos por algunas leyes en salud de las últimas décadas. Es decir, la particularidad de este trabajo es abordar los aspectos éticos de una serie de investigaciones realizadas sobre aspectos éticos en el ámbito de la salud. En tres proyectos desarrollados en los últimos años desde la Facultad de Psicología de la UNMDP, nos propusimos indagar acerca del impacto que nuevas leyes relacionadas con la salud (Ley 26.742 de Muerte Digna, modificatoria de la Ley de Derechos de los Pacientes 25.529; Ley 26.743 de Identidad de Género; Ley 26.862 de Fertilización Asistida; Ley de Salud Mental 26.657) habían generado en la práctica de los profesionales psicólogos de instituciones de salud, en docentes del nivel medio y en profesionales de la salud pública.

Consideramos que estas leyes se relacionan con cambios sociales que promueven una mayor equidad y un mayor respeto por el paciente, pero que a la vez abren cuestiones éticas nuevas que demandan un profundo diálogo a fin de que las decisiones se tomen con toda

* Facultad de Psicología-UNMDP.

la información requerida según los casos. La concreción y puesta en práctica de nuevos derechos, requiere cambios de perspectiva no sólo en los pacientes sino en los profesionales de la salud, quienes deben orientar y acompañar a otros en su formación, para que las decisiones sean tomadas autónomamente. Constatamos a través de entrevistas realizadas a los profesionales psicólogos, a los docentes y a profesionales de la salud en general, la ausencia de una información completa relativa a las leyes y por lo tanto la presencia de ciertas resistencias a su aplicación total.

Analizamos también cómo se relacionan en algunos ámbitos sanitarios públicos, la expresión de autonomía y las particulares vulnerabilidades que se sufren en los tiempos que corren, teniendo en cuenta los cambios culturales y legales de los últimos años con respecto a la salud. De acuerdo a los resultados de los proyectos anteriores, estos cambios generan nuevas perspectivas de la autonomía y también nuevas vulnerabilidades, que demandan una reflexión crítica, ya sea para poder consolidar aquellos cambios favorables a la inclusión y por lo tanto a la equidad, como para cuestionar aquellos que profundicen desigualdades, en perjuicio de los más vulnerables.

Marco teórico

Desde el punto de vista teórico, nos enmarcamos en una Bioética desde la perspectiva de los Derechos Humanos, es decir, "una bioética que evoluciona hacia la responsabilidad social, especialmente en salud" (Leucona, 2015). Si recorremos brevemente la historia de la Bioética, podemos referir a su inicio en la década de 1970 en Estados Unidos, con el fin de humanizar las ciencias de la salud, de acortar las distancias entre ciencia y valores, tal como fue definida por primera vez en la Primera Enciclopedia de Bioética como "Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales" (Reich, 1978:XXI)

El término fue utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter a finales de 1970 en su artículo "Bioethics the science of survival" (Bioética, la ciencia de la supervivencia) y un año más tarde, en su libro "Bioethics: Bridge to the Future" (Bioética, un puente hacia el futuro). Potter pretendía dar los lineamientos para el surgimiento de una nueva área de conocimientos que permitiera generar una unión-por eso la idea de puente- entre ciencia y valores, en un contexto de profundos cambios sociales y tecnológicos, en que ambos mundos se evidencian cada vez más distanciados.

Se debe tener presente que la bioética surge en un momento en el que la distancia entre ciencias de la naturaleza y ciencias del es-

píritu todavía parecía insalvable, pero surge precisamente como una urgente llamada a superar esta distancia, que se revelaba fatal para el desarrollo futuro del género humano y para el sostenimiento de las condiciones de vida en este planeta. En efecto, un progreso científico técnico ajeno a sus repercusiones en el entorno en general y en el mundo humano en particular, se aparecía entonces y ahora como una creciente amenaza a la dignidad humana. (Wilchez Flores, 2011:70)

Potter da el puntapié inicial para que la Bioética comience a desarrollarse académicamente, con una diversidad de temáticas y aproximaciones que hoy la configuran como un saber transdisciplinario y plural, expandido en casi todo el mundo. Clásicamente, la Bioética se estructuró como disciplina fundamentándose en principios que orientan su acción y reflexión. Son tres aquellos en los que se sustentó la disciplina desde sus comienzos en el ámbito anglosajón. Pero cada uno de ellos deja de ser absoluto al ponerse en relación al otro, lo cual exige un permanente equilibrio y discernimiento.

El principio de *no maleficencia*, establecido ya desde la medicina hipocrática, implica no dañar al paciente, es decir, antes que nada, no hacer daño, como un principio básico del actuar médico. "Es un deber que, en términos kantianos, no admite disculpas y que exige el perfeccionamiento de las técnicas biomédicas para garantizar su eficacia en beneficio de sus usuarios, libremente determinados a someterse a ellas" (Blázquez, 2000:64).

El *principio de Beneficencia*, que surge también en la medicina clásica y se basa en cuatro reglas: no se debe infligir mal o daño; se debe prevenir el mal o daño; se debe remover el mal y se debe hacer o promover el bien. "El acento está puesto en el bienestar del paciente, lo cual conlleva que la praxis biomédica suponga un beneficio real y directo para la salud de las personas. El interés terapéutico supone un beneficio real para el paciente biomédico." (Blázquez, 2000:64).

El *principio de Justicia* es, al igual que el anterior, muy antiguo y ha ido adquiriendo diferentes concepciones a lo largo de la historia del pensamiento occidental. Se basa fundamentalmente en el reconocimiento de la dignidad de las personas y de todo aquello que por ser tales merecen. De acuerdo con esto, se pone el acento en la equidad y en el deber de las instituciones sanitarias de garantizarla. Incluye además el reconocimiento del consentimiento libre e informado, como derecho individual y su protección; la no discriminación de las personas a causa de su patrimonio genético, asegurar que el cuerpo humano y sus partes no sean objeto de lucro; que la investigación científica en el ámbito de la biología y de la medicina se efectúe libremente y que se establezcan las bases del bioderecho en función de la promoción de la salud. El surgimiento de la bioética en EE. UU., se

ha dado junto a la teorización sobre la justicia y sus aplicaciones en biomedicina, en particular el derecho a la salud y el sistema de macro y micro asignación de recursos en la atención médica y es en base a estas cuestiones que el principio de justicia se define como la distribución equitativa de bienes entre los miembros de la comunidad.

Es el *principio de autonomía* aquel que irrumpe como novedad en la reflexión bioética, que comienza a rastrear los orígenes del mismo y sus diferentes vertientes. Es así que, en sus inicios, la bioética nace dentro del marco teórico del deontologismo kantiano que rescata fundamentalmente la autonomía del sujeto moral. Este nuevo principio se opone al modelo paternalista, que privilegiaba el saber del médico y lo convertía en la única autoridad capaz de tomar las decisiones. Le otorga así al paciente los derechos que le habían sido negados. Kant establece que la libertad es esencial para toda moralidad, que es idéntica a la autonomía y

> "Que es la base de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional...el propio ser racional debe ser la base de todas las máximas de acción, nunca únicamente como un medio, sino como una condición suprema, que restringe el uso de todos los medios, es decir, siempre como un fin." (Pellegrino, 1989: 381).

Así, "...la autonomía es una capacidad que emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno..." (Pellegrino, 1989:382). Esto ha provocado que determinadas interpretaciones de su pensamiento y determinadas derivaciones del mismo hayan podido llevar a ver la dignidad personal como necesariamente unida a la presencia de la autoconciencia y autonomía, negando, por tanto, carácter personal al resto de las realidades humanas que no presentan estas características. Este principio ha permitido construir una relación más igualitaria entre el médico y el sujeto de cuidado, con un mayor respeto a los saberes que éste último posee. La concreción de este valor en la regla del consentimiento informado otorga al paciente el derecho a disponer legalmente de su propio cuerpo tomando las decisiones que considera adecuadas.

La Bioética en América Latina

Es en América Latina, que comienza a surgir un enfoque de la Bioética que va a basar sus reflexiones en nuevos principios orientados desde los Derechos Humanos. Como expresa el bioeticista brasileño Volnei Garrafa (2009), se hace necesario trabajar con herramientas teóricas y metodológicas adicionales y más adecuadas que estén más allá de los principios anglosajones tradicionales y que no se circunscriban solamente a una moral en particular, sino a una ética civil. Si-

guiendo esta línea de pensamiento, la Bioética en Latinoamérica debe proponer un nuevo estatuto epistemológico para poder proporcionar impactos significativos en los problemas, sean estos históricamente persistentes, como la exclusión social, la discriminación, la pobreza, la vulnerabilidad, el aborto, tanto como emergentes, tales como los límites o fronteras del conocimiento, la genómica, los trasplantes de órganos, las tecnologías reproductivas, entre otros (Garrafa, 2009).

Garrafa sostiene que la bioética tuvo un desarrollo histórico en cuatro etapas. La primera es su fundación en los años 1970, luego la consolidación en los años 1980, cuando la disciplina se expande a Europa y al resto del mundo, a continuación, la etapa de revisión crítica desde 1990 a 2005 y la última, desde 2005 a la actualidad, de expansión conceptual ligada a la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Expresa el autor:

> "Hasta las puertas del siglo XXI, la bioética se centró fundamentalmente en problemas más biomédicos que sociales y colectivos, más individuales que globales. La maximización del principio de autonomía, ubicó al principio de justicia en una posición de menor jerarquía. Lo individual sofocó al colectivo, el yo empujó al nosotros hacia una posición secundaria. La autonomía se transformó en individualidad...llevando en muchas ocasiones a un indeseable y unilateral egoísmo (...) la teoría principialista se mostraba incapaz de entender e intervenir en las grandes disparidades socioeconómicas y sanitarias, colectivas y persistentes, verificadas en la mayoría de los países pobres del mundo." (Garrafa, 2009:80).

Dos acontecimientos importantes para la Bioética en América Latina, comienzan a cambiar el rumbo de la disciplina. En el año 2002 se realiza en Brasilia, el sexto congreso mundial de Bioética, dónde se advierte la necesidad de que la disciplina incorpore en su campo de acción, temas sociopolíticos de actualidad. En el año 2005, la Organización de las Naciones Unidas, aprueba la Declaración sobre Bioética y derechos Humanos, en la cual se incorporan los temas sociales, sanitarios y ambientales, además de los temas biomédicos clásicos. La Bioética se encuentra por lo tanto en una etapa, en la que aparecen nuevos posicionamientos que demandan poner en el centro de la discusión –y la acción- la inclusión del otro, ya sea en la figura del nosotros, como así también, en el reconocimiento del otro diferente al nosotros.

Son fundamentales para esta perspectiva los aportes de dos grandes teorías éticas. En primer lugar, de la ética dialógica, en la cual "la idea de igualdad se hace comunicativa, en la medida que nadie puede ser excluido a priori del proceso argumentativo que legitima las normas morales, si las consecuencias de éstas lo afectan directa o indi-

rectamente" (La Rocca, 2012:25). Y en segundo lugar, de la ética de la liberación propuesta por Enrique Dussel, que incluye la visión de los oprimidos y /o excluidos de toda totalidad incluso de la comunicativa.

Desde comienzos de este siglo, entonces, diversos autores han trabajado a fin de establecer los fundamentos de una Bioética latinoamericana, favorecedora de la equidad y cuestionadora del poder y la dominación. Por eso, hay autores que la denominan una Bioética de intervención (Nascimento, Garrafa, 2011), de protección, de desarrollo humano, ligada a los Derechos Humanos (Irrazabal, 2015). Una Bioética basada en los derechos humanos se encamina, tal como lo han expresado algunos autores desde hace unos años a una Bioética de intervención, que

> "... despunta en el escenario latinoamericano de las últimas cinco décadas como la quinta proposición teórica –después de la teología de la liberación, la pedagogía del oprimido, la teoría de la dependencia y la teoría de la colonialidad del poder- a cargar consigo la marca regional e identitaria de su lugar originario." (Ferreira Feitosa y do Nascimento, 2015:284)

La proclamación en 2005 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (en adelante, DUBDH) de la UNESCO (UNESCO, 2005), es una referencia insoslayable para esta perspectiva, en la cual se explicitan principios fundamentales de la Bioética, con un enfoque de derechos. A los fines de este trabajo, nos centramos en tres de estos principios. El primero de ellos es el de Autonomía y responsabilidad individual, expresado de la siguiente manera en la DUBDH:

> "Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses. (art.5)." (UNSECO, 2005)

Las posibilidades de las personas para tomar decisiones están ligadas a las opciones disponibles, a los recursos (económicos, culturales, sociales), contexto, condiciones de salud, que generan constantes asimetrías. Por eso, consideramos que este principio no puede aislarse de otro de los principios explicitados en la DUBDH, como el principio de vulnerabilidad el cual señala que "Al aplicar y profundizar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías asociadas, debería tenerse en cuenta la vulnerabilidad humana. Debe protegerse a las personas y grupos especialmente vulnerables y respetarse su integridad. (art 8)" (UNESCO, 2005).

Es necesario distinguir, sin embargo, entre formas permanentes de vulnerabilidad, que no son necesariamente inmodificables y las formas contingentes que exigen mayor compromiso de la sociedad para intentar minimizarlas. Esta distinción también genera dos formas de protección, la basada en los derechos humanos de carácter más general y que obliga al estado a garantizar su cumplimiento y una forma complementaria que debe restablecer la vulnerabilidad perdida, en situaciones en las que los derechos humanos no han sido garantizados. A la vez, es necesario tener en cuenta un tercer principio, que favorece la autonomía y minimiza la vulnerabilidad, que es el de no discriminación y no estigmatización, El artículo 11 de la DUBDH, establece que "Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna." (UNESCO, 2005).

El consentimiento informado: ¿obstáculo o desafío?

La investigación en seres humanos es condición necesaria para el avance del conocimiento, pero su desarrollo implica la reflexión bioética acerca del respeto a la dignidad de los participantes. Toda actividad de investigación, especialmente la cualitativa, implica no solo explicitar pautas epistémicas y metodológicas, sino reconocer un marco ético que la sustenta. La investigación social con seres humanos comienza en la Antropología entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, pero es en épocas recientes que se están comenzando a plantear pautas éticas para la realización del trabajo de campo. Los "nativos" de la Antropología son ahora sujetos de investigación que como tales son portadores de derechos específicos que no pueden soslayarse. En "Dilemas éticos en antropología. Las entretelas del trabajo de campo" la antropóloga Margarita Del Olmo argumenta la importancia de plantear los dilemas éticos de cada investigación, dado que implican una responsabilidad para el investigador, de esta manera:

> "... el hecho de que los dilemas éticos sean contextuales y dependan de la relación que en cada caso se establece, no exime de la responsabilidad de plantearlos, sino al contrario: hay que señalarlos porque no se pueden anticipar y tampoco presuponer que están resueltos. Este ejercicio supone darle la vuelta a la tela del trabajo antropológico para ver las costuras, los remiendos y los errores, lo que implica una buena dosis de humildad y a veces un doloroso ejercicio de escarbar en la intimidad y dejar expuesto lo que normalmente se oculta." (Del Olmo, 2010:10)

Esta tarea ha sido particularmente invisibilizada por la adhesión a la tesis de neutralidad valorativa de la ciencia con la pretensión de

objetividad. Recordemos que la Antropología se inicia en el trabajo de campo, sosteniendo y pretendiendo esta objetividad. El debate epistemológico actual, considera que la pretensión de los neutralistas es ilegítima, en tanto toda relación fáctica conlleva carga teórica y valorativa. Esta última obliga al investigador a valorar los fines sociales de sus prácticas. En nuestra experiencia de investigación, la visibilización de los aspectos éticos de cada proyecto fue y es un aprendizaje constante, a fin de mantener una coherencia epistemológica con nuestro marco teórico. La construcción del consentimiento informado es un punto clave en esta problemática.

Para la elaboración del mismo hemos puesto especial interés en los siguientes puntos:

a. La descripción del estudio. Históricamente, las investigaciones antropológicas no establecían reglas sobre cómo explicar a sus informantes sobre los objetivos del estudio. Se hacía más hincapié en conseguir "entrar al campo" y lograr el suficiente "rapport" con los sujetos a fin de poder dialogar abiertamente y obtener la información necesaria. Muchas veces, el objetivo de la investigación podía diluirse en el diálogo o malentenderse. Esto es inadmisible actualmente, ya que la veracidad como regla ética otorga el derecho a los participantes de conocer la información más importante de la investigación: el título, los objetivos, la institución patrocinadora, la metodología, etc. En nuestro caso, al ser nuestros sujetos de investigación, profesionales de la salud o de la educación, esta información requirió no sólo la descripción por escrito, sino también en forma oral, a modo de conversación, en la cual tuvimos también que responder a preguntas y dudas surgidas.

b. La vulnerabilidad de los sujetos de investigación. Los sujetos pueden estar en condiciones de vulnerabilidad por distintos motivos: ser menores, poseer alguna discapacidad, estar en una condición de desigualdad social, cultural, de género, ser una minoría, etc. Pero, además, los temas de la investigación, también pueden generar una situación de vulnerabilidad. En nuestro caso, indagamos sobre temas sensibles, como la muerte, la identidad de género, la salud reproductiva. Es fundamental, por lo tanto, explicar previamente cuales son los temas que se tratarán y explicitar la libertad para responder o no sobre ciertas temáticas. Algunos autores denominan "sensibilidad moral" en el trabajo de campo antropológico "el grado y calidad de la percepción, aceptación, gestión y responsabilidad con que un investigador asume que, durante cualquier proceso

de investigación, más allá de la pregunta específica, se presentan momentos en que se ponen en juego asuntos morales." (Kalinski, 2011:27).

c. Tener en cuenta la posible subordinación de ciertos grupos que conforman los sujetos de investigación. Según el artículo 21 de la Ley 11044 y en referencia a los sujetos subordinados se expresa: "A los fines de la presente Ley, entiéndase como grupos subordinados, a estudiantes, empleados de hospitales, laboratorios y otras instituciones públicas o privadas, poblaciones carcelarias, internados en centros de rehabilitación, y todo grupo poblacional cuyo consentimiento puede ser influido por autoridad institucional." (art 21, Ley 11044). El artículo 22 de la misma ley, señala:

> "Las investigaciones realizadas con grupos subordinados deben asegurar: a) Que la participación voluntaria, la negativa a participar o la interrupción de la participación no afecte la situación ocupacional o educacional de los integrantes del grupo subordinado. b) Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los participantes. c) Que la Institución de Salud y patrocinantes de la investigación asuman la responsabilidad ante la necesidad de tratamiento médico debido a algún daño derivado, y cuando corresponda, la compensación legal que devenga de alguna consecuencia perjudicial provocada por la investigación." (art. 22, Ley 11044).

También para nosotras fue fundamental tener en cuenta la subordinación de nuestros sujetos, participantes de instituciones públicas, quienes podían no sentirse totalmente libres de expresar los obstáculos-por ejemplo- de la aplicación de ciertas leyes.

d. La confidencialidad: asegurar a los sujetos de investigación que todo lo que expresen será resguardado en el anonimato. Esto a veces requiere no solamente no exponer el nombre de la persona, sino su lugar de trabajo, su puesto o cualquier otra referencia que pueda identificarlo. La confidencialidad de los datos estará resguardada según la ley Nº 25.326 de Protección de Datos Personales y la identidad del entrevistado será encriptada en un código numérico. Toda la información proporcionada por los participantes y los resultados de se registrarán en una base de datos con acceso restringido. De conformidad con la Ley N.º 25.326 (Ley de Protección de los Datos Personales) artículo 16, los participantes tienen el derecho de rectificar, actualizar o suprimir sus datos en el registro en cualquier

momento durante la investigación. Los participantes estarán identificados por un código. Sólo los investigadores tendrán acceso al vínculo entre el nombre completo de los participantes y los códigos que se les hayan dado. Los participantes no serán identificados, bajo ninguna circunstancia, en ninguna sesión informativa pública ni en la base de datos de resultados.

e. Los beneficios y riesgos de participar. Es fundamental aclarar que no existen beneficios directos, sino aquellos que se deriven de la producción de conocimiento. En cuanto a los riesgos, a veces son sutiles y es necesario explicitarlos, tales como la incomodidad que puede generar alguna pregunta.

f. Establecer claramente los criterios de inclusión y exclusión para participar. Estos criterios no estaban claros en las investigaciones antropológicas, en las cuales muchas veces se consideraba que cualquier información dada por cualquier informante podía ser de utilidad y no resultaba relevante realizar esa discriminación. Explicitar estos criterios resulta hoy fundamental para clarificar los límites de la investigación, ya que permite no sólo informar verazmente, sino también establecer el alcance de la muestra, para atribuir específicamente los resultados de la investigación.

g. Participación voluntaria y derecho a retirarse del estudio libremente y sin perjuicio. La explicitación de esta condición se fundamenta en el respeto por la autonomía del sujeto de investigación

h. Declaración de conflictos de intereses. El investigador, la institución y el patrocinador deben declarar los intereses que guían la investigación y los posibles conflictos derivados como por ejemplo informar que el investigador cobra por realizar la investigación o que el patrocinador puede llegar a obtener beneficios económicos posteriores, en los que no serán incluidos los participantes.

i. Compromiso en divulgar los resultados de la investigación. Quienes defendemos la democratización del conocimiento, de manera especial si la investigación se realiza en una Universidad pública y con sujetos que voluntariamente participan de ella, estamos obligados a comunicar los resultados obtenidos. Este compromiso no sólo es con la sociedad en general sino también con aquellos que individualmente han participado de la tarea de investigación como sujetos participantes. Debe estar explícito y claro la forma en que los

participantes puedan acceder al conocimiento, en el que su participación fue esencial.

j. Responsabilidad y seguro. Toda investigación realizada en el marco de las regulaciones vigentes debe contar con un seguro, generalmente brindado por la institución a la que pertenece, que cubra a los sujetos participantes y al investigador, frente a posibles daños que pudieran producirse.

Consideraciones finales

Las características de la investigación social hacen que todo aquello que pretenda normarla, limitarla o estandarizarla resulte incómodo e inadecuado.

> "La investigación social no parece tener puntos de partida o de llegada epistemológicos absolutos. Aquello que asumimos como "fundamental" es posible que deba ser revisado y cuestionado. Y si bien no podemos caer en la relatividad acérrima, tampoco en la otra cara de la misma moneda, que bien puede ser llamada "dogmatismo"; seguramente deberemos encontrar un lugar de equilibrio que, aunque lábil y resbaladizo, nos permita sentirnos menos intangibles en cuanto a los núcleos duros de las producciones teóricas y enredados con las medias tintas, los grises y los contornos que rodean y se entrecruzan con ellos." (Kalinsky, 2011:6).

En esta situación, la bioética de la investigación tiene un papel insoslayable en la producción, aplicación y comunicación del conocimiento científico. Su tarea es ponderar los beneficios que produce el conocimiento, reconocer la autonomía de los sujetos, contribuir a la equidad en la distribución de recursos, exigir la responsabilidad de quienes tienen o saben más, y defender el reconocimiento de la diferencia y las perspectivas divergentes. El producto de toda actividad científica está al servicio de la sociedad. La búsqueda de verdad, siempre revisable y provisoria, sin el ejercicio de la reflexión bioética puede considerarse sin duda una práctica de investigación maleficente.

Bibliografía

Blázquez, N. (2000). *Bioética, la nueva ciencia de la vida.* Madrid, España: B.A.C.

Del Olmo, M. (2010). *Dilemas éticos en antropología. Las entretelas del trabajo de campo etnográfico*. Madrid, España, Editorial Trotta.

Ferreira Feitosa, S; do Nascimento, W. F. (2015). La bioética de intervención en el contexto del pensamiento latinoamericano contemporáneo. *Rev. Bioét, 23*(2). 281-288.

Garrafa, Volnei. (2009). Epistemología de la Bioética, enfoque latinoamericano. *Revista colombiana de Bioética,* 4(1). 73-92.

Irrazábal, G. (2015). Acerca de la emergencia y consolidación de la bioética como disciplina desde una perspectiva sociológica. *História, Ciências, Saúde, Vol.20*(2). 653-673.

Kalinsky, B. (2011). *Conocimiento antropológico. Ética, subjetividad y condiciones de diálogo*. Buenos Aires, Argentina: EFFL-UBA

La Rocca, S. (2012). Configuración de la ética dialógica en el debate Apel-Dussel y su incidencia en las prácticas de salud. En La Rocca, S. y Naveira L. (Ed.), *Valores, ética y práctica científica II*. Mar del Plata, Argentina: Suarez.

Leucona, I. (2015). Por una bioética en acción: Recursos formativos en abierto desarrollados por la UNESCO. *Revista Patagónica de Bioética*, *1*(2). 45-56.

Nascimento W.F., Garrafa V. (2011). Por uma vida não colonizada -diálogo entre Bioética de Intervenção e Colonialidade. *Saúde e Sociedade, 20.* 287-299.

Pellegrino, E. (1989). La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 108*(5-6). 379-390.

Reich,W (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. New York, United States: Mac Millan.

UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Wilchez Flores, A.(2011), La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Opción*, *27*(26). 70-84.

¿De la epistemología estímulo-respuesta a la epistemología dialógica?

Reflexiones y desafíos de la investigación cualitativa en psicología

PAULA MERCEDES ROMERO*

Introducción

Tradicionalmente y desde fines del siglo XIX y gran parte del siglo XX, las investigaciones en psicología se orientaron al estudio de fenómenos que fueran susceptibles de medición y observación directa, desde un método que garantizara la rigurosidad del proceso de investigación, influenciado por la corriente positivista en la que se fundamentó la concepción de ciencia moderna.

Durante mucho tiempo, la tradición positivista que imperó en las investigaciones de las ciencias naturales le permitió a la psicología justificar su modo de hacer ciencia, por lo que puede pensarse en un giro hacia las ciencias naturales por parte de la psicología ya entrado el siglo XX. Este viraje de la psicología, en cuanto al modo de hacer ciencia o cuando menos de aspirar a ella, también, le permitió tener un respaldo notable sólo por el hecho de guiarse por los cánones con los que la ciencia de la época determinaba qué fenómenos investigar y cómo hacerlo. No es casual que, en aquel entonces, los fenómenos subjetivos quedaran relegados del campo de estudio de la psicología, dejando por fuera un vasto terreno de investigación sobre el mundo de los significados en sentido amplio "que incluye cognición, afecto,

* Facultad de Psicología- UNMDP- CIC/PBA.

intenciones, y todo aquello que puede ser abarcado en lo que los investigadores cualitativos refieren a menudo como "perspectiva del participante" (Maxwell, 1996:4) donde esta disciplina tuvo, tiene y tendrá mucho por investigar.

Si la subjetividad era desestimada por la concepción positivista que la ciencia moderna sostenía, era porque para esta corriente sólo era susceptible de estudiarse la conducta observable, medible y cuantificable, desde un modelo cuantitativo que se extendía a todos los fenómenos psicológicos estudiados en ese entonces y, que, basado en un positivismo realista, presuponía- desde el punto de vista ontológico- la existencia de una sola verdad, objetiva e independiente de cualquier subjetividad posible.

La tendencia epistemológica centrada en obtener información "objetiva y confiable" se había convertido de la mano de los test psicológicos, en el modo preferido de acceder a datos "seguros", y aunque durante fines del siglo XIX y principios del siglo XX existían posturas filosóficas críticas del positivismo en las ciencias sociales, y nuevas tendencias en el modo de hacer ciencia, que aparecían a principios de la década de 1980 como alternativas al modo de investigación dominante en psicología, la cuestión ontológica de una existencia objetiva e independiente de la percepción humana generada por el positivismo daría cuenta de la tardía aparición de enfoques centrados en el estudio de las subjetividades.

Hasta aquí, he hecho un breve recorrido por los aportes del estudio de las objetividades al campo de investigación de la psicología, no puedo menos que preguntarme: ¿qué sucede cuando uno quiere estudiar fenómenos o cuestiones que están más allá de esa forma instituida y legitimada de hacer ciencia?

Nos topamos durante el siglo XIX y principios del siglo XX con una tradición en la investigación en psicología centrada en el dato numérico y en el estudio de las objetividades, lo que derivó en que durante mucho tiempo se considerara la exploración de las subjetividades como pertenecientes al ámbito clínico.

Si bien, a partir de la década de 1980 la investigación de índole cualitativa se hacía presente en el campo de la psicología, los intentos por explorar las subjetividades desde una lógica diferente a la de la estímulo-respuesta había quedado tan arraigada en los propios investigadores que, incluso compartiendo los principios de propuestas constructivistas del conocimiento, continuaban usando la expresión ante un instrumento como un resultado en sí mismo. En estos casos, aún al utilizar instrumentos abiertos y trabajar con trechos de expresión de una persona y no con respuestas, mantenían una lógica descriptiva extensa, en la que el investigador, más que construir sobre

las expresiones del otro terminó imponiendo sus criterios personales en el texto (González-Rey & Mitjáns Martínez, 2015)

Lo que se quiere expresar aquí es que lo que terminó por considerarse la forma legítima de hacer ciencia, terminó ocasionando una suerte de forzamiento que se extendió al estudio de las subjetividades y que generó que los investigadores de los fenómenos subjetivos terminaran imponiendo sus criterios sobre las expresiones de las personas, lo que conducía una vez más a un trato del otro como objeto de estudio, es decir, se extendían los modos del estudio de las objetividades al campo de las subjetividades, no advirtiendo el borramiento de la palabra y significados del otro.

Ese vicio difícil de erradicar y que se sostuvo durante mucho tiempo en algunos investigadores de la subjetividad, necesariamente nos advierte sobre la importancia de iniciar un camino de reflexión, que implica admitir la naturaleza de los fenómenos subjetivos y su no correspondencia con la lógica positivista imperante en el estudio de la conducta humana, durante gran parte de los siglos XIX y XX. Nos topamos entonces con algo fundamental: la emergencia de las preguntas sobre el ser de nuestras investigaciones, sobre el conocer y sobre qué ética conduce qué proceso de investigación.

La reflexión, entonces, ya no se centraría en un asunto metodológico, sino en algo previo, el posicionamiento ético, ontológico y epistemológico que está en la base del proceso de exploración de subjetividades que deseamos emprender, posicionamientos que implican un desafío para la investigación cualitativa en psicología y en las ciencias sociales en general, porque si hay un desafío que se presenta a la hora de explorar las subjetividades, este es de tipo ontológico, epistemológico y ético.

Un ejercicio de necesario: la pregunta y la sospecha sobre los modos de conocer imperantes.

Voy a reflexionar desde un lugar de sospecha para poder retomar una pregunta necesaria: ¿qué sucede cuando uno quiere estudiar estos fenómenos de la subjetividad que están más allá de la forma "establecida" de hacer ciencia?

Vasilachis de Gialdino señala algo sustancial para pensar qué lugar ocupa hoy la investigación y exploración de las subjetividades en el campo de las ciencias. Según la autora, nos encontramos con que:

> "... el modelo de diseño tradicional secuencial, lineal, reglado, ordenado, lógica y cronológicamente planificado –que aún hoy es el que predomina, sin atender al estilo de investigación seleccionado, tanto en los talleres de tesis y en la estimación de propuestas como en los formularios de eva-

> luación de proyectos y de solicitudes de financiamiento- no se aviene a la singularidad del desarrollo del proceso de investigación cualitativa." (Vasilachis de Gialdino, 2013:12)

Ahora bien, se genera algo así como un forzamiento (legitimado en el ámbito académico, aunque no necesariamente consciente ni intencional) de un modelo de diseño de investigación al que la investigación cualitativa debe ajustarse, lo que me conduce a pensar y sospechar en que poco se viene reflexionando sobre el posicionamiento epistemológico, ontológico y ético propio de cada investigación.

Este texto, inició con un título que remarca la presencia de una epistemología estímulo-respuesta y otra dialógica, para dar cuenta no de una superioridad de una sobre la otra, sino de la importancia de pensar en cómo se accede al conocimiento del fenómeno que queremos estudiar, también a si consideramos que ese conocimiento se construye o no, y de qué manera.

Esta actitud de sospecha, primeramente, conduce a preguntarnos si ha existido alguna reflexión epistemológica en el campo de la psicología, lo que me hace pensar que, si estuvo, fue difusa, más bien desligada del modo de conocer, ya que, de haberlo estado, no tendría ningún sentido el advenimiento tardío del estudio o exploración de las subjetividades, evidenciándose esto en que, durante mucho tiempo, todo estudio vinculado a lo subjetivo fue considerado clínico y no científico.

Pero no hay que ser extremistas, sí hubo un posicionamiento epistemológico (propio del conocimiento moderno) pero se asentó en un dualismo sujeto-objeto y se apresuró por definir y separar al mundo del pensamiento del mundo de la materia, considerando la existencia de una sola verdad, independiente de la percepción humana. No obstante, y contrario a los planteos propios del modelo cuantitativo basado en un positivismo realista, en el campo de estudio de las subjetividades, se torna insoslayable pensar desde un posicionamiento ontológico y epistemológico distinto.

Mariano Gialdino (2019) sostiene que, en el estudio de las subjetividades, desde un paradigma como el cualitativo, se parte necesariamente de una postura ontológica sobre "lo que el ser es", lo que sucede, es que, para los métodos cualitativos, la exterioridad no existe por fuera de la categoría mental de la persona que conoce, esto es, el conocimiento es un vínculo no independiente entre sujeto cognoscente y objeto de estudio.

Al partir de tal consideración, el acceso al conocimiento en el estudio cualitativo se centrará en una relación dialógica, lo que lleva a la expresión propia y espontánea de los participantes sin las res-

tricciones impuestas por los dispositivos metodológicos usados. Esta propuesta, no sólo contraria la epistemología estímulo-respuesta que caracterizó por mucho tiempo el modo de hacer ciencia en la psicología, también, interpela la propia forma de hacer ciencia desde el punto de vista ético.

¿Más desafíos? ¿Qué tiene para decir la ética sobre el estudio de las subjetividades desde la investigación cualitativa en psicología?

Durante mucho tiempo pudimos evidenciar los contornos difusos de la reflexión ética sobre las investigaciones que se llevaban a cabo en los laboratorios de psicología experimental, reflejándose que,

> "... ésta ha sido muy buena en convertir a las personas en cosas, y una de las ironías de los métodos de la psicología moderna en el paradigma laboratorial experimental fue que las personas estudiadas eran llamadas de 'sujetos' cuando eran tratados como objetos. En la mayor parte de la investigación cuantitativa en Psicología es realmente el psicólogo quien es el sujeto, observando y midiendo la conducta de los otros." (Parker, 2005:5).

Por ello, Gialdino (op.cit) advierte que, desde la investigación cualitativa se intentó revertir esa situación posicionando a los participantes de las investigaciones no como objetos sino como sujetos, y en este sentido, el autor, se está refiriendo a un posicionamiento ético que se impone en el estudio de las subjetividades.

El estudio de la subjetividad, la exploración de las percepciones, cogniciones, perspectivas de un sujeto, son personales, singulares, y nos hablan de la existencia de un otro diferente, nos muestra la diferencia con su palabra, con sus reflexiones, por ende, reconocer esa diferencia implica además de un posicionamiento ético, asumir de qué se encarga la investigación cualitativa.

Una mirada a la ética que propicia la reflexión sobre la investigación cualitativa en el estudio de las subjetividades es el propuesto por Lévinas (1995) quien, desde la ética de la alteridad, rescata parte de la idiosincrasia de la investigación cualitativa cuando alude a la importancia de la palabra y el diálogo como protectores de la alteridad en su diferencia. Es decir, para que podamos hablar de ética en los términos que plantea este autor, lo que se impone es, ante todo, el respeto por la alteridad y la diferencia del otro (Gialdino, op.cit).

Partiendo de la ética de la alteridad, tiene sentido considerar que, para la investigación cualitativa no se partirá de una única verdad independiente del objeto de investigación, sino de una relación de cooperación, en la que el investigador respeta la diferencia porque consi-

dera que el otro no es un objeto, sino un sujeto con ideas, cogniciones y perspectivas propias que son susceptibles de ser interpretadas, pero nunca mutiladas ni anuladas por la palabra del investigador.

Si pretendemos estudiar la subjetividad o subjetividades, debemos ser conscientes de que la alteridad es aquello sobre lo que el saber de las ciencias humanas y sociales construye su saber y, por ende, el único terreno en el que se pueden corroborar y falsar sus hipótesis. Cualquier saber que implique a la alteridad, antes de haber tenido algún tipo de experiencia de esa alteridad, será por ende invalido, empíricamente hablando (Gialdino, op.cit).

En este sentido, la epistemología dialógica que está en la base de la investigación cualitativa y que considera la construcción social del conocimiento, desde un análisis interpretativo,

> "supera la epistemología estímulo-respuesta que históricamente ha dominado la Psicología y, en cambio, opta por una epistemología dialógica orientada a la transformación del par-ticipante en sujeto de la investigación. Esto significa garantizar su expresión auténtica y la definición de un lugar propio desde el cual se pueda expresar en el curso de la investigación. En otras palabras, la lógica centrada en el instrumento es reemplazada por el diálogo, lo que lleva a la expresión propia y espontánea de los participantes sin las restricciones impuestas por los dispositivos metodológicos usados." (González-Rey & Mitjáns Martínez, 2015: 9)

Reflexiones finales

Desde luego que podría decirse mucho acerca de la tendencia positivista que primó durante años en el estudio de los fenómenos psicológicos, pero no hay que perder de vista que el posicionamiento ontológico, epistemológico y ético característicos de la lógica positivista, despertaron inquietudes y nuevos desarrollos paradigmáticos que desde los inicios de la década de 1980 optaron por plantear una forma diferente de pensar y hacer en el campo de la investigación en ciencias sociales y fundamentalmente en la psicología en particular. Me estoy refiriendo al surgimiento del paradigma cualitativo como modo de expresión diferente de acceso al conocimiento, pero fundamentalmente de pensar el trabajo científico, desde un plano ontológico, epistemológico y ético diferente.

Gracias a las preguntas emergentes en torno de tales aspectos y gracias a los aportes del positivismo al estudio de las ciencias naturales que se hicieron extensibles a las ciencias sociales, surgieron paradigmas alternativos que trajeron a la superficie ciertas cuestiones que la visión de ciencia moderna no tenía intenciones de considerar, por ser consideradas objeto de estudio de la clínica psicológica y por no ajustarse al dato objetivo. El advenimiento del paradigma cualitativo

en psicología nos permitió visibilizar la rigidez del método científico aplicado al estudio de los fenómenos psicológicos, de los que se excluyó a la subjetividad.

Que quede claro, entonces, que la subjetividad y los significados en sentido amplio, son susceptibles de ser explorados, el asunto es que al interior de una disciplina como la psicología pueda asumirse y reconocer que existen otros modos de hacer ciencia, lo que implica un desafío para la investigación cualitativa en sí, y un desafío ético, ontológico, epistemológico y metodológico para los investigadores que la conduzcan.

Bibliografía

Gialdino, M. (2019). Capítulo II. La ética como fundamento de una epistemología para las ciencias sociales. En Vasilachis, I. *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.99-160). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Gedisa.

González-Rey, F. & Mitjánz, A. (2015). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas*, *15*(1). 5-16.

Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. California, United States: Sage Publicatios.

Lévinas, E. (1995). *Entre nous. Essais sur le penser-a- l'autre.* París, France: Grasset.

Parker, I. (2005). Qualitative Psychology. Introducing radical research. London, England: Open University Press.

Vasilachis de Gialdino, I. (2013). *¿Por qué la investigación cualitativa reclama un modelo de diseño específico?* En Maxwell, J. A. *Diseño de ivestigación cualitativa. Un enfoque interactivo.* Barcelona, España: Gedisa.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 5

Intersecciones entre religión, sanación y bienestar

Coordinadorxs
- Gustavo Ludueña, IDAES-UNSAM/CONICET.
- Ana Lucía Olmos Álvarez, UNDAV/IDAESUNSAM/CONICET.
- Ana D´Angelo, CESyS-FCSyTSUNMDP.

Comentarista
- Dr. Ceriani Cernadas, Cesar; FLACSO/CONICET
- Dr. Puglisi, Rodolfo, ICA-UBA/CONICET

Medicina integrativa y complementariedad terapéutica, ¿hay lugar para la espiritualidad?

NAHIR PAULA DE GATICA*

Introducción

Las terapias alternativas y complementarias se han convertido en un fenómeno social de relevancia por su paulatina inserción en diferentes ámbitos y su estrecha vinculación con la *espiritualidad*, en tanto ésta es una categoría clave para pensar la modernidad, pretendidamente secular, y las nuevas formas de lo *sagrado* (Veer, 2013). El surgimiento de estas terapias está estrechamente relacionado con el movimiento de la *Nueva Era,* con a la reinterpretación y transformación de prácticas de raigambre oriental –en la mayoría de los casos–, asociadas con un marco interpretativo vinculado al autoconocimiento y la búsqueda individual del bienestar (Carozzi, 1999; Idoyaga Molina, 2015). Sin embargo, hoy en día, es posible pensarlas a partir de su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2015) y su inserción en instituciones biomédicas.

La relación entre las terapias alternativas/complementarias y la biomedicina ha sido abordada ampliamente desde las ciencias sociales y, también, desde la propia biomedicina. Desde que la OMS declaró, en 1998, que la salud es "es un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, *espiritual* y social, no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades" (Khayat en Toniol, 2017: 154), numerosas investigaciones

* IDAES-UNSAM.

clínicas han intentado dilucidar las implicancias del componente *espiritual* de salud, cómo este incide en los procesos de salud y enfermedad, y han intentado cuantificarlo (Toniol, 2014; Gale, 2014). Desde este marco interpretativo (Goffman, 2006) las terapias complementarias/alternativas ingresaron dentro de la óptica de las instituciones biomédicas, con el fin de abordar ese componente particular de la salud. Así, reikistas, reflexólogos, osteópatas –entre otros– comenzaron a ocupar espacios al interior de las instituciones biomédicas, para lo cual tuvieron que reconfigurar sus prácticas con el fin adaptarlas a estos nuevos contextos (Bordes y Saizar, 2018). A su vez, dentro del paradigma biomédico comenzaron a surgir maneras de significar la inserción de estas –y otras– prácticas, con el fin de insertarlas en una lógica relacional y subordinada. Complementariedad terapéutica y medicina integrativa se posicionaron como las denominaciones legítimas de referenciar la vinculación entre prácticas biomédicas y terapias alternativas/complementarias. La primera categoría refiere al uso de estas terapias como un complemento subordinado a los tratamientos biomédicos, mientras que la segunda, supondría una integración entre ambos tipos de prácticas, lo cual debiera redundar en una mutua transformación (Gale, 2014) y, por tanto, un nuevo modelo de medicina, de ahí la denominación.

Las distintas formas en que esta vinculación se da en cada país están estrechamente relacionadas con las particularidades de cada sistema de salud y los entramados históricos, sociales y culturales en que estos están insertos. En muchos países se ha alcanzado un nivel de institucionalidad, que permite el reconocimiento –con tensiones y disputas– de las terapias alternativas/complementarias dentro del sistema de salud, como el caso de Brasil (Toniol, 2018); en otros, aún hay mucho camino por recorrer, como el caso de Argentina, donde no hay reconocimiento oficial de este tipo de prácticas dentro el sistema de salud. Sin embargo, esto no implica que la inserción de las terapias alternativas/complementarias no suceda de igual manera, entre intersticios institucionales, aún en hospitales públicos (Saizar, Saudiansky y Korman, 2013; Bordes y Saizar, 2014; entre otros).

En este sentido, desde el año 2016 funciona "Espacio Vital" en el Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" de la Ciudad de Buenos Aires, un área específica abocada a la medicina integrativa dependiente de *Pallium Latinoamérica*. En este espacio, se ofrecen distintas terapias complementarias a pacientes, familiares, acompañantes, personal del hospital o personas sin conexión previa con la institución. Así, los distintos usuarios[1] pueden asistir a se-

1 Usuarios es la palabra que se utiliza dentro de Espacio Vital para referirse a todos aquellos que se atienden con reiki, osteopatía y/o reflexología o participan de

siones de reiki, reflexología, osteopatía bioenergética o a clases de expresión corporal de forma semanal, como también participar de distintas actividades o eventos que se dan de forma esporádica (charlas sobre medicina integrativa, jornadas sobre medicina tibetana, clases de tai chi, canto, tejido, entre otras). Sumado a esto, las reflexólogas[2] y los reikistas[3] realizan recorridos por las distintas salas del hospital, brindando sesiones a los pacientes que se encuentran internados o asisten al área de oncología regularmente para recibir medicación, como también a los acompañantes que se encuentren con ellos. Por tanto, el espacio cuenta con dos modalidades de atención fuertemente marcadas, sin embargo, no hay una jerarquía entre cuál modalidad es la esperada, sino que se contemplan los distintos *usuarios* como parte de la integración propuesta y de un proceso de atención. Dentro de éste, se convoca a los pacientes que son atendidos en sala a asistir a Espacio Vital, luego de haber concluido su tratamiento biomédico en el Hospital. Con respecto a los *terapeutas complementarios*, es menester indicar que trabajan en el hospital como voluntarios, en todos los casos. Cabe aclarar que el espacio adopta la denominación de *terapias complementarias* -ni alternativas, ni integrativaspara referirse a las prácticas que ofrece, posicionándolas y posicionándose así en una relación jerárquica con respecto a las prácticas biomédicas.

A continuación, nos adentraremos en la reconstrucción etnográfica de un día habitual en "Espacio Vital" con el fin de abordar cuál es el lugar de la *espiritualidad* en la complementariedad terapéutica, en este caso particular, e intentar responder si es posible practicar la *medicina integrativa* sin cuestionarse sobre el rol de *lo espiritual* en los procesos de salud-enfermedad-atención. Los datos presentados en esta ponencia forman parte de una investigación actualmente en curso.

Siguiendo las huellas de "Espacio Vital"[4]: *un recorrido etnográfico*

El *Udaondo* se alza imponente, con sus paredes de amarillo pálido, sobre la Av. Caseros en el corazón del barrio Parque Patricios. Desde la

---

las clases de expresión corporal, independientemente de si son, o no, pacientes del Hospital.

2 Forma coloquial que hace referencia a los practicantes/terapeutas de reflexología.

3 Forma coloquial que hace referencia a los practicantes/terapeutas de reiki.

4 En este apartado se presenta una reconstrucción narrada de un día completo en "Espacio Vital", todas las situaciones presentadas han sido registradas en el trabajo de campo, aunque no necesariamente han sucedido el mismo día. Los nombres mencionados son, en todos los casos, ficticios.

calle solo basta un vistazo a sus pabellones independientes, identificados con grandes letras y separados por pulmones verdes, con árboles que superan ampliamente la altura de los edificios, para saber que se está ante un Hospital con historias que contar.

Es miércoles por la mañana, día en que "Espacio Vital" cobra vida en el hospital, entro caminando por el estacionamiento hasta llegar a la imponente y antiquísima magnolia, ubicada en medio del Pabellón C, donde están funcionando los consultorios de oncología, y el "Hospital de día", hacia donde me dirijo. El espacio que rodea la magnolia es uno de los "pulmones verdes" del Hospital. Ingreso al edificio del "Hospital de día" por un estrecho pasillo, doblo a la izquierda y subo por una amplia escalera caracol; en el recibidor del primer piso atravieso una puerta vidriada y me encuentro con un mostrador con dos personas solicitando turnos. Los atiende Sandra, la jefa de enfermeras del "Hospital de día", a quién saludo mientras avanzo hacia la sala grande donde los pacientes vienen a recibir su medicación oncológica.

Al cruzar la puerta me invade un sonido armonioso, se escuchan pájaros, agua correr y algunas campanas, rápidamente este sonido se ve entrelazado con palabras que salen de la televisión, de lo que distingo como un programa de noticias. Entra luz natural por las grandes ventanas que rodean al recinto, acompañada por luz cálida artificial, en las paredes se pueden ver *mandalas* de colores vivos, pintados a lápiz, acompañados de frases tales como *"Paz interior – Disfrute – Relajación – Calma, todo está bien, hoy hay paz en tu corazón"* (registro de campo, 21/11/18). En la sala hay 12 sillones individuales grandes, reclinables, de color verde petróleo, 8 de ellos están ocupados por pacientes, todos conectados a su medicación a través de vías y con mantas polar tapándoles las piernas o todo el cuerpo. Elizabeth, una de las enfermeras, va y viene controlando las vías, cambiando las medicaciones y haciendo chistes sobre que la medicación no baja, o la vía no entra, o que se porten bien "sino, enema"; los pacientes se ríen con ella y responden a sus chistes.

Sentadas delante de dos pacientes, a simple vista masajeándo les los pies, se encuentran dos mujeres, de aproximadamente 50 y 40 años, ambas con batas blancas. Son Carolina y Francisca, reflexólogas de Espacio Vital y les están haciendo reflexología a los pacientes mientras éstos reciben la medicación oncológica. La música armoniosa que oí al entrar proviene del celular de Carolina, lo usa para intentar que el paciente se abstraiga de su alrededor y se relaje. Las sesiones de reflexología duran entre 15 y 20 minutos, dependiendo de cada paciente "y lo que me diga el pie", comenta Francisca. El pie, me cuentan, "es como un mapa que refleja todos los puntos y órganos del cuerpo"

(registro de campo, 03/07/19) entonces ellas[5] ven o sienten donde hay un problema y ahí trabajan. Cuando Francisca termina con el paciente que estaba atendiendo –quien se quedó dormido-, se acerca a otro y le pregunta si quiere "hacerse reflex", él le responde que no sabe qué es y ella le dice "son unos masajitos que lo ayudan a relajarse". Luego de dudar unos segundos, el hombre acepta y ella le pide que extienda los pies; acto seguido le saca las medias y le da una almohadilla de semillas, por si quisiera taparse los ojos. Carolina, por otra parte, les ofrece reflexología a dos pacientes que rechazan la oferta y, finalmente, se acerca al último señor que le sonríe y extiende los pies -no es la primera vez que se atiende-.

Al final del recinto, una puerta conecta con la sala de espera para familiares, me acerco y, mientras observo las dos hileras de libros que hay disponibles, una mujer de aproximadamente 40 años me sonríe. La reconozco como la hija del último paciente que empezó a atender Carolina, me acerco a consultarle cómo está su papá y me dice "re bien, estaba contento hoy que venía porque ´es el día de los masajitos´" (registro de campo, 08/05/2019) me cuenta que le costó mucho convencerlo de dejarse hacer reflexología, pero ahora le encanta y está mucho mejor, "tiene más energía, camina más y no le dan nauseas la semana después de recibir la medicación"(registro de campo, 08/05/2019). Luego de conversar unas palabras más, me retiro para seguir el recorrido de Susana, otra de las reflexólogas del equipo.

El camino me lleva al Pabellón A, el contraste de este edificio con el que acabo de dejar es notable, ya no se ve un espacio cuidado, sino unos pasillos antiguos, derruidos, humedad en paredes y techo, con mucha gente yendo y viniendo. Me dirijo al tercer piso por la estrechísima escalera, dado que hay cola en el ascensor. Al girar a la derecha, una hoja de papel sobre una puerta de madera me indica el ingreso a "clínica médica mujeres", al entrar se abre ante mí un pasillo ancho, a mi izquierda se encuentra una sala vacía y a mi derecha la sala de enfermeras. Saludo a Natalia, una de las enfermeras del sector que también es usuaria de Espacio Vital, y avanzo hacia una de las primeras habitaciones.

En la última habitación encuentro a Susana, de aproximadamente 50 años, con sus manos en los pies de la paciente de la cama 307, una mujer flaquísima de aproximadamente 55 años. Cuando llego Susana, quien usa bata blanca al igual que sus compañeras, está en plena conversación con Josefina, la paciente. Luego de presentarme, Susana me cuenta que cuando empezó la sesión Josefina, recientemente operada

5 En Espacio Vital todas las reflexólogas que trabajan como voluntarias son mujeres.

del colon, no podía apoyar la pierna "y mirala ahora"; efectivamente, la paciente me sonríe, recostada completamente en la cama, con las piernas semi abiertas. "Esto, verlos a ellos que se relajan, que les hace bien, que les duele menos, esto me hace feliz, yo lo hago con amor" (Registro de campo, 14/11/18) expresa Susana. La sesión sigue en medio de una conversación sobre los hijos de Josefina, hasta que en un momento ella pone cara de dolor, Susana le pregunta si le duele la cabeza y la paciente le dice que sí, "muy frecuentemente", a lo que Susana afirma "es el hipotálamo, este punto que te toco, ahora te masajeo acá y se van a liberar endorfinas y te vas a sentir mejor" (Registro de campo, 14/11/18)

Luego de terminada la sesión, nos despedimos de Josefina y acompaño a Susana la siguiente habitación. Les pregunta a dos pacientes "si puede hacerle masajes para relajación" explicando "soy reflexóloga, vengo del hospital, es gratuito"; una de las pacientes acepta –luego de la insistencia de su acompañante- y Susana procede a pedirle los datos para rellenar su ficha. A continuación, le pide que se ponga cómoda, se coloca crema en las manos e inicia la sesión. Pasan unos minutos y entra una médica, de aproximadamente 35 años, mira a la paciente y le dice, "ahh, estás en el spa" (registro de campo, 14/11/18), procede a oscultarle los pulmones rápidamente, ignorando a Susana quien sigue trabajando, y luego se retira hacia otra cama sin mediar palabra. Cuando finaliza la sesión, Susana me indica que termina por hoy; desandamos juntas el camino entre el Pabellón A y el C y nos dirigimos al primer piso de este último, donde funciona Espacio Vital.

Luego de subir unas amplias escaleras caracol, se abre ante nosotras un espacio tranquilo, meticulosamente decorado y cuidado –cuadros de colores pasteles pintados a mano, plantas de interior, paredes de un blanco impoluto- , con un sillón y dos sillas antiguas recuperadas. La primera puerta tiene un cartel que dice "Consultorio de Osteopatía, no golpee, aguarde a ser atendido", a través de la ventana se ve una luz tenue. La siguiente puerta pertenece a la oficina administrativa del área de Cuidados Paliativos. Del otro lado, una puerta nos lleva a un imponente balcón-terraza, restaurado con piso de madera y ocupado por más de 100 plantas de diferentes variedades, las cuales son obra y orgullo de Patricia, la encargada de limpieza del Pabellón C. Coronando el espacio, se alza un "jardín de invierno" compuesto por paredes vidriadas y amoblado con una mesa blanca, sillas celestes, un colchón-sillón con almohadones tejidos y cuadros de colores pasteles. Hacia ahí nos dirigimos y nos encontramos con el equipo completo de reflexología. Al mediodía realizan el cambio de turno, Bety y Juliana se quedan hasta las 16hs y atienden a *usuarios* con turno en el consultorio contiguo al jardín de invierno.

Dejo a las reflexólogas y entro al consultorio, es un espacio grande dividido por cortinas de tela, detrás de una de ellas se encuentra Mónica, una de las dos osteópatas de Espacio Vital, tiene aproximadamente 65 años y, a diferencia de las reflexólogas, no usa bata blanca. Cuando llego está atendiendo a una *usuaria*, así que me quedo en silencio observándola, ella está sentada en una silla atrás de la cabeza de la mujer, que está recostada boca arriba sobre una camilla. Con las manos apoyadas sobre las orejas de la mujer y los ojos cerrados, Mónica "escucha" los diferentes "fluidos del cuerpo". La osteopatía, me contó en otra oportunidad, concibe que el cuerpo tiene "tres planos, el óseo, el visceral y el magnético" que trabajan interconectados, pese a que cada uno tiene "sus propios movimientos". Así, los osteópatas posicionan sus manos en diferentes partes del cuerpo para "escuchar" el movimiento de los huesos y/o los órganos. Si encuentran alguno que esté "desequilibrado", se quedan haciendo presión levemente hasta que el mismo cuerpo "se dé cuenta" del movimiento erróneo y se acomode (registro de campo, 5/12/2018). Las sesiones de osteopatía duran aproximadamente 40 minutos, así que me despido de Mónica en silencio y salgo por la parte de atrás del consultorio.

Camino por un pasillo interno y encuentro un pequeño grupo de gente congregada, todos vestidos con una remera blanca por encima de la ropa, con un logo violeta de manos entrelazadas que indica "Reiki al Servicio", son el equipo de reikistas de Espacio Vital. En esta oportunidad, están Carlos, el coordinador del equipo del Hospital Udaondo, de 45 años, y Victor, de 73 años, uno de los socios fundadores de la organización. Junto con ellos, están Claudia, Margarita, Marcela, Alejandra, Sandra, Elizabeth y Ana, de entre 40 y 60 años. Todos se preparan para salir "a sala" pero antes, se reúnen en el consultorio para hacer una rueda "*mawashi*"[6], se colocan en ronda, cada uno con la mano derecha a su costado con la palma arriba y la izquierda con la palma para abajo, ambas conectando con las manos del que está al lado. Cierran los ojos, Carlos dice "nos conectamos con la alquimia mágica, la energía cósmica y la energía terrenal" (registro de campo, 10/04/2018), pasados unos minutos todos empiezan a romper la ronda, se escuchan algunos suaves "gracias, gracias, *namasté*".

Concluido el inicio de jornada, acompaño al equipo en su recorrido habitual por el Hospital. Por su parte, Victor se queda en el consultorio para atender a los *usuarios* eventuales que pudieran llegar. Iniciamos el recorrido en el "Hospital de día", en este horario solo

6 La rueda mawashi, círculo de reiki o rueda de reiki, es una técnica japonesa para realizar reiki en forma grupal. https://www.reikiactivo.com/reiki/tecnicas/tecnicas-de-reiki-tradicional-japones/mawashi-reiki

quedan tres pacientes cada uno con un acompañante. El equipo ingresa y Claudia toma la palabra, les pregunta a todos los presentes si quieren recibir reiki, indicando "somos de Reiki al Servicio, reiki es una terapia natural que los ayuda a relajarse y es totalmente gratuito, son 10 minutos" (registro de campo, 26/06/2019). Dos de los pacientes y sus acompañantes aceptan, Claudia se acerca con una planilla y les pide sus datos. Luego los reikistas se acercan de dos por persona para realizar la sesión, se bajan las luces y se coloca música suave, con sonido de olas, pájaros y campanas, similar a la usada por las reflexólogas en el turno mañana. Por cada persona que va a recibir la sesión, un reikista se acerca al oído y susurrando le dice "ahora vamos a cerrar los ojos, intentar relajarnos, dejar la mente en blanco"[7]; a continuación los dos reikistas apoyan sus manos en diferentes partes del cuerpo del paciente, cambiando la ubicación después de aproximadamente un minuto. Pasados 10 minutos, los reikistas retiran las manos y uno de ellos se acerca nuevamente al oído del *usuario*, "lentamente vuelvo al cuerpo, empiezo movimientos con las manos, pies cabeza" (registro de campo, 26/06/2019). Una vez que todos termi nan, se apaga la música y encienden las luces; quienes recibieron reiki agradecen efusivamente. El equipo se reagrupa, se acercan a la planilla donde cada uno plasma sensaciones que tuvieron sobre la persona que atendieron, escriben "muy nerviosa/tensión/bloqueo en chackra 1/ relajada/se liberó". Claudia se retira un poco del grupo y comienza a sacudirse los brazos y agitar las manos, "para limpiar la energía", me dice; el resto del equipo realiza movimientos similares y se colocan esencias de olores florales en las manos. Luego, todo el equipo va a una habitación contigua con Mariana, la enfermera del turno tarde y proceden a pasarle reiki todos juntos.

Después de salir del "Hospital de día" nos dirigimos a "clínica médica mujeres", ingresa todo el equipo al sector, piden permiso a las enfermeras quienes responden que sí, que pasen, sin prestar mucha atención. El equipo se divide y proceden a ofrecer reiki de la misma manera que en el sector de oncología y consiguen la aceptación de, al menos, una paciente por habitación. Luego de haber completado todas las habitaciones, nos internamos en los laberintos del Hospital y, después de atravesar un largo pasillo luminoso, con grandes ventanales, llegamos al sector de cirugía. Primero ingresamos en "Cirugía mujeres", se abre ante nosotras un pasillo largo, que lleva a 8 habitaciones compartidas. Ni bien entramos, viene una chica joven caminando con el suero, y les dice "¿ustedes son las de reiki? Yo quiero",

7 No necesariamente cada reikista utiliza exactamente la misma frase para iniciar la sesión.

algunas de las reikistas entran a la habitación con ella y otras entran en la siguiente, donde una paciente les dice "ay, yo estaba esperando que entren, si si quiero" (registro de campo, 14/11/2018).

Al finalizar, nos dirigimos a los sectores de "clínica médica hombres" y "cirugía hombres" en los cuales el equipo utiliza la misma estrategia. En el último sector, entro en una de las habitaciones con Carlos, Sandra, Elizabeth y Ana, al momento en que uno de los pacientes acepta la sesión entra un médico, de aproximadamente 35 años. Si bien el médico no realiza ningún comentario, ante su presencia, Carlos le dice al resto del equipo, "vamos, dejemos trabajar a los médicos" y proceden todos a salir de la habitación disculpándose apresuradamente. Cuando salimos, Carlos me dice "la prioridad la tienen siempre los médicos, así que si tienen que hacer algo nosotros nos vamos" (registro de campo, 14/11/2018). Después de esta situación, cuando el resto del equipo termina en las otras habitaciones, nos dirigimos nuevamente al Pabellón C, mientras contabilizan la cantidad de pacientes atendidos ese día, sumando un total de 31 sesiones de reiki.

¿Hay lugar para la *espiritualidad* en Espacio Vital?

No es objetivo de esta ponencia intentar definir qué es o no es la *espiritualidad*, sino entender cómo este concepto opera en las prácticas de Espacio Vital, en tanto este es un espacio concreto atravesado por múltiples interrelaciones y discursos (Toniol, 2017). Siguiendo a Asad (2001) entendemos que toda definición de la espiritualidad es un acto, es decir, que la misma es definida en contextos específicos, sociales e históricos, por personas que tienen motivaciones múltiples para definirla de tal o cual manera. En este caso, la definición que tengan de *espiritualidad* no será la misma para los terapeutas de cada práctica, para la coordinadora del espacio y, mucho menos, para los distintos usuarios.

Si bien todas las terapias complementarias/alternativas que brinda Espacio Vital están ligadas, desde las cosmovisiones que las sustentan, al marco interpretativo de la *nueva era* (Carozzi, 1999), es decir, a las ideas de búsqueda de bienestar, autoconocimiento, equilibrio y autocuración; sumado a la adopción de la noción de *energía* –cada una desde su particularidad- que, como indica Idoyaga Molina es posible de ser pensada como un "expresión de los sagrado" (2015: 31). Esto no es plasmado al momento concreto de brindar atención a los *usuarios*, como pudimos ver en el recorrido. En estas situaciones, las terapias son asociadas a sus posibles injerencias inmediatas en el bienestar de los usuarios, sin hacer referencia alguna a la idea de *energía* y, mucho menos, *espiritualidad*: "es una terapia natural que los

ayuda relajarse"; "son unos masajitos que lo ayudan a relajarse"; "es el hipotálamo, este punto que te toco, ahora te masajeo acá y se van a liberar endorfinas y te vas a sentir mejor". Podemos afirmar que, en este caso, las terapeutas reconfiguran sus prácticas para adaptarlas al contexto hospitalario, basados en sus experiencias –particulares y colectivas- de trabajo en ámbitos similares (Bordes y Saizar, 2018) y a la insistencia de la coordinación de Espacio Vital sobre el carácter complementario de su tarea. Considerando esto, cabe preguntarse si basta con que el reiki, la reflexología y la osteopatía bioenergética, puedan estar asociadas al ámbito de *lo espiritual* por sus practicantes para hablar de *espiritualidad* en el trabajo realizado en Espacio Vital, cuál es la vivencia de los usuarios si sólo se les habla de relajación, armonización, equilibrio y bienestar[8].

Como una tentativa de respuesta a estos cuestionamientos, parto de la idea de que *lo espiritual* de Espacio Vital no puede ser buscado en las interacciones específicas entre terapeutas y usuarios, ni en las cosmovisiones que sustentan las terapias, ni en las representaciones de los usuarios; sino que es posible hallarlo en el conjunto de todo eso, más el espacio físico, más las interacciones al pasar, los aromas y los sonidos. Martin (2007), al hablar de la religiosidad popular, propone la idea de pensarla como una textura sagrada, una textura diferencial del mundo-habitado, que es expresada por los actores en actos concretos, en prácticas de sacralización. Propongo pensar esa totalidad, en tanto conjunto de interrelaciones entre personas, espacios y sensaciones, como una textura *espiritual* que es intrínseca a Espacio Vital, al tiempo que lo diferencia del resto de las áreas del Hospital Udaondo y se cuela entre los intersticios institucionales en el devenir de los recorridos de sus terapeutas.

Sustento esta propuesta en los intentos infructuosos de los distintos actores que conforman Espacio Vital por dar cuenta de qué sucede ahí, cuál es su particularidad. Así, la coordinadora, frente a situaciones que le son difíciles de explicar, tales como la llegada de algún terapeuta en un momento de necesidad del Espacio sin tener conexión alguna con éste; la posibilidad misma de la existencia de este dispositivo en un Hospital Público con el aval del mismo y de Pallium,

---

8 La coordinadora de Espacio Vital, al comentarles la tarea realizada por éste a los pacientes oncológicos, indica brinda diferentes terapias complementarias con el fin de "optimizar" los tratamientos médicos, las "terapias farmacológicas" que hacen. Les dice que esto es "otro lado" es tratar de armonizar, de estar un poquito mejor sea cual sea la situación en la que se está. "la salud es un círculo, uno tiene que estar bien para ayudar al otro" retoma la idea de que esto ayuda en la "búsqueda del bienestar" que, partiendo del escalón que se parta, siempre se puede estar un poco mejor (Registro de campo, 03/07/2019).

u otras, plantea que tiene que ver con "la magia que fluye acá" (registro de campo, 19/12/2018). En otras oportunidades, "eso que pasa" se queda en el ámbito de lo *no dicho*, pero expresado con miradas y sonrisas cómplices o referenciado como "eso que circula", "lo que hace que todo funcione acá". Significarlo como *magia* es algo que también hacen los terapeutas:

> "Lo que pasa acá es esa magia... y la verdad es que es vivenciarla... es estar dentro de esa magia, no hay una explicación, hay algo... la energía de grupo, algo que acompaña a todos juntos" (Marcela, reikista, encuentro reflexivo 12/06/2019)

> "A mí me pasaron cosas con dos pacientes acá en el hospital que has ta yo pienso wow…es magia" (Mónica, osteópata, encuentro reflexivo, 24/04/2019)

> "(Espacio Vital) Es la sumatoria de todos los que trabajamos en él, la energía de todos lo hace "tan especial, tan mágico", una energía que circula y une a los que estamos en sala con los que están acá" (Claudia, reikista, encuentro reflexivo 22/05/2019)

Por otro lado, la referencia al espacio físico, las plantas, los sonidos, los aromas –los cuales vimos aparecer a lo largo de todo el recorrido- es expresada tanto por terapeutas, como por usuarios, a la hora de referirse a la particularidad de Espacio Vital. Josefina, una usuaria, relata su llegada al lugar como algo "extraño", vio un cartel pegado en una farmacia y, al llegar, se encontró un cuadro con un colibrí que es su "animal favorito, es un mensajero" luego, indica "acá también hay algo, no sé, las plantas, hay muy buena onda" (registro de campo 23/10/2019). Por su parte, Marita, una usuaria regular de todas las terapias, indica que "esto no lo vi en ningún lado lo que pasa en Espacio Vital", sumado a esto referencia las interacciones sociales que se dan, "hay muy buena sociabilidad con todos, inclusive con la chica que atiende las plantas" e indica la importancia del espacio físico "el lugar es precioso y eso atrae mucho (…) no parece que fuera parte del hospital" (entrevista, 25/09/2019). En este mismo sentido, los terapeutas afirman la importancia de estas mismas dimensiones:

> "Espacio vital es un "hogar", una casa donde los pacientes vienen a reencontrarse consigo mismos y aprender a sanar de la mano de profesionales que los acompañan." (Carlos, reikista, encuentro reflexivo 22/05/2019)

> "El lugar nos hace a nosotras, nosotras hacemos el lugar y el espacio, dónde vayamos se genera algo…" (Bety, reflexóloga, encuentro reflexivo 03/07/2019)

> "Espacio vital es el espacio físico, es cómodo para trabajar, hay cordialidad, hay armonía. Está a nuestro servicio, es un lugar de pertenencia. El rol de la coordinadora que se preocupa porque tengamos todos los materiales y nos permite poner música, perfumes, lámparas de sal" (Juliana, reflexóloga, encuentro reflexivo 03/07/2019)

Consideraciones finales

El recorrido realizado a lo largo de esta ponencia pretendió dar cuenta de la necesidad de problematizar la relación entre *espiritualidad* y las terapias complementarias/alternativas en contextos hospitalarios. El caso de estudio concreto permite dar cuenta de que *lo espiritual*, en el marco de un dispositivo orientado a la medicina integrativa/complementariedad terapéutica, debe ser buscado en las huellas, los intersticios que se generan en las interacciones sociales, el espacio físico, los sonidos y los aromas. Espacio vital, pensado en tanto espacio como lugar practicado (De Certau, 2000), conforma y es conformado por una *textura espiritual*, una *magia,* que lo diferencia del resto del Hospital y le otorga su particularidad.

Bibliografía

Asad, T. (2001) Reading a modern classic: W. C. Smith's The Meaning and End of Religion. En *History of Religions*, vol. 40, nº 3: 205-222

Bordes, M. y Saizar M. (2014) Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina) *Mitológicas*; Año: 2014 vol. XXIX p. 9 – 24. Bueno Aires.

Bordes, M. y Saizar, M. (2018) De esto mejor ni hablar: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y Religión* vol. 28 p. 161 – 182, Buenos Aires.

Carozzi, M.J. (1999). La autonomía como religión: la nueva era. *Alteridades*, 18 (9). pp. 19-38.

De Certau, M. (2000). Relatos de espacio. En *La invención de lo cotidiano I*. México, ITESO.

Gale, N. (2014) The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass* 8/6 (2014): 805–822.

Goffman, E. (2006) [1974]. *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Idoyaga Molina, A. (2015) Enfermedad, terapia y las expresiones

de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina. En *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 17, n. 22, p. 15-37, jan-jul 2015

Martin, E. (2007). Aportes al concepto de 'religiosidad popular': Una revisión de la bibliografía argentina de los últimos veinticinco años. En M. J. Carozzi y C. Ceriani (orgs), *Ciencias Sociales y Religión en América Latina: Perspectivas en debate*. pp. 61-86. Buenos Aires: Biblos/ACSRM.

Menéndez, L. E. (2015) *De sujetos, saberes y estructuras. Una introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Saizar, M; Saudiansky, M; Korman, G. (2013) Salud Mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología e Sociedade,* vol 25. P. 451 -460

Toniol, R. (2014) Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. Em *Sociedad y Religión* Nº43, Vol XXV (2015), pp. 110-143

Toniol, R. (2017) O que faz a espiritualidade?. Em *Religião & Sociedade*, *37*(2), 144 - 175.

Toniol, R. (2018) *Do Espíritu na Saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/ complementares nos serviços de saúde pública no Brasil.* São Paulo, LiberArs.

Veer, P.v.d. (2013) The modern spirit of Asia: the spiritual and the secular in China and India. En Weiner, Isaac. (2013) *Religion out loud: Religious*, Princeton and Oxford: Princeton University Press.

GRUPO DE TRABAJO Nº 6

Investigaciones en Salud Indígena Abordajes para repensar a las "interculturalidades" en contexto

Coordinadorxs

- Silvia Hirsch, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín.
- Mariana Lorenzetti, Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT-ANLIS) //FHyCS, UNaM.

Comentarista

- Matías Stival, Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS), Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y Programa Antropología y Salud, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Políticas Públicas, Salud Intercultural y Estrategias comunitarias para el cuidado de la salud: Estudio de caso en 5 comunidades indígenas chulupí/Nivaclé distribuidas en el Departamento de Bermejo, Provincia de Formosa

JOICE BARBOSA BECERRA Y LUCIANA VÁZQUEZ*

Introducción

En este trabajo de investigación[1] abordamos el campo de la salud intercultural a través de la descripción de las problemáticas de salud de indígena (SI), el acceso a los programas de salud local y nacional dirigidos a esta población y las distintas estrategias comunitarias que se ponen en marcha a la hora de resolver estas problemáticas, haciendo foco en comunidades chulupí-nivaclé que habitan la provincia de Formosa. Pretendemos aportar a la reflexión en torno al debate respecto a las políticas públicas desde la mirada de diversos actores (comunidades indígenas, efectoras de políticas públicas, educadores y personal del sistema de salud). Poner en discusión en qué medida garantizan una mirada intercultural, cuál es la concepción de interculturalidad y cuáles serían los desafíos para el sistema de atención primaria de la salud para garantizar el acceso.

El interés en esta propuesta nació de estudios previos en los que hemos participando. Por un lado, el proyecto, en curso de tesis doctoral, de recuperación de la memoria histórica con comunidades

* Salud Investiga: Secretaria de Salud de la Nación// Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA)// CONICET – INTA.

1 Este trabajo constituye parte del Informe Final presentado ante la Dirección de investigación para la salud, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

chulupí-nivaclé. A la vez, busca ampliar y profundizar, la experiencia de estudios multicéntricos respecto a la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva y la salud alimentaria en los ámbitos rurales, financiados por la Comisión Nacional Salud Investiga en las convocatorias 2012, 2013, 2014 y 2015.

Los resultados del estudio, se encontraron guiados por un supuesto fundamental a partir del cual se orientó nuestro trabajo de investigación: Los vínculos establecidos en el marco de las relaciones interétnicas y la valoración diferencial entre los saberes biomédicos y nativos respecto de la salud, la enfermedad y la atención influyen significativamente en el desarrollo de las políticas de salud para Pueblos indígenas. Por tanto, avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de la Salud Indígena requerirá del desarrollo de políticas con un "enfoque de Salud Intercultural" más inclusivas y comprensivas de los distintos patrones culturales y subjetividades indígenas.

El diseño de investigación fue cuali-cuantitativo de carácter exploratorio-descriptivo de tipo transversal. Consistió en la realización de un estudio de caso único que se llevó a cabo en cinco comunidades Chulupí-Nivaclé de la Provincia de Formosa. Participaron del estudio de caso: agentes sanitarios y/o profesionales de la salud: involucrados en la atención de problemáticas de salud en la comunidad chulupínivaclé; personal educativo; efectores de políticas públicas; y Familias indígenas que integran la comunidad chulupí-nivaclé. Se realizaron talleres participativos, entrevistas, encuestas y observación participante. En adelante, compartiremos algunos de los resultados del trabajo realizado, debido a la extensión, solo se abordarán algunas de las dimensiones exploradas como: entorno ambiental, salud comunitaria, salud en el hogar y atención médica e itinerarios de salud. Otros aspectos que se indagaron y que no están desarrollados en este texto son salud alimentaria, salud sexual reproductiva y salud laboral.

Resultados

La presentación de resultados se realizará a partir de los distintos ejes problemáticos abordados en cada una de las instancias de recolección de información. A saber: trabajo de campo, taller de diagnóstico participativo, entrevistas y la encuesta a hogares de salud comunitaria.

Población participante

El Censo Nacional de Población del 2010 arrojó una cifra de 645 personas que se autodenominan pertenecientes al pueblo nivaclé, en las provincias de Salta y Formosa. En Formosa, se encuentran distribuidos principalmente en los departamentos de Bermejo y

Ramón Lista. Nombre de las comunidades participantes y ubicación geográfica[2]:

- Comunidad San Miguel, en la localidad de Laguna Yema:14 familias - 108 personas
- Comunidad San José, en la localidad de Río Muerto:16 familias - 65 personas
- Comunidad *Tisjucat*, en la localidad de Guadalcazar: 27 familias - 107 personas
- Comunidad *Nu'us T'iyôjavate*, en la localidad de La Madrid: 23 familias - 117 personas
- Comunidad *Fa'aycucat* Algarrobal, en la localidad de El Potrillo: 11 familias - 58 personas
- Población dispersa en la Media Luna, San Cayetano, San Martín 2 y Las Lomitas que no viven en Comunidad: 18 familias - 97 personas

De las 552 personas censadas (APCD 2019), se relevó información de 50 hogares encuestados, alcanzando a 303 personas; 141 de género femenino, 161 masculino y 1 neonato. El promedio es de 6 de personas por hogar. En casi la totalidad de los hogares (96%) entre los miembros del hogar se habla en el idioma nivaclé. Según los datos censales, antes citados, la población alfabeta representa el 60% de la totalidad de las personas con esta pertenencia étnica. En la información relevada en la encuesta el 84% de las personas mayores de 16 años pasó por alguna institución educativa, siendo alto el porcentaje de deserción escolar. De la población entre los 7 y 16 años, el 85,5% se encuentra asistiendo a algún centro educativo.

Concepciones de salud y enfermedad

Las concepciones de salud y enfermedad se encuentran relacionadas directamente con la concepción de persona humana, con la relación con los territorios y el entorno para la reproducción de la economía de la vida, con la construcción de la subjetividad y de la corporalidad. Tal como menciona Menéndez (1994:1) "tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, dichos sistemas y conjuntos sociales no solo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran un saber para enfrentar, convivir solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos". Por ello, intentamos tener un

2 Datos censales relevados por las comunidades y la Asociación para la promoción de la Cultura y el Desarrollo, última actualización mayo de 2019.

acercamiento mínimo a estas nociones de tal forma que nos permita plantear nuevos objetivos para próximos estudios y tener en cuenta al momento de plantear la estrategia conjunta. Estas nociones fueron exploradas en el marco del taller de diagnóstico comunitario, las encuestas y entrevistas a los hogares.

En el idioma nivaclé el término empleado para referirse a la salud es *Va Tai´shayash*. Esta noción hace referencia a un estado de bienestar, vinculado con emociones como la alegría y con la capacidad y disposición para el trabajo, este último entendido en un sentido amplio. A su vez, está relacionado con la buena alimentación y el habitar un entorno natural, limpio y con acceso a las formas de economía propia. Refiere a la dinámica relacional, esto es, a la posibilidad de formar una familia, que sus miembros estén bien, no tener problemas con otras personas, gozar de tranquilidad y poder conseguir lo que se anhela, los proyectos de vida. En lo que refiere a la noción de enfermedad el término empleado en el idioma nivaclé es *Va Tai'asha*. Esta noción, refiere a un estado de malestar, a la presencia de algún dolor, al sufrimiento, a la imposibilidad de desarrollar los quehaceres de la vida cotidiana. Así es como los niños/niñas que no juegan es porque están enfermos. A su vez, también está vinculado a estados de ánimo como la tristeza. Los nivaclé no hacen diferenciación entre estados de salud emocional o física. Por ejemplo, la expresión más cercana, que encontraban en el castellano para referirse a enfermedad, era el "decaimiento" o el "desánimo", es decir, la "falta de ganas" para hacer las cosas. Se hacía especial énfasis a la falta de trabajo y a las dificultades de llevar una vida en el goce pleno de sus necesidades y de lo que se desea parala familia. Esta amplia noción de salud y enfermedad enmarca las distintas estrategias que fueron apareciendo en el diálogo con las familias. Si bien, aparece de manera relevante el mejoramiento del acceso al sistema de salud, la posibilidad de tener un agente sanitario para la comunidad, el mejoramiento de la atención en términos vinculares, la calidad de los medicamentos y de los servicios. A su vez, las comunidades entienden que el mejoramiento de los niveles de salud está relacionado, fundamentalmente, con un mejoramiento en las condiciones socioeconómicas: el acceso a fuentes de trabajo, a una vivienda segura, a fuentes de agua segura, a la educación y al mejoramiento de su relación con el entorno social inmediato.

Entorno ambiental comunitario

La percepción del entorno ambiental en un 54% de los hogares encuestados es saludable, mientras que para un 30% algo saludable o poco saludable. Las consideraciones positivas están relacionadas con un entorno natural caracterizado por la presencia de árboles, acceso

a las formas de economía propia como la caza de animales silvestres, la pesca, la recolección de frutos del "monte" y el trabajo en la chacra. El resto de hogares percibe elementos que contaminan y deterioran dicho entorno, relacionados con la mala calidad del agua, el aire y las viviendas.

La mayoría de los hogares (64%) afirmó sentir algún tipo de malestar en su salud por consecuencia del agua que se consume en la comunidad, los síntomas más frecuentes, son dolores de estómago, seguidos por diarreas y náuseas o vómitos. El 42% de los mismos describe que el agua que consume presenta mal olor, un 34% la percibe sucia, otro 28% siente un gusto extraño. Se encontró que la mala calidad del agua es asociada al agua que provee el camión cisterna, que trae agua del bañado, mientras que hay una preferencia en el consumo del agua lluvia. Otra de las posibles problemáticas asociadas a la mala calidad del agua son los lugares de almacenamiento, las comunidades, en su mayoría, cuentan con aljibes y piletas de uso común que no tienen cerramientos para el mantenimiento de la misma. Lo anterior coincide con los profesionales de la salud y los maestros, quienes indican que la mayoría de las consultas que reciben en los centros de salud y hospitales, están vinculadas a síntomas de diarrea, vómitos, dificultades respiratorias. Ellos asocian estos malestares con los factores ambientales, especialmente con el consumo de agua no potable. El descarte de los residuos no tiene ningún control de entes sanitarios. Las comunidades realizan su propio manejo de residuos. La estrategia comunitaria de manejo de residuos consiste en la combustión de los mismos. El 80% de los hogares manifestó realizar la quema cada tres meses de todos los residuos incluidos papel, plástico y todo tipo de basura. En algunas comunidades se realizan pozos en tierra para el acopio de los mismos antes de la quema. Durante el trabajo de campo se constató que no existe, en toda la zona, ninguna estrategia del manejo de residuos por parte de la administración pública, lo cual impacta en el entorno ambiental de las comunidades.

Con respecto a la presencia de plagas, el 80% de los hogares afirma la presencia de insectos y plagas que transmiten enfermedades, entre los cuáles se mencionan con mayor ocurrencia la vinchuca (67%), mosquitos (57,5). guanaco (garrapatas del chancho 15%) y otros insectos (42%). Los síntomas que se perciben son los relacionados al chagas, así como diversas afectaciones en la piel: picaduras, alergias, comezón, brotes, hinchazón, entre otros. Por medio de la encuesta se consultó si había control de insectos, fumigaciones periódicas o control manual y la respuesta afirmativa solo se dio en un 2% de los hogares, haciendo referencia a una visita en una localidad, para el control de mosquitos, en los últimos dos años.

Las afectaciones en la salud, están relacionadas directamente con las condiciones habitacionales y de infraestructura. Las comunidades participantes del estudio no cuentan con viviendas dignas, las condiciones de las mismas son muy precarias, lo que en definitiva impide el pleno goce y satisfacción de sus necesidades primarias. En este punto, es importante aclarar que si bien los pueblos indígenas de acuerdo a su organización social, cultura y usos del territorio, tiene formas particulares de hábitat y que por lo tanto, algunos indicadores que determinan las condiciones de vivienda no expresan en términos reales estas diferencias, las condiciones actuales en las que se encuentran las comunidades nivaclé son percibidas por sus miembros como deficitarias en un 80% y en un 78% se relacionan estas condiciones con las problemáticas de salud. Una de las referentes de la comunidad *Tisju'cat* lo describe en sus palabras *Ese es otro tema... porque hay vinchuca. Cuando llueve acá la pared no hay seguridad. Y la humedad también. El resfrío te hace agarrar los huesos, te duele todo. Cuando hay mucha llovizna nada se seca. Las zapatillas no se secan*.

El índice de saneamiento de las viviendas casi en su gran mayoría es "deficitario". Los hogares viven en estructuras temporales, elaboradas con materiales irrecuperables (teniendo en cuenta parámetros del Índice de Calidad Global de la Vivienda). En la comunidad San José ubicada en la localidad de Río Muerto, algunas viviendas han sido elaboradas con adobe o madera que, si bien son cercanas al modo de la vivienda rural, al igual que las otras comunidades, la mayoría de las viviendas cuentan con índice de hacinamiento crítico, lo cual es preocupante debido a la presencia de enfermedades infecto contagiosas como el TBC.

Salud comunitaria y salud en el hogar

En términos generales los miembros de los hogares calificaron su propia salud en un 48% como saludable o muy saludable, el 36% como poco saludable. Las problemáticas de salud más frecuentes en las comunidades son los estados gripales (74%), problemáticas dentales (64%), seguidos por enfermedades como el chagas (56%) y la tuberculosis (52%).

De las problemáticas de salud diagnosticada por algún médico a algún miembro de los hogares, se identificaron como relevantes: la presión alta (6%), problemas del corazón (4,6%), enfermedades de las vías urinarias (3,3%), problemas de peso (2,9%), neumonía (2,6%). Sin embargo, la falta de controles médicos de rutina y la realización de exámenes preventivos dificultan la identificación de las problemáticas. En muchos casos, los miembros de los hogares encuestados expresaban que no sabía que tenía porque nunca se habían realizado

un control médico. El 52% de los hogares expresó haber recibido atención médica de rutina en los últimos 3 meses, la mayoría de las respuestas se refirieron a una jornada realizada por los centros de salud de atención primaria de las localidades de Guadalcázar y Río Muerto, donde les hicieron control de peso. El 60% de los hogares realiza controles médicos a los menores de 14 años, de los cuales el 50% son los niños y niñas menores de 10 años. El control refiere a Talla, Peso y Vacunación.

En cuanto a otras prácticas médicas relacionadas a procedimientos quirúrgicos e internaciones, el 30% de los hogares expresó que algunos de sus miembros le habían realizado una cirugía, el 50% de estas se refería a cesáreas y un 26% a operación de la vesícula, entre otros. El 72% de los hogares expresó que algún miembro estuvo hospitalizado, alguna vez, relacionado con la cesárea, el parto y la hospitalización por tuberculosis o problemas respiratorios en menores. En el 28% de los hogares un miembro del hogar falleció en los últimos 10 años, algunas de las causas identificadas son la tuberculosis y cáncer de útero.

Los síntomas o malestares más frecuentes en hogares de las comunidades nivaclé, son los siguientes: Gripes fuertes 39,2%; Diarreas 21,7%; Fiebres altas continúas 15,5%; Dolores de cabeza constantes 13,5%; Calambres 14,8%; Dolores de las extremidades inferiores 12,2%; Mareos 12,2%; Dolores de abdomen 11,8%; Flema 10,8%; Dolores de espalda 11,2%; Intoxicación 11,2%; Dolor en la nuca 10,8%; Dolores en las extremidades superiores 10. 8%; Sangrados por las vías respiratorias 10,2%; Tos crónica 10,2%; Vómitos 10,2 %. Se indagaron otros síntomas que tuvieron menor frecuencia de aparición como alergias, problemas en los ojos, dificultades para respirar, problemas en la visión, en los oídos, entre otros. A su vez, aspectos emocionales, estos solos se presentaron en el 10% del total de la población relevada.

En la mayor parte de los hogares (74%) algún miembro se sintió enfermo y no supo que tenía. Las explicaciones que dan las personas van desde la falta de dinero para ir al hospital de cabecera donde se realizan los estudios; negación de asistencia médica; hasta no haber recibido explicación para la comprensión de los síntomas: *"Siento dolor en el pecho. Pero no me hacen estudios acá. No puedo ir a lomitas"; "Me sacaron algo de acá abajo [se señala el vientre]. Ellos me dicen que no era tan grave pero no sab*ía que tenía"; "A veces siento dolor en los brazos y todo el cuerpo, como sin fuerza. Ellos [los médicos] no *te cuentan nada a uno"*.

Atención médica

Actualmente el sistema de salud en la Provincia está distribuido por distritos y áreas programáticas. Dentro de la zona donde se encuentran las comunidades con las que realizamos esta investigación existen

centros de salud para la atención primaria y tres hospitales de referencia en las localidades de Las Lomitas, Ingeniero Juárez y Laguna Yema. En el caso del hospital de Laguna Yema e Ingeniero Juárez, son hospitales de mediana complejidad. Por lo cual, ante situaciones de mayor gravedad o para realizar cirugías es necesario atenderse en los hospitales de Las Lomitas o en la ciudad de Formosa. A su vez, en la mayoría de los centros de salud de esta zona no hay médico que resida allí. Siendo enfermeros, agentes sanitarias, obstetras y odontólogos quienes reciben las primeras demandas de atención. En lo que respecta a la atención médica, tanto por parte de los agentes u oferentes del sistema de salud como las familias indígenas, se pueden identificar una serie de dificultades y/o barreras para el acceso a los servicios médicos y también para el desempeño de agentes sanitarios y profesionales de la salud.

En la encuesta el 50% de los hogares considera que tiene acceso a los servicios médicos relacionados con los problemas antes identificados, mientras que un 38% cree no tener acceso y esto lo relaciona con la falta de médicos en la zona o que en la mayoría de los casos tienen que desplazarse fuera de la localidad para atenderse. En lo que refiere a la percepción de la atención recibida el 44% de los hogares cree que la atención que recibe del oferente de salud local es buena, frente a un 46% que expresa que la atención es mala o regular. La mayoría de los hogares (86%) cree necesaria la ampliación de los servicios de atención en salud para la comunidad. En este sentido, cuando se presentan dificultades respecto a las distancias para llegar al primer lugar de atención o en los casos de derivación a hospitales más lejanos por parte de las familias, así como las distancias que recorren los profesionales de la salud para llegar a las comunidades, podemos hablar de "accesibilidad geográfica", teniendo en cuenta la distancia y el tiempo insumido en ello. El 70% de los hogares expresó esta como una de las mayores dificultades en la atención en salud. Sumado a la falta de médicos en la zona y en particular, de médicos especialistas, esto último señalado por el 64% de los hogares encuestados.

En estrecha relación con esta dificultad nos encontramos con barreras relacionadas a los aspectos económicos, "accesibilidad financiera", señala por un 30% de los hogares. La mayoría de las familias no cuenta con ingresos laborales (60% de los encuestados no tenía ningún tipo de empleo), salvo algunas "changas" o el ingreso por los programas sociales (Asignación Universal por Hijo -50% de los hogares-, pensión -6% de los hogares-, tarjeta social para la compra de alimentos -84% de los hogares-). Debido a que el servicio de la ambulancia solo está indicado para las urgencias de mayor gravedad los pacientes deben solventar el transporte en la mayoría de los casos. Esto

impacta en la continuidad de los tratamientos y controles que requieren mayor complejidad. Otro aspecto a señalar es que las ambulancias que se encuentran en la zona no son equipadas para atender casos de alta complejidad, esto supone un alto riesgo para los pacientes debido a las largas distancias que deben recorrer hasta llegar al hospital de alta complejidad.

Otra de las dificultades señaladas en la atención responde a procesos que se denominan como "accesibilidad administrativa". En algunos casos, se les ha solicitado el DNI para la atención, vulnerando el derecho internacional de acceso a la salud. En la actualidad, el 32,1 % de la población nivaclé que habita la provincia no cuenta con el documento nacional de identidad (APCD, 2019). Esto último, ha sido una problemática histórica de las comunidades nivaclé en la provincia, producto de una lógica de extranjerización de la subjetividad nivaclé, que impacta profundamente en su bienestar social y calidad de vida. Esta situación ha sido denunciada por varios organismos y no se han podido revertir las condiciones de negación de este derecho.

Por último, se pueden identificar ciertas dificultades en torno al vínculo entre los agentes sanitarios y profesionales de la salud y las familias indígenas que definimos como "accesibilidad cultural". Esta hace referencia a los conocimientos locales, racionalidades y las representaciones que guían las prácticas saludables e influyen como facilitadores o barreras de dicha accesibilidad, en relación a la salud pública, esta dificultad fue expresada en el 54% de los hogares, seguida del "mal trato" en un 18%. Otro 18% de los hogares señaló la falta de disponibilidad de algunos servicios. Algunos actores vinculados al sistema de salud manifiestan: *"Caso de una paciente que no se podía comunicar por el idioma, y se tuvo que buscar alguien de la comunidad. El idioma es una barrera". "Impresionante cuando le hablas dos o tres palabras en su idioma y lograr la confianza. Lazos de confianza".* En este último punto, es importante resaltar la necesidad de incluir agentes sanitarios indígenas, ya que tienen un rol de facilitador y/o mediador entre la comunidad y el sistema de salud. Las familias indígenas también lo manifestaron a la hora de identificar cuáles podrían ser los aspectos a mejorar en la atención de la salud para su comunidad. El 44% de los hogares expresó que la comunidad no había recibido nunca la visita de algún miembro de las instituciones oferentes de servicio de salud, un 34% recibió una visita en el último año, el motivo de la visita correspondía a un control de peso o el aviso para la aplicación de vacunas a menores. El 58% de los hogares expresó que en el último año algún miembro de su comunidad necesitó ver a un médico y no pudo; haciendo referencia a la falta de dinero para desplazarse

al hospital de cabeza (55%). El 34% de los hogares expresó que se le había negado la atención médica a algún miembro de su hogar; dentro de las explicaciones que tuvieron mayor ocurrencia se encuentran: actitudes discriminatorias debido a su origen étnico, en otros casos, por la falta de disponibilidad de los servicios, por requerir de un turno, entre otras.

Itinerarios de la atención

Dentro de los itinerarios que realizan las comunidades cuando buscan atención médica la mayor parte de los hogares expresó recurrir a la Sala de Emergencias o Centro de Salud de Atención Primaria (56%), seguido de la derivación a un Hospital Público con turno previo (32%), Hospital de Urgencias Médicas, sin turno previo (16%), Consultorio Privado (4%) y finalmente, la Consulta a un miembro de la comunidad que sabe curar (16% de los hogares encuestados). En todas las comunidades había hogares en los que personas adultas no habían ido nunca a un centro de salud para su atención. También, ha sido importante la presencia de la práctica de autocuidado y del uso de la medicina propia (86% de los hogares). Si bien, no aparece de manera prevalente en la pregunta específica, que buscaba indagar los itinerarios en la atención de salud, luego se visibilizan al ser indagado de manera directa como "uso de planta o medicina tradicional". Esto último, se sitúa además como una de las estrategias comunitarias más importantes en el acompañamiento de la salud y la enfermedad. Así es como el 64% de los hogares expresa que en su comunidad hay personas que saben curar desde el sistema de conocimientos propios. Un 64% de los hogares manifiesta dirigirse a algún miembro de su comunidad para solicitarle ayuda, esta consiste en la realización de algún rezo o ritual (48%), la elaboración de algún remedio casero con plantas medicinales (42%), el acompañamiento a los centros de salud (20%), entre otras.

Discusión y conclusiones

En Argentina, las políticas públicas orientadas a la atención de las comunidades indígenas, parten del supuesto "estado de vulnerabilidad" de las mismas, "...una adecuación cultural del sector...[que] permita ir reduciendo las crecientes brechas sociales y económicas que separan esta población [indígena] del resto del país" (Ministerio de Salud de la Nación, FESP, 2006:3). Sin embargo, aún se encuentran serias dificultades de acceso a la atención en salud tales como: geográficas, económicas, burocráticas y sobre todo barreras culturales. En este último punto, cabe resaltar la necesidad de incorporación de agentes sanitarios indígenas, ya que son quienes tienen a

su cargo la implementación de las tareas de "promoción de la salud y prevención" mediante las "visitas domiciliarias" que realizan a las familias que integran su "sector de trabajo". Ellos, en conjunto, son los que constituyen "el nexo" entre aquellas y los distintos servicios del hospital y los programas sociales (Lorenzetti, M. 2010). Para ello, es necesario problematizar el concepto de "interculturalidad", entendiéndola "como una experiencia histórica singular que merece ser analizada desde los campos de saber a los cuales refiere, los tipos de normatividad que regulan sus prácticas y sus formas de subjetividad asociadas" (Restrepo, 2004:74). Destacamos la importancia de comprender el proceso de salud/ enfermedad/atención como un fenómeno social, en el que están en juego las representaciones sociales y el entramado que se da en cada comunidad, determinando sus prácticas. A partir del trabajo realizado, se puede identificar que, si bien en las comunidades aún persisten algunas prácticas tradicionales y ancestrales para el cuidado de la salud, es importante fortalecer las estrategias tendientes a conservarlas dentro de la comunidad, protegiéndolas como derecho fundamental para la persistencia de su patrimonio histórico y cultural. Existen factores que inciden en la pérdida de dichas prácticas asociados a los procesos de enseñanza formal, la incorporación de nuevos hábitos alimentarios, la creciente medicalización de la salud y la neocolonización. El garante de los derechos es el Estado por la vía de sus instituciones, por esto, es fundamental que el sistema de salud defina estrategias que vayan encaminadas a la realización del horizonte intercultural para el cuidado de la salud indígena y la protección de su patrimonio.

Consideramos que es necesario repensar las prácticas de salud pública con enfoque intercultural y las estrategias comunitarias para el mejoramiento de los niveles de salud de los pueblos indígenas. Generando, por ejemplo, espacios de formación y reflexión en el que los actores involucrados en la atención primaria y del sistema de salud en general, puedan comprender los patrones culturales de cada comunidad. Es recomendable que los equipos de salud y las comunidades participen activamente en el diseño de las estrategias de intervención comunitaria, partiendo del conocimiento de la realidad y de sus recursos disponibles. En este trabajo, no se identificaron experiencias de atención intercultural en ninguno de los centros oferentes de salud pública que atienden a la población participante.

El pueblo nivaclé ha sufrido un sin número de violencias, a partir de la conformación de los Estados quedó atrapado en la frontera argentino-paraguaya. Quizá este sea uno de los mayores desafíos del Sistema de Salud Pública, el de garantizar los derechos a la salud de los pueblos de frontera. Desde la mirada del sistema de salud esto se

identifica como un problema que debe ser resuelto por las comunidades y no como una responsabilidad del Estado, al decir de una oferente de SP ¿sistema público?: "*se nos hace difícil volver a encontrarlos* [haciendo referencia a la movilidad], *en cuanto a la prevención es poco lo que se puede hacer y además las condiciones de vivienda por ejemplo que viven varios en una misma tienda también hace que sea difícil por ejemplo hacer prevención de TBC*". Los pueblos indígenas asentados en zonas fronterizas, generalmente se encuentran sometidos a una incertidumbre jurídica derivada del poder jurisdiccional que ejercen dos o más Estados sobre una misma población y a condiciones de profunda vulnerabilidad. A nivel internacional a través de varios instrumentos como el convenio No.169 de la OIT, la declaración de los derechos humanos para pueblos indígenas, como recomendaciones de la OMS, se busca que los Estados sean garantes del derecho a la salud indígena y en particular los derechos de los pueblos en las fronteras. El Estado Argentino, deberá avanzar hacia una regulación específica que atienda de manera especial a estos pueblos indígenas para ampliar la garantía de la salud en territorios fronterizos.

Este estudio tuvo como motivación principal presentar la realidad de los sistemas locales de salud, en términos de acciones y servicios, de los cuales las comunidades nivaclé son beneficiarias, las cuales demandan principalmente mayores condiciones de accesibilidad para sus poblaciones. El abordaje de esta población, como tema de estudio, se debe a la debilidad de los indicadores sociales en esta región, marcada por altas tasas de desigualdad entre la población indígenas y no indígena, escasez de recursos de infraestructura y dificultades de acceso a los bienes y servicios que componen lo que el Mercosur ha denominado como "la ciudadanía social en salud" (Nogueira, 2018). Por tanto, la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud para la población nivaclé deberá ir de la mano con políticas dirigidas a un mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y ambientales, para el cubrimiento de sus necesidades básicas.

La relevancia de este proyecto radica en reflexionar en torno a la situación de la salud en las comunidades indígenas, particularmente en la comunidad Chulipí-Nivaclé de la Provincia de Formosa. A partir de los datos relevados colaborar en la sistematización de información censal de la comunidad respecto a las principales problemáticas de salud y sus posibles abordajes. Aportar estos resultados a la comunidad y al sistema de salud local, para colaborar en diseño de estrategias de intervención, desde una perspectiva intercultural.

Bibliografía

APCD (2019). *El pueblo nivaĉle en Formosa ¡Estos Son!* Formosa: Asociación Para la Promoción de la Cultura y el Desarrollo

INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2010*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos

Lorenzetti, M. (2010). *La construcción de la "salud intercultural" como campo de intervención.* Ponencia presentada en el Seminario Taller: Pueblos Indígenas de América Latina.

Nogueira, V. (2018). La dimensión social del MERCOSUR en espacios fronterizos: asimetrías y convergencias en la atención de la salud. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*, [S.l.], v. 2, p. 60-73. ISSN 2663-2047.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, (7), 71-83.

Consejo Federal de Salud (2006). *Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública* (FESP). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación

Restrepo, E. (2004): *Teorías contemporáneas de la etnicidad: Stuart Hall y Michel Foucault.* Cali: Editorial Universidad del Cauca.

La salud intercultural en la formación universitaria

MARCELA VALDATA*, ANALÍA CHUMPITAZ ** Y ANA BENSI*

La salud intercultural es interpretada desde una multiplicidad de conceptualizaciones, ya sea desde paradigmas teóricos que no siempre vinculan la práctica propiamente dicha, así como también desde una práctica "puramente originaria" excluyente de saberes académicos, encontrar un punto de equilibrio entre estos es un desafío. En esta presentación abordaremos una experiencia para la atención de tuberculosis, realizada con agentes interculturales qom y mapuches, médicos, enfermeros y antropólogos llevada a cabo en un barrio qom de la ciudad de Rosario, reflexionando sobre sus obstáculos y sus logros. A partir de este análisis presentaremos una propuesta innovadora partiendo de un abordaje de interculturalidad desarrollado a través del Curso de Agentes Interculturales en el Instituto de Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario. Nos centraremos en describir a través de este curso, la confluencia de saberes poniendo equidad a los mismos en su diagramación e implementación, como aspectos complementarios y necesarios para las prácticas corrientes, así como también en la interrelación entre los diferentes pueblos.

* CEAPROS UNR.
** Instituto de Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.

Comenzaremos realizando un recorrido sobre ciertos conceptos de la "salud pública". La salud pública convencional miró a la población como "objeto" a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que una Salud Pública contra hegemónica requería mirar cómo los "sujetos" individuales y colectivos creaban o generaban su salud en el diario vivir y al mismo tiempo cómo construían instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos. Primero destacar que el adjetivo: "pública" es un término que se lo identificó, casi siempre, con una acción gubernamental aunque no necesariamente incluía sólo este aspecto, sino que también hacía referencia a lo que es de la comunidad. En él también encontramos que:

- Subyace en el concepto de "salud pública" el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para explicar la salud, y su fundamento fue la medicina clínica con su saber.
- Utiliza el método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social donde un sujeto es interpretado como un "objeto" individual o colectivo que se reproduce en función de su estructura o sistema social de la que es parte y,
- Reconoce el poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la "prevención" de la enfermedad. (Liborio,2013:136)

Además, se reconoce que el modelo denominado "salubrista" del siglo XX estuvo encomendado a cuidar la salud del Estado, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debía observar a la población, pero a través de los cristales de la norma estatal e intervenir sobre la población transformada en objeto. En este contexto la población no sólo debía ser intervenida con la ciencia y la técni ca, sino que se le proponía olvidar su cultura particular, considerada siempre riesgosa. Al proponer una "alternativa" a la salud pública, en la década del '60, en EE.UU., surge lo que se denominó "medicina comunitaria" o "salud comunitaria". Esta alternativa podía ser visualizada bajo dos vertientes:

> a) la ejecutada por órganos estatales u otros espacios, apuntando a complementar medicina privada y la medicina pública; y
> b) la que se presentaba en las áreas de la educación médica como el movimiento de la medicina preventiva, articulando con la medicina clínica. (Liborio, 2013:141)

Cabe reflexionar ante estas premisas que la medicina clínica ha sido eficaz a lo largo de estos siglos, al solucionar una buena parte de los

problemas de la "máquina corporal" ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas, con lo cual se han logrado producir máquinas corporales menos enfermas o que tardan más en morir. Bajo este postulado podríamos decir que la salud pública posee una visión que se denomina tecnicista, a la que deberíamos contrarrestar con la fundamentación de una propuesta alternativa y en este sentido enlazamos los conceptos de "medicina comunitaria" y los de "salud intercultural".

La medicina comunitaria se interesó por los problemas relacionados con la salud de los grupos, aplicándose tanto en la práctica privada en el consultorio, la clínica y en los hospitales y otros servicios de salud gestionados a través de las administraciones públicas, abarcando un gran número de procedimientos preventivos y curativos dirigidos a las familias o a grupos de la población, especialmente focalizando a los grupos vulnerados. Entre sus intervenciones, se contemplaba el contexto con la participación activa de la comunidad organizada, realizada mediante métodos democráticos y de autogestión. De este modo, la medicina comunitaria, como disciplina, posibilitó entender el comportamiento social, y no solo la comprensión de lo biológico.

Entre los años 1950 y 1953 se producen propuestas novedosas sobre la definición de objetivos en la enseñanza de la medicina. Surgen conferencias en Norteamérica y en Latinoamérica donde se produce el surgimiento del discurso de la Medicina Preventiva. Este discurso representó un cambio en cuanto a las definiciones de la salud-enfermedad, del rol del médico, de la idea de equipo, del proce so ecológico y de la importancia de la familia y la comunidad en el cuidado médico. En este momento histórico también se difunde el modelo denominado a través del nombre de sus autores: "modelo de Leavell y Clark". Este modelo integra la definición de agente, huésped y ambiente; propone combinar los abordajes clínicos y estadísticos e incorporar las ciencias sociales, entre otros aspectos. Conjuntamen te con la epidemiología, surgen las ciencias sociales aplicadas a la medicina que darían cuenta de las problemáticas en el marco de la Historia Natural de las enfermedades (Leavell y Clark). Cabe aclarar que, en la década del '70, la práctica médica se apropiaba de la salud pública, se producía un aumento del consumo de servicios médicos, y se producía también un aumento del número de trabajadores de la salud, de alumnos en las Escuelas de Medicina donde se profundizaba la introducción de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social proponiéndose como innovadora.

Así la Medicina Preventiva se constituyó en un vehículo del proceso de cambio al interior de las Facultades donde se proponía una formación crítica en los estudiantes para que fueran agentes de cambio

de la profesión. En el campo académico, el movimiento preventivista desembocó en un proceso de creación y reconstrucción conceptual, científica y técnica que impuso la "invención" de una "salud colectiva". La medicina adjetivada como preventiva requiere ser sucedida por la salud colectiva, donde la primera se centra en el cuidado médico para "prevenir" la enfermedad e incorpora enunciados de diferentes campos teóricos y la salud colectiva produce una desbiologización del campo conceptual de la medicina preventiva, instaurando un proceso en el cual se redistribuye y se redefinen los poderes en diferentes profesiones al interior del área salud en la medida de incluir una práctica multifacética donde, además, se encuentra incluida la práctica política. La expresión salud colectiva surge a fines de la década de los años 70, con la perspectiva de construir un paradigma renovado "de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva ysocial" que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que converjan en el campo de la salud.

La Salud Colectiva integra áreas clásicamente denominadas como las "ciencias sociales", la "epidemiología" y la "planificación estratégica". Está compuesta por una polisemia de visiones como, por ejemplo, acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el proceso de Salud-enfermedad-cuidado/atención (PSEA) en su complejidad. Abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan "asistencia" a la salud de las poblaciones, hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el "derecho a la salud" de la ciudadanía.

Estas propuestas alternativas surgen en la necesidad de comprender a la salud en forma histórica, además esta comprensión requiere que sea contextualizada y por último las propuestas de cambio deben reformular la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema (PSEA/C) de la población, a través del pensamiento "complejo". Silva Paim y Almeida Filho definen la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento. De esta forma la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas

innovadoras. Analizar los modos de producción del conocimiento también requiere observar los procesos metodológicos para su construcción. Esto es, incluir a los métodos cualitativos que provienen de las ciencias sociales y reconocer a su vez la necesidad de integrar otras disciplinas o áreas en el campo como la psicología social, el psicoanálisis, trabajo social, educación, derecho, antropología entre otras, sin dejar de pensar que tienen como ejes principales la epidemiología, el planeamiento, la gestión y la política.

Otro aspecto a integrar en el campo de la Salud Colectiva es su posibilidad de ser enseñada. Es por ello que desde lo curricular de las carreras de medicina se requiere que se encuentre ligada desde los inicios del plan, entendiendo que la educación constituye un mecanismo dinamizador que promueve los cambios y las transformaciones sociales necesarias. (Liborio, 2013) En este punto es necesario ya no solo conocer las "necesidades" en salud sino reconocer cuáles son los "derechos en salud" o trabajar sobre los "derechos vulnerados". Cabe además mencionar que la Universidad Nacional de Rosario, desde la Facultad de Ciencias Médicas, y más precisamente la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, con el antecedente de formar médicos o enfermeros en el ámbito de la Salud Pública por más de 40 años, crea en el 2004 la Carrera de Especialización en Salud Colectiva con orientación en a) Administración y gestión de servicios de salud; b) Auditoría Médica y c) Salud social y comunitaria. Esta Carrera cuenta con el aval no solo del Consejo Directivo de la Facultad y del Consejo Superior de la Universidad sino también de las resoluciones de acreditación de la CONEAU.

Uno de los desafíos para la Salud Colectiva en primera instancia, es desde lo conceptual ya que ésta implica que deba ser comprendida como una construcción permanente e inacabada, y desde un nuevo paradigma basado en la salud como derecho y en la promoción de la salud. Otro aspecto es la necesidad de trascender con esta teoría innovadora hacia una práctica con miras a desarrollar las mejores ideas y acciones para actuar en salud, esto es, que se pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el cuidado de la salud de los grupos poblacionales. La Salud Colectiva, así entendida, forma un nuevo campo de conocimiento en constante desarrollo, y se constituye en un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. En este aspecto teórico, también es posible abrir puntos de debate en torno a los llamados "determinantes sociales de la salud", para contrastar con otras perspectivas divergentes y reflexionar sobre la "determinación social de la salud" que implica estudiar los modos de vida históricos y estructurales. Esta categoría abre la posibilidad de analizar los procesos contextuales y visibilizar la inequidad socioeconómica, desde la

complejidad, que el paradigma de riesgo habría ocultado. Mostrar la relación que existe entre los procesos estructurales es remplazar la lógica de la conexión lineal de variables intervinientes por un sistema donde se entrelazan los tres grandes dominios de la determinación: el dominio general que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; el dominio particular de los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y el dominio singular, de los estilos de vida y el libre albedrío personal que viven las personas con sus condiciones fenotípicas y genotípicas. (Castellanos, 1990). También es necesario trabajar con las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia, incorporando la dimensión de la interculturalidad como condición de objetividad/subjetividad innovada en el conocimiento. Además, el campo de la Salud Colectiva invita a repensar los aspectos del campo metodológico. Para un abordaje con las nuevas categorías y desde propuestas integrales propone no solo utilizar los métodos cuantitativos sino integrar los abordajes cualitativos en sus múltiples expresiones. Así como también incorporar los procesos de "triangulación metodológica" para enriquecer las miradas más comprehensivas.

El cambio de visión sobre la salud, y la integralidad que exige esta propuesta incide también sobre la actividad académica y de investigación. Un programa de desarrollo de la Salud Colectiva en una universidad pública, que asume el marco interpretativo de la determinación social, se aleja de los modelos tradicionales de educación y posibilita además una nueva perspectiva acerca del rol de la Universidad en la sociedad. Su compromiso se refuerza en la formación de "nuevas" personas / trabajadores / equipos de salud – actualmente en la formación de "capital social", para la producción de conocimientos y la transformación de las prácticas que contribuyan a comprender e interpretar las determinaciones sociales de la salud, con el objetivo de superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en la sociedad donde subyacen las inequidades.

Es en ese marco epistemológico en el cual el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario crea el Instituto de Salud Colectiva bajo resolución N.º C.D N°3328/2019, con cargo de directora Mg. Mónica Liborio y Vicedirectora Dra. Analía Chumpitaz.

Ahora bien, dentro de este paradigma ¿qué se entiende por Salud Intercultural?

La mayoría de las experiencias provienen de Bolivia, México y Brasil, estas definiciones parten de las relaciones en torno a la práctica profesional. Una de las experiencias sobre salud intercultural de México la define como

> "*… la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes*" (Campo Navarro, 2004:129)

Xavier Albó plantea que es necesario que las relaciones se planteen de forma de positiva ya que

> "(…) *la buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural...puede acarrear también consecuencias en la futura calidad de vida y hasta en la sobrevivencia del enfermo* (…)" (Albó, 2004:68)

En este mismo sentido el Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia en el año 2007 plantea

> "(…) *La interculturalidad en salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas donde cada una de ellas se predispone al diálogo, respeto, reconocimiento, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas en salud: calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes* (...)" (Ramirez Hita, 2009:16)

En nuestra propia experiencia y a partir del caso que plantearemos a continuación consideramos que para abordar la salud intercultural es necesario que se tengan en cuenta diferentes aspectos tales como la *complementariedad* de los diferentes saberes y representaciones; que sea *participativo* en cuanto se rompa con la verticalidad del conocimiento, que su valor esté enfatizado en el conocimiento comunitario y *transversal,* es decir, que contemple que la especificidad cultural no se restrinja exclusivamente a las áreas de la salud sino que se piense en la dinámica de los sistemas simbólicos.

En el transcurso del año 2018, el Programa de tuberculosis provincial y local se vincularon con la Dirección de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Rosario con el fin de iniciar un trabajo conjunto con la comisión de salud de la misma, en relación a los casos de TBC que afectaban a población originaria. Participaron los centros de salud provincial (CAPS) y el centro de salud municipal del barrio con población originaria, más afectado. En ese proceso se fueron planificando algunas acciones vinculadas a producir material educativo

como videos, folletería y material de difusión en general que tuviese la lógica originaria y que posibilitara trabajar sobre la temática en las escuelas con el fin de abordar la prevención. Se realizaron dos actividades en las escuelas con modalidad bilingüe intercultural, dentro de los barrios qom. En el transcurrir de las diversas reuniones se fue focalizando que la tarea más inmediata era lograr la adherencia al tratamiento (bajo la mirada biomédica) y el control del núcleo familiar. El CAPS provincial decidió no participar, aduciendo que sus pacientes estaban controlados, por lo que se continuó trabajando solamen te con el Centro de Salud Municipal, la Dirección de Epidemiología (que además integran la comisión de salud de la Dirección de Pueblos Originarios) el Programa de Medicina Tradicional y Natural de la Secretaría de Salud Pública, el Programa de TBC de la Municipalidad de Rosario y cinco agentes interculturales que operarían de mediadores entre la comunidad y el centro de salud. Es de resaltar que algunos de estos agentes, habían sido promotores en salud en el año 1999 y 2010 respectivamente bajo proyectos presentados a través del programa Remediar y conocían la dinámica de la atención de la biomedicina. El grupo se conformó por 4 mujeres qom y una mujer mapuche a quien solo le resta rendir una materia para graduarse de médica. La capacitación vertida para el acompañamiento estuvo centrada fundamentalmente en los aspectos más simples para la observación de los núcleos habitacionales, como por ejemplo ventilación de la vivienda, higiene, entrada de sol y alimentación.

Los casos fueron abordados de modo integral, este grupo de agentes interculturales no solo focalizaba el problema de la enfermedad, sino que registraba tanto el estado de la vivienda, situación escolar, ingresos y trabajo, así como también la participación en las iglesias pentecostales como instancias de cura. Algunas de las necesidades sobre las que se pudo dar respuesta fue en el tema de vivienda y educación: en una familia donde hubo varios decesos por esta enfermedad se les edificó una habitación que permitía una mejor ventilación al resto de la vivienda. En otro caso tanto padres como hijos adolescentes habían logrado solo 3 años de escolaridad, entonces se trabajó para posibilitar el ingreso la educación escolar para adultos. En otros casos no se obtuvo resultados de ningún tipo y fueron muy reticentes al acompañamiento.

Se realizaron algunos talleres en los que se trabajó la confidencialidad, el anonimato y los aspectos relevantes ante las dificultades de cada caso; todos fueron abordados junto al médico de cabecera y directivos de la institución. Las estrategias implementadas por el Centro de Salud se limitaban al acompañamiento y seguimiento de los diagnosticados y de su núcleo familiar, mientras que la referencia por

parte de la comunidad a la aparición de estas enfermedades respondía a aspectos espirituales. En cierta forma esto explica que en algunos casos fuera muy difícil poder cumplir con los turnos otorgados, aun cuando tenían un acompañamiento personalizado y podían darle otra entidad a la enfermedad, esto no fue suficiente. Consideramos que en esta experiencia estuvo ausente esa mirada complementaria con los saberes del otro no hegemónico, donde se propiciara la incorporación en la cura de esos saberes no legitimados, o no conocidos, por la biomedicina.

Un aspecto en el cual se puede resaltar la preeminencia de lo cultural, fue en la necesidad de complementos alimentarios. En el transcurso de la capacitación por sugerencia del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales se decidió que el suplemento sea una de las bases proteicas de la propia cultura qom: la harina de algarrobo, en reemplazo de las harinas: blanca, de maíz y de arroz que contienen las "cajas" que se entregan como complemento a la dieta de las personas con TBC. Esta propuesta fue aceptada por la comunidad, se realizaron cursos dados por ancianas de la comunidad, donde se elaboraron bocaditos para distribuir en las familias afectadas. La Secretaria de Salud se hizo cargo de la compra de la harina de algarrobo y la distribución se realizó de acuerdo a las necesidades evaluadas por los médicos de cada familia.

El cierre de este trabajo fue el día de la prevención de TBC 24 de marzo en unas jornadas donde se presentaron los avances de laboratorios, otros temas referidos a la problemática, y la exposición pública de este grupo de mujeres quienes presentaron el trabajo frente a todos los equipos de salud de la red de servicios de Salud, llevada a cabo en el auditorio del Hospital de Emergencia Clemente Álvarez.

Otro aspecto que se trabajó a posteriori de la experiencia es que estas agentes interculturales no tenían estudios concluidos, solo una tenía el título intermedio de "Promotora en salud" que otorga la UNR a los dos años de la carrera de medicina o de enfermería; algunas de ellas estaban cursando el EMPA (Enseñanza Media Para Adultos) y otras carecían de estudios.

Comenzamos a analizar cuáles eran esos aspectos que la medicina (como enseñanza y como práctica) no había logrado introducir en estos grupos, teniendo en cuenta que es fundamental poder encontrar los puentes que articulen la medicina tradicional o ancestral (es decir, los saberes propios de las culturas) y el saber biomédico (aprendido a través de los estudios universitarios). Comenzamos a planificar la posibilidad de diseñar un curso de "Agente Intercultural", pues consideramos fundamental incorporar los aspectos de la cura simbólica de las comunidades para que esa cura sea eficaz (Lévi-Strauss, 1987;

Valdata, 2011). Para ello se organizó un plan de trabajo de 120hs en 4 módulos teórico-prácticos, a dictarse en el Instituto de Salud Colectiva, con certificación de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR. Se inscribieron 40 cursantes de las comunidades: qom, mocoví, kolla y quechua y 6 estudiantes avanzadas de la carrera de medicina (con el título intermedio de técnicas epidemiólogas). El eje es fundamentalmente intercultural, el 1er y 3er módulo fue orientado por dos miembros de la comunidad qom. Es de resaltar que el modo de exposición y de presentación de trabajos es colectivo, a excepción de dos evaluaciones a mediados y al final del curso que son individuales, debiendo cumplimentar la totalidad de la asistencia y aprobar las evaluaciones pertinentes.

La metodología implementada es bajo la modalidad de talleres, con disparadores desde la experiencia de cada uno, anclados en preguntas tales como ¿qué es la salud? ¿por qué creemos que nos enfermamos? ¿cómo nos sanamos?

La distribución espacial también rompe con la lógica tradicional de la enseñanza dirigida por un docente frente al curso, respetando la lógica comunitaria de un ordenamiento circular y poniendo en circulación la palabra para la construcción de conocimiento. Es de resaltar que, pese a que no hay una costumbre ni en las comunidades ni en la práctica docente de la carrera de medicina de realizar un registro escrito, se produce en cada encuentro una detallada forma de registro en las diferentes lenguas. Registro que es el resultante de los relatos de las expositoras, el cual no solo sirve para la instancia de retrabajo (tanto individual como colectivo) sino que se transforma en el material teórico (bibliográfico) propio del curso.

A diferencia de la medicina hegemónica que es el médico el que dictamina que una persona está enferma, en este curso surge como relevante que es la comunidad quien dice que la persona está enferma y por qué. Esto nos remite a pensar en la eficacia simbólica y en el complejo shamánico (Lévi-Strauss, 1987) en la que es necesario que intervengan tres aspectos fundamentales para que haya cura:

- la creencia del shamán en su cura
- la creencia del enfermo en el poder del shamán y
- la creencia colectiva en la cura shamánica

En todo momento cuando se hace referencia a la salud se plantea que el problema de salud es un problema de la comunidad, no de las personas afectadas, esto nos acerca algunas respuestas en cuanto a la dificultad de adherencia a algunos tratamientos como la TBC, entre otros. Aún resta transitar la mitad de los módulos, pero ha sido

una experiencia única en el ámbito de la UNR, esa experiencia posibilita ir tejiendo redes en torno a otras facultades bajo la factibilidad de incorporación de otros saberes tales como la lengua, pero somos conscientes que será un largo recorrido.

Algunas reflexiones finales

Si bien no hay un trabajo acabado queremos dejar algunas reflexiones. Consideramos que, desde una perspectiva crítica, el papel de la universidad pública exige una transformación. Por un lado debe ser productora de conocimiento científico crítico ligado a los procesos claves de la sociedad; avanzar en la creación de herramientas para el control y para la rendición de cuentas de los responsables de la gestión y de las políticas; consolidar mecanismos de construcción intercultural e interdisciplinaria de investigación y extensión promoviendo la participación de los colectivos sociales y contribuir al empoderamiento democrático de las comunidades con la perspectiva de género. Desde lo contextual la Salud Colectiva tiene la necesidad de deconstruir las políticas neoliberales imperantes y proponer valores que contribuyan a generar un "progresismo" con equidad, transparencia y participación social en la medida que las prácticas se encuentren asociadas a intervenciones basadas en el enfoque de derechos permitiendo las transformaciones sociales necesarias, para que se haga efectivo lo que desde la perspectiva indígena sostienen las agentes interculturales: la salud "es dar alivio a la comunidad".

Bibliografía

Albó Corrons, X (2004) *Interculturalidad y salud. En Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Toledo, España.

Arouca S. (2008) *El dilema preventivista*. Ed. Lugar; Buenos Aires.

Botlender Severo S, Seminotti N. (2010) Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (Supl. 1):1685-98.

Bourdieu P. (1990) *Sociología y Cultura*. Ed. Grijalbo; México.

Breilh J. (2012) *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Campos Navarro, R (2004) *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Toledo, España.

Castro Lacaz FA. (2001) O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. *Ciência* & Saúde Coletiva, 6: 233-42.

Castellanos, P.L (1990) Sobre el concepto de Salud/Enfermedad.

Descripción y explicación de la situación de Salud *Bol. Epidemiológico* (Vol 10 N°4)
García JC. (1994) Pensamiento social en Salud en América Latina. OPS/OMS. Interamericana McGraw-Hill; México.
Granda E. (2004) ¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy? *Rev Cub Salud Pública* 30(2): 10-5.
Jarillo Soto EC, Guinsberg E (editores) (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Ed. Lugar; Buenos Aires.
Lévi-Straus, C (1987) *Antropología Esructural I*. Paidós, Barcelona, España.
L'Abbate A. (2003) A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 8: 274-85.
Liborio M. (2013) ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Rev. Méd. Rosario*,79: 136-141
Nunes ED do Nascimento JL, de Barros NF (2010). A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. *Ciencia & Saúde Coletiva* 15: 1935-43
Nunes ED. (2010) Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Salud Colectiva,* 6: 11-9
Ramirez Hita (2008) Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. Comisión: Antropología de la salud: politicas, prácticas y saberes. IX CAAS, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM. Posadas.
Silva Paim J. (2009) Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva* 5: 121-6.
Spinelli H (compilador) (2004). *Salud Colectiva*. Ed. Lugar; Buenos Aires.
Testa M. (1993) *Pensar en Salud*. Ed. Lugar; Buenos Aires.
Valdata, M (2011) Breve ensayo sobre el canto y sus representaciones entre los *qom,* en *Miradas Antropológicas sobre la vida religiosa II.* Renold Juan Mauricio (Compilador). Ciccus ediciones, Argentina.

Grupo de Trabajo Nº 7

Métodos y Técnicas en Antropología de la Salud

Coordinadorxs

- Romina Del Monaco, UBA/CONICET
- María Victoria Castilla, UNSAM CONICET

Comentarista

- María Epele, UBA/CONICET
- Ana Pérez Declercq, Observatorio de Violencia contra las Mujeres (Salta)

“Tiranía de los datos”: Investigación científica y búsqueda de evidencia en psicoterapias cognitivas conductuales en Buenos Aires, Argentina

ROMINA DEL MÓNACO*

Introducción

En el campo psi argentino, las psicoterapias cognitivo-conductuales adquieren en las últimas décadas mayor presencia como modo de abordar y tratar malestares en periodos acotados de tiempo. A diferencia de otros países de América Latina donde estas terapias ocupan un espacio importante tanto en lo que refiere a la formación académica como a la clínica, en Argentina la situación fue durante varias décadas muy diferente y, en cambio, desde sus inicios ocuparon un lugar periférico por la fuerte presencia y tradición psicoanalítica que se desarrolló en este país durante el siglo XX.

De esta forma, el abordaje cognitivo conductual comenzó a ser pensado, específicamente en Buenos Aires, a fines de la década de los 70, a partir de 1980 comienza su proceso de institucionalización con la creación de institutos privados, grupos de discusión, congresos y recién en los 90 y principios de los 2000 se observa una mayor difusión de este abordaje (Korman *et al.*, 2010).

Desde el campo psi hay distintos estudios sobre estas terapias que historizan su desarrollo en este país y describen los modos de diagnosticar y tratar (Keegan, 2007, 2012; Korman *et al.*, 2010; Korman, 2011; Fernández Álvarez, 2008). En cambio, desde las Ciencias Sociales, en

* IIGG-UBA.

especial antropología y sociología de la salud, no se han encontrado investigaciones que aborden estas psicoterapias. Existen numerosos trabajos sobre la cuestión psi que historizan y problematizan el lugar de la psicología y el psicoanálisis (Visakovsky, 2008; Dagfal, 2009; Plotkin, 2013), el estudio y la relación entre psicoanálisis y pobreza (Epele, 2015, 2016) y la presencia de las neurociencias en la vida cotidiana (Mantilla, 2017), entre otros. Estas investigaciones permitieron generar un marco conceptual de las tradiciones psi en Argentina para problematizar el contexto en el que se insertan las terapias cognitivas conductuales.

Si bien en estas psicoterapias convergen distintas posiciones, hay una serie de elementos que coinciden en la mayoría de los profesionales entrevistados: en primer lugar, que son terapias breves y focalizadas que buscan resolver problemas concretos que alteran la cotidianeidad de quienes padecen. Y, en segundo lugar, que se trata de una psicología basada en la evidencia que realiza investigación cuyos resultados dan sustento y legitimidad tanto a sus presupuestos epistemológicos como a la producción de diagnósticos y modos de intervención terapéutica. Las constantes referencias a estudios, datos y cifras que den cuenta de los modos de diagnosticar, del proceso terapéutico y de la eficacia de los tratamientos se convierte en algo recurrente en los relatos de los entrevistados psi. Esto se enmarca en sociedades donde si bien hay distintos saberes y modos de conocer, hay un tipo de conocimiento –científico- que adquiere un lugar hegemónico como parámetro y referencia de distintas cuestiones que atraviesan los modos de vida actuales. A modo de ejemplo, al escribir la palabra *probabilidad* en google aparecen una serie de opciones que incluyen: "cáncer, divorcio, argentina, daño, lluvia, granizo, embarazo, granizo hoy, de nieve, de lluvia para hoy, definición", entre otras. Más allá de las diferencias entre cada una de estas opciones, se trata de distintos eventos que nos atraviesan y con los que convivimos cotidianamente. Es decir, las probabilidades de que algo suceda (o no) comienzan a aplicarse a distintas esferas de la vida cotidiana al punto de intervenir en prácticas y en modos de pensar(nos).

Partiendo de una investigación en curso sobre terapias cognitivas conductuales en el Área Metropolitana de Buenos Aires, el objetivo de este trabajo es describir y analizar la relación entre estas terapéuti cas y las investigaciones científicas como instancias de comprobación y legitimación de este abordaje psi. Las referencias al conocimien to científico se utilizan para la realización de diagnósticos, para dar cuenta de probabilidades en torno a la eficacia de los tratamientos y, en muchos casos, como modos de intervenir terapéuticamente ante modos de pensar o creer que no son *funcionales* a la vida cotidiana.

A partir de la relación entre perspectivas socio-antropológicas sobre el campo psi y estudios sociales de las ciencias, se indaga cómo en los relatos de los profesionales, el conocimiento científico adquiere un lugar central no sólo como herramienta de estudio sino también, como presupuesto de este abordaje. Este aspecto visualiza jerarquías dentro del campo del saber donde la investigación empírica (asociada a lo "válido" y "verdadero"), termina funcionando como elemento de distinción de estas terapéuticas que buscan diferenciarse de otros abordajes psi *que no investigan*.

Metodología

La perspectiva teórico-metodológica del trabajo se inscribe en el dominio de las Ciencias Sociales, específicamente estudios socio-antropológicos de la salud articulados con trabajos provenientes de los estudios sociales de las ciencias. Se trata de una investigación cualitativa en la cual se realizaron entrevistas a profesionales –psicólogos/as- que trabajan desde la perspectiva cognitiva conductual con el fin de explorar y de indagar en algunas nociones centrales de esta disciplina. En el trabajo de campo se tuvieron en cuenta algunos de los siguientes aspectos para el posterior análisis: genealogías, fundamentos teóricos, epistemológicos y modos de producción de diagnósticos, particularidades de los tratamientos (temporalidad y duración), los modelos de eficacia, concepción de sujeto que padece de acuerdo a los profesionales psi, entre otras cosas.

Se realizaron 20 entrevistas a través de la técnica de bola de nieve a profesionales (mujeres y varones, el rango etario fue de 33-75 años) con diferentes trayectorias, experiencias y antigüedad en el campo cognitivo conductual que estuvieran ejerciendo desde este abordaje en el Área Metropolitana de Buenos Aires durante el periodo octubre de 2016-abril de 2017. La decisión de acotar la población de estudio al AMBA, se debe a que en dicha área geográfica se encuentra la mayor cantidad de instituciones sobre terapias denominadas cognitivas conductuales. Las entrevistas se realizaron en consultorios e instituciones privadas (salvo en un caso que se entrevistó a una residente de psicología en un hospital público).

Resguardos éticos

Esta investigación se adecua a los criterios de confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de los/as participantes, así como también de resguardar su identidad. Las personas entrevistadas 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 de una institución.

Terapias cognitivo-conductuales en el contexto argentino Las terapias cognitivas conductuales se insertan en el contexto argentino de un modo periférico ocupando un lugar marginal tanto en la educación y formación universitaria como en las clínicas y hospitales –en especial públicos- durante muchos años. Esto se debe, en parte, al lugar hegemónico que ocupó/ocupa el psicoanálisis en este país a diferencia de otros abordajes psi. Existen distintos estudios que analizan esta "hegemonía a lo largo del siglo XX documentando la flexibilidad que ha demostrado en modelar –y ser modelado- por diversos modos de sentir y dar sentido a experiencias subjetivas y sociales en las clases y élites medias y urbanas" (Epele, 2016:3). Por ejemplo, en carreras universitarias de psicología el psicoanálisis se enseña como la perspectiva predominante, también prevalece en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas (Plotkin y Visacovsky, 2007). Sin embargo, de a poco, desde lo cognitivo conductual se comienzan a cuestionar estos saberes y perspectivas con fuerte tradición fundando instituciones, grupos de estudio y jornadas de discusión en centros urbanos como Buenos Aires con la visita de referentes cognitivos conductuales provenientes, en general, de Estados Unidos e Inglaterra.

Si bien en Argentina son psicoterapias relativamente nuevas, se trata de un abordaje que comenzó a desarrollarse en Estados Unidos a mediados de la década del 60. Hay distintas explicaciones sobre su surgimiento, algunas de ellas se asocian con la búsqueda de dar respuestas y soluciones a malestares que intervenían en el desarrollo de la cotidianeidad y estaban en aumento como la depresión, aunque al poco tiempo comenzaron a extenderse y abordar otras cuestiones categorizadas como trastornos de ansiedad, depresivos, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, etc. También, otros estudios, señalan la influencia que tuvo en el desarrollo de estas terapias la revolución cognitiva promediando el siglo XX (Keegan, 2007; Korman *et al.*, 2010).

Teniendo en cuenta la fuerte presencia psicoanalítica interesa señalar que, específicamente en Buenos Aires, el despegue y mayor difusión de estas terapias a fines de 1990 y principios de los 2000 se enmarca en un contexto de profundos cambios sociales y económicos que derivaron en crisis a comienzo del año 2001. Esta situación se vio acompañada, entre otras cosas, por altos niveles de desempleo y pobreza, protesta social seguida de represión estatal y descredito de los representantes políticos (Visakovsky, 2012). Dicha situación repercutió de distinta manera en los sectores sociales, en algunos casos intervino en el (no) acceso a determinados bienes y consumos mientras que en otros a esa situación se le sumaron empleos temporales o, directamente, desocupación. Estas modificaciones, asociadas a procesos de precarización y flexibilización laboral, intervinieron con consecuencias

no sólo en las formas de sufrir y enfermar (Fassin, 2005) sino también en los modos de actuar desde los sistemas de salud y de buscar respuestas a dichos malestares.

En este contexto, donde aparecen las dificultades de articular los nuevos ritmos y expectativas de vida con las posibilidades efectivas de cumplir/alcanzar dichas exigencias sociales, comienzan a incrementarse (o adquieren mayor visibilidad) las problemáticas asociadas a salud mental. Esto genera una mayor demanda dentro del campo psi e, incluso, hay investigaciones que señalan el aumento de otros saberes y tecnologías como las cognitivas conductuales que están modificando las preferencias terapéuticas en clases urbanas no sólo en Argentina sino en Latinoamérica (Epele, 2016; Ortega, 2008; Lakoff, 2005).

Teniendo en cuenta que estas psicoterapias se presentan como *breves* y *focalizadas* a cumplir con objetivos concretos en plazos de tiempo determinado se convierten en una oferta terapéutica "atractiva" para determinados sectores socio-económicos medios y medios altos que buscan resolver malestares que intervienen en sus actividades diarias. Más aún, este aspecto se sustenta por las referencias a que dichos supuestos están garantizados a partir de estudios empíricos.

Terapias validadas: vínculos entre conocimiento científico y lo psi

El conocimiento científico es un modo de saber que a lo largo del siglo XX y principios de este siglo adquiere un lugar protagónico asociado con la objetividad y racionalidad. Se trata de un conocimiento que, de a poco, atraviesa distintas esferas de la vida cotidiana y, muchas veces, funciona como parámetro para establecer pautas de comportamiento, formas de actuar y de pensar. Progresivamente, los modos de hablar en distintos ámbitos están permeados por un lenguaje científico o biomédico que interpela a las personas y establece un tipo de relación consigo mismas y con otros. Más aún, estos lenguajes científicos y biológicos también intervienen en descripciones sobre emociones y sentimientos de infelicidad, dolor, sufrimiento, entre otras cosas (Rose, 2012). De hecho, en distintos ámbitos es recurrente escuchar hablar de frases como "comprobado científicamente" para otorgar legitimidad y eficacia a lo que se esté ofreciendo (que pueden incluir cuestiones tan heterogéneas como un producto, actividad física o estudio médico). Decir que algo está avalado científicamente parece otorgar una certeza, seguridad y confianza que no sucede cuando se apela a otros conocimientos o saberes.

> Esa gente desarrolla toda una serie de programas y toda una tradición e investigación que funciona muy bien… Sigue funcionando hoy en

> día, sigue habiendo investigadores ahí. Investigó Beck, la gran cosa que tuvo de diferencia de Ellis fue… que era profesor universitario, hizo investigaciones de eficacia… mostró que… el tipo para 1979 ya tenía 11 investigaciones que mostraban que el método funcionaba… Se hizo popular, porque bueno, era eficaz y tenía… digamos, esta eficacia demostrada… (Psicólogo cognitivo conductual, 53 años)

> Una de las cosas que diferencia a las TCC… de otros movimientos, es que busca siempre apoyo empírico tanto de la eficacia de los tratamientos como… busca apoyo empírico de las teorías de base… o si querés de la ciencia básica que… de alguna manera sustenta el tratamiento. En el primer momento la eficacia se evaluaba tomando el modelo de la medicina. Bueno…, la verdad que se ha publicado una cantidad estratosférica de estudios sobre distintos tipos de tratamientos para TCC, para distintas cogniciones. (Psicólogo cognitivo conductual, 47 años)

Los profesionales entrevistados señalan que retoman y tienen como modelo de investigación a las ciencias biomédicas. Por sus características, estas últimas tienen una fuerte tradición en la producción de datos basados en las ciencias naturales y estadísticas que tienen por objetivo predecir, evaluar y medir enfermedades a partir de la recolección de números y datos probabilísticos (Rose, 2012). Además, se trata de un modelo curativo en el cual los profesionales indagan en los síntomas que consideran propios del malestar y se abstraen de los sujetos y de los elementos "periféricos" a la dolencia (Foucault, 2008). Entonces, elementos como la objetividad y la estandarización, independientemente de la sociedad y la cultura, son cuestiones que forman parte de este modelo biológico (Lock y Nguye, 2010) y que estas psicoterapias intentan retomar y aplicar al campo psi.

Este proceso incluye una lógica determinada donde el conocimiento empírico está asociado con modelos de saber y verdad, susceptibles de ser generalizados. Interesa, en cambio, pensar el conocimiento científico como un tipo de saber con particularidades y, también, límites determinados donde los criterios de verdad y objetividad no lo preexisten, sino que son modelados y construidos dentro de esta lógica. Siguiendo a Foucault, el conocimiento no es una facultad permanente, sino que se trata de un acontecimiento que incluye definir sus objetos de estudio, normas para elaborar conceptos, criterios de legitimidad y formas de diferenciarse de otras disciplinas o campos. Lo mismo sucede con la verdad como categoría que permite regir el mundo a partir de determinadas leyes ya que aparece como lo visible, mensurable y constatable (Foucault, 2008).

Que los presupuestos epistemológicos de las psicoterapias cognitivas conductuales se sustenten en el conocimiento científico, específicamente siguiendo el modelo biomédico, implica una toma de posición con respecto al lugar desde el cual se estudia y problematiza el objeto de estudio. De algún modo, estas referencias crean las condiciones para estandarizar, categorizar y abordar en términos probabilísticos y científicos experiencias asociadas a distintos malestares.

Acá se investiga: jerarquías espaciales en la producción de conocimientos

Como se mencionó previamente, los profesionales señalan que estas terapias son *científicas, basadas en la evidencia, realizan investigación, se actualizan constantemente*, entre otras formas de caracterizar a este abordaje psi. Sin embargo, al mismo tiempo que se resalta la cientificidad, aparecen las referencias a que esta búsqueda constante de datos instala una especie de "tiranía de la eficacia" con la que no siempre se puede cumplir. En primer lugar, por las características y la composición que suelen tener las muestras que conforman dichos estudios y, en segundo lugar, por la dificultad de realizar investigación en el contexto argentino.

> Si hay uno de los temas de mayor debate en el mundo de la psicoterapia en general es precisamente tomar el modelo que se utiliza en medicina para investigar porque es un modelo que camina sobre dos patas, digamos, ¿no?, para determinar la eficiencia de un tratamiento. Si uno quiere estudiar cuál es la eficiencia que tiene una intervención terapéutica, hay dos métodos para hacerlo: una es la eficacia y la otra es la efectividad. La eficacia funciona con muestras controladas y aleatorias, mientras que la efectividad funciona con muestras naturales, digamos… Este… por supuesto la eficacia al funcionar con muestras controladas, le da una validez interna muy grande al procedimiento y, en medicina eso es lo que más predomina, digamos, ¿no es cierto? Este… cuando lo trasladás al caso de la psicoterapia, este… es muy potente lo que informa, pero tiene poca validez externa, porque en realidad… son esos famosos grupos de muestra que se arman con personas que terminan siendo la mayoría de los estudios hechos con estudiantes universitarios, que son los que están disponible, ¿viste? Es decir… son poco reales, pero son buenas muestras, están todas bien pensadas, están todas depuradas, se pueden hacer estudios aleatorizados… pero no son los pacientes que vemos. Entonces hoy por hoy hay una gran discusión internacional y yo formo parte de un grupo que estamos peleando contra la tiranía de la eficacia, contra la tiranía de… la investigación de los resultados se basen fundamentalmente en ese tipo de estudios… y tratemos de encontrar alguna manera de… hacer estudios más naturalísticos (Psicólogo cognitivo conductual, 67 años)

Esta búsqueda de validez universal mediante la estandarización –propia del conocimiento biomédico– implica –inevitablemente– pérdidas de especificidad del carácter local de los procesos abordados y una necesidad de clasificación y categorización determinada. Dicha cuestión instala, por lo menos, la pregunta respecto de la posibilidad de equiparar ambos objetos de estudio y abordar cuestiones psi desde conceptos y esquemas que provienen de la biomedicina. Es decir, en la búsqueda de objetividad y cientificidad se establecen relaciones entre malestares orgánicos y de la personalidad suponiendo estructuras del mismo tipo que no necesariamente sucede (Foucault, 2016). Autores como Lakoff analizan cómo los procesos de globalización actuales permiten el rápido flujo de información, cuerpos humanos y capital a través de distintos países mediante las innovaciones tecnológicas y transformaciones político-económicas. Sin embargo, hay cuestiones que diferencian las investigaciones biomédicas de aquellas que abordan problemáticas psi que es necesario distinguir (Lakoff, 2006) ya que se trata de aplicar una misma herramienta metodológica para pensar cuestiones diferentes.

La discusión no sólo tiene que ver con que los modelos de investigación provienen de la biomedicina sino que, además, dichas investigaciones son resultados de contextos determinados. Entonces, experiencias de sufrimiento que se estudian y se enmarcan en países con particularidades determinadas son transformadas en *trastornos, desordenes psi, diagnósticos* que adquieren un carácter general y aplicable a distintos espacios. Esta cuestión deja de lado que los modos de padecer están atravesados por cuestiones locales en las que se ponen de manifiesto diferentes desigualdades que atraviesan los cuerpos y los modos de resolución de malestares. En cambio, apelar a estudios basados en la evidencia que se producen en contextos determinados con poblaciones específicas como parámetro de referencia "universal" crea las condiciones para que determinadas experiencias subjetivas queden subsumidas en convenciones y categorías generales.

> O sea, la mayoría de las investigaciones se producen en el extranjero. Los estudios de eficacia en Argentina… son prácticamente inexistentes. Hay, pero son prácticamente inexistentes. Entonces más allá de que uno sepa… bueno, en un montón de poblaciones con estrés postraumático, por ejemplo… esta herramienta tiene un grado de eficacia elevado, hay que evaluar algunas variables que son de la idiosincrasia particular del paciente que tengas adelante. Que dista a lo mejor de la población objetivo en estudio, seguramente. A mí me parece que sigue siendo el punto flojo… del desarrollo de psicoterapia en Argentina (Psicólogo cognitivo conductual)

> Yo creo que casi toda la investigación está hecha en los países anglos y en población de clase media acomodada. Habría que llevar esos tratamientos a… extrema pobreza, a Latinoamérica… No me lo lleven al Reino Unido… donde el peor que está vive como la clase media acá. No, déjame ver en contexto qué pasa, a ver si tiene ese mismo nivel de utilidad. Entonces son… como… yo creo como que tiene mucho potencial… pero en la investigación nada… abarca un 0.5 del mundo… eso es un pequeño detalle. No está mal, por lo menos lo investigan… pero está muy orientado y habría que expandir todo eso… a ver si funciona igual (psicólogo cognitivo conductual)

Hacer referencia a probabilidades y resultados de estudios realizados en otros contextos como Estados Unidos o el Reino Unido como sustento de intervenciones psi aplicadas Argentina instala la cuestión sobre la relevancia o no de los aspectos locales en la producción de conocimientos que se aplican en intervenciones terapéuticas. De hecho, en las entrevistas, los profesionales cognitivos conductuales señalan que, en general, quienes participan de los estudios forman parte de una población relativamente homogénea ya que se trata de personas cercanas o próximas a quienes investigan dificultando conformaciones heterogéneas que se traduzcan en los resultados.

En este sentido, interesa tener en cuenta qué lugar ocupan en estas psicoterapias las particularidades locales al momento de aplicar determinadas investigaciones para pensar problemáticas psi en otros contextos. En términos de Lock, tanto la biología como los cuerpos humanos están situados en contextos sociales, económicos, históricos (Lock, 2010). Entonces se trata de recuperar cómo intervienen esas biologías locales en los sujetos y modelan determinadas formas de padecer y de buscar resolución a los mismos. Explorar las referencias a una psicología basada en la evidencia desde la noción de biologías locales permite problematizar las (im) posibilidades de universalizar diagnósticos y experiencias suponiendo que existen criterios compartidos más allá de los contextos y espacios de producción de conocimiento.

¿Cómo saber, por ejemplo, si los estudios que dan cuenta de la eficacia de las terapias cognitivas conductuales en el abordaje de la depresión en Estados Unidos pueden ser aplicados para pensar la depresión como categoría diagnóstica en Argentina? Hacer esta pregunta incluye no sólo revisar las posibilidades de condición para que determinados saberes se trasladen a otros espacios sino también desde donde y hacia donde suelen trasladarse dichos conocimientos. Así como hay jerarquías dentro de los distintos saberes donde el conocimiento científico ocupa un lugar hegemónico, algo similar sucede

con los contextos de producción de este conocimiento científico y con los modos en que circulan estos saberes hegemónicos. Es decir, hay países que, entre otras cosas, por sus recursos económicos realizan investigaciones y producen conocimientos que adquieren un carácter general y se transforman en sustento de disciplinas como las psicoterapias cognitivas conductuales. Es decir, los entrevistados resaltan la cantidad de *papers*, investigaciones, estadísticas sobre la eficacia de estas psicoterapias omitiendo, en muchos casos, el carácter contextual y particular de las mismas.

Algunas reflexiones finales

A modo de cierre, el objetivo de este trabajo fue comenzar a plantear la relevancia que está adquiriendo en Argentina, específicamente en Buenos Aires, el abordaje cognitivo conductual como una búsqueda de responder a malestares dentro de contextos donde "estar bien" como una cuestión moralmente correcta para cumplir con determinados ritmos y exigencias sociales, laborales, vinculares son cada vez mayores. De hecho, este abordaje psi que se desarrolla –especialmente- en ámbitos privados de salud propone abordar cuestiones concretas que intervienen e imposibilitan realizar distintas tareas y cumplir con obligaciones de la vida cotidiana. Es decir, en palabras de los profesionales se trata –en general- de *fobias, malestares, trastornos* que impiden *adaptarse al medio*. En el transcurso de las entrevistas fue posible visualizar el lugar protagónico que en estas psicoterapias tiene el conocimiento científico no sólo como herramienta de estudio sino también como sustento y presupuesto epistemológico del abordaje cognitivo conductual. Sin embargo, dar cuenta de las características de estos conocimientos y de los contextos en los que, en general, se producen visibiliza una doble jerarquía: espacial y de saber. Como dice un psicólogo entrevistado:

> Es súper complejo investigar en psicoterapia. Los chicos de Harvard… la gente rica. ¿Qué es la ciencia cognitiva? ¿conoces el chiste? Bueno, dice que es la ciencia que investiga a los chicos de Harvard… Los chicos más ricos del mundo. Hay experiencias que intentan ser más generales y en comunidad, hay mucha investigación, pero generalmente **los estudios se hacen**… es difícil conseguir a los pacientes… Que vuelvan, que los evalúen. El 90% de la investigación está hecho sobre población anglosajona… clase media acomodada… ¿Y el resto de los mortales? (psicólogo cognitivo conductual)

En sociedades donde el campo científico y determinados modos de producción de conocimiento ocupan un lugar protagónico, los efectos

que tiene hablar de una *psicología basada en la evidencia* son centrales ya que revisten a esta práctica de una legitimidad y reconocimiento particular. Esta hegemonía de los números y la producción de estadísticas y probabilidades tiene un lugar protagónico en distintas áreas de la vida convirtiéndose en una herramienta fundamental para categorizar, enumerar y clasificar (Hacking, 2011). Las referencias al conocimiento científico producen efectos en los modos de pensar, actuar, diagnosticar y tratar. Pero, al mismo tiempo, este lugar hegemónico de la ciencia instala la pregunta por la posibilidad de representatividad o no de determinadas investigaciones sobre problemáticas psi en distintos contextos muy diferentes entre sí.

Esta cuestión incluye la pregunta por lo que sucede con aquello que no ingresa en el campo de las categorías empíricas, probabilidades y, consecuentemente, no es nombrado (reconocido). Quizás, en algunos casos ingresa en el ámbito de lo azaroso, de aquello que escapa a la norma o, siguiendo una noción de estas psicoterapias, de lo *disfuncional* y de aquello que *no responde ni se adapta* a las realidades planteadas por los saberes expertos.

Bibliografía

Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966).* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Epele, M. (2015). Entre la Escucha y el Escuchar. Psicoanálisis, Psicoterapia y Pobreza Urbana en Buenos Aires. *PHYSIS, 25.* 797–818.

Epele, M. (2016). El hablar y la Palabra Psicoterapias en los Márgenes de Buenos Aires. *Revista Antípodas, 25*. 15–31.

Fassin, D. (2005). Compassion and repression: the moral economy of inmigration policies in France. *Cultural Anthropology, 20*(3). 362-387.

Fernández Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Madrid, España: Desclée de Brouwer.

Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Hacking, I. (2011). *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona, España: Gedisa.

Keegan, E. (2007). *Ensayos de Terapia Cognitiva*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.

Keegan, E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 20.* 52-56.

Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en Argentina. *Revista Interamericana de Psicología/*

Interamerican Journal of Psychology, 45(2). 115-122.
Korman, G.; Viotti, N.; Garay (2010). Orígenes y profesionalización de la terapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la configuración del campo psi en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19*(2). 141-150.
Lakoff, A. (2005). *The pharmaceutical reason*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
Lakoff, A. (2006). Liquidez diagnóstica: enfermedad mental y comercio global de ADN. *Apuntes de investigación del CECYP, 11*. 31-57.
Lock, M.; Nguye, V. (2010). *An anthropology of Biomedicine.* Oxford, England: Wiley–Blackwell.
Mantilla, M. (2017). Autoayuda cerebral y nuevas gramáticas de bienestar. Cuidar el cerebro para una vida saludable. *Athenea-Digital, 17*. 97–115.
Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana, 14*(2). 477-509.
Plotkin, M. (2013). Historia y Psicoanálisis. Encuentros y desencuentros. *CulturasPsi/ Psi cultures*, *1*. 25–44.
Plotkin, M.; Visakovsky, S. (2007). Saber y Autoridad en las intervenciones de los psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina. *E.I.A.L., 18.* 11–27.
Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.* La Plata, Argentina: UNIPE-Editorial Universitaria.
Visakovsky, S. (2008). Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. *Antípoda, 6*. 91–111.
Visakovsky, S. (2012). Experiencias de descenso social, percepción de fronteras sociales y la identidad de clase media en la Argentina de la post-crisis. *Pensamiento Iberoamericano.*133–168.

La producción de conocimiento sobre aborto autogestionado en Argentina

RAQUEL I. DROVETTA*

Introducción

Nuestro objeto de análisis es el proceso metodológico llevado adelante por la organización Socorristas en Red (feministas que abortamos), en Argentina, en tanto constituye en sí mismo un enfoque innovador de procesos de investigación en salud y enfermedad en contextos de desigualdad. La investigación se centra en un área de trabajo poco explorada como es el uso de metodologías de investigación científica por parte de activistas feministas, con el propósito de recolectar datos sobre aborto autogestionado con medicamentos, en contextos de restricciones legales.

Como lo señalan numerosos estudios, la medición de la incidencia del aborto inducido es esencial para informar sobre aspectos esenciales a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva (Singh *et al.*, 2019).

En los contextos con restricciones legales para el aborto legal y voluntario, las estimaciones estadísticas sobre la dimensión del fenómeno frecuentemente se realizan de forma indirecta. Según este método, aplicado en Argentina por primera vez por Silvia Mario y Edith Pantelides (Mario y Pantelides, 2009) se estableció que para el año 2004 se realizaron en Argentina entre 486.000 y 522.000 abortos (según estimación mediante método residual).

* CONCIET-UNVM.

Por su parte, los métodos directos, como las encuestas y aque llos cuestionarios dirigidos a una muestra de la población femenina y que incluyen una pregunta sobre aborto, generalmente están sujetos a altos niveles de subregistro, lo que hace que la información que brindan sea aproximativa, o bien permiten ajustar su relevamiento de datos cuando se las combina con otras técnicas, por ejemplo, la técnica de urna (Diniz, Medeiros y Madeiro, 2017) o la técnica de respuesta aleatoria (Lara *et al.*, 2004) o el experimento de doble lista (Moseson *et al.*, 2015) entre otras estrategias dirigidas a disminuir la ocultación de datos.

Respecto a la obtención de datos directos, es sabido que los prestadores del servicio de aborto en diferentes países con restricciones legales generalmente no llevan registro sobre las prácticas que realizan, como una medida de seguridad frente a posibles denuncias. Sin embargo, las organizaciones de mujeres que asesoran sobre cómo realizar un aborto seguro, están cambiando esta tendencia.

Metodología de investigación

La presente investigación es un estudio de alcance exploratorio y descriptivo basado en un diseño cualitativo de investigación. Se basa en un análisis de caso, específicamente centrado en la organización Socorristas en Red (feministas que abortamos). El trabajo de campo se realizó de manera continua durante los años 2013 a 2016 y se retomó para la realización de nuevas entrevistas durante 2019, a los fines de obtener información para el control y actualización de los datos previamente relevados.

Se aplicaron entrevistas en profundidad a 8 integrantes de la organización de Córdoba y Neuquén, quienes además de realizar acompañamientos a mujeres que requerían información sobre aborto, fueron responsables de las tareas metodológicas descriptas en este trabajo. También se realizó observación participante en encuentros de la organización durante el mismo período, que incluyó el registro y análisis de tres momentos en particular: cuando las activistas trabajaron en la construcción de instrumentos de relevamiento de datos; durante aplicación de los instrumentos de recolección de datos a la población foco; y en la etapa de evaluación del instrumento al interior de la organización.

Aborto autogestionado y activismo feminista

El aborto autogestionado presume de diversas interpretaciones que dan lugar a valoraciones contradictorias sobre su implicancia. Su práctica, puede ser contemplada desde al menos tres puntos de vista: como parte de una estrategia de reducción de riesgos y daños; como

una deficiencia de los sistemas de salud que generan inequidad en el acceso a la salud; como la posibilidad de obtener autonomía en el manejo de prácticas reproductivas y no reproductivas (Erdman, Kinga y Yanow, 2018).

En términos generales, el aborto autogestionado puede ser descripto como un aborto realizado por la propia mujer, a través del uso de píldoras de misoprostol solo o el régimen combinado de misoprostol y mifepristona. El uso del misoprostol, que en Argentina se encuentra incluido en un medicamento de patente (Oxaprost), es utilizado en su modalidad *off label* y la diversidad de formas de aplicación que adoptó en Latinoamérica en las últimas dos décadas, permiten mostrar un notable avance en la apropiación de la tecnología médica por parte de las mujeres (Drovetta, en prensa). A partir de su popularización, paulatinamente las organizaciones feministas se han ocupado de promover su uso correcto para lograr abortos exitosos, a bajo costo y accesibles a todas las personas gestantes.

Específicamente en el marco de esta investigación, la referencia a la autogestión del aborto tiene una importancia central. Permite que la mujer cobre protagonismo con relación a poder elegir y/o controlar, aun dentro de un marco restringido de posibilidades, cómo, cuándo y dónde realizar el aborto; si consultar o no a profesionales de la salud, o pasar por instituciones sanitarias de manera preventiva. En estos términos, la agencia femenina cumple un rol fundamental para llevar adelante el aborto, a diferencia de las prácticas concentradas en manos de profesionales de la salud, sobre todo abortos quirúrgicos y la Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En otras palabras, la capacidad de agencia de las mujeres constituye un recurso valioso para poder acceder a un aborto en condiciones seguras, aun en la clandestinidad.

El procedimiento que define los términos a partir de los cuales se considera a un aborto como seguro fueron revisados recientemente por especialistas (Ganatra et.al, 2014) donde se reinterpretan a la luz de un nuevo contexto, aspectos como las habilidades necesariamente requeridas por las y los prestadores de aborto, y en el que se describe un escenario antes inexistente, donde predomina la expansión y uso de misoprostol en manos de las propias mujeres. De esta manera, los determinantes sociales de la salud se incluyen dentro de la evaluación de riesgo de un aborto, remarcando que aborto ilegal no es sinónimo de aborto inseguro (Ganatra et.al, 2014).

Numerosos aspectos, sin embargo, permanecen fuera del control de las mujeres, como las posibilidades materiales de conseguir la medicación para abortar, que requiere de prescripción médica para su venta en farmacias y que además tiene un costo elevado (alrededor

de u$100 en Argentina). En caso de tener que recurrir al mercado informal, no hay posibilidades de constatar la calidad y veracidad del producto, se pagan precios sobrevaluados y con frecuencia se adquieren de manera fraccionada, menos de las 12 píldoras requeridas para un aborto medicamentoso.

Para reducir los obstáculos de acceder a un aborto no punible, a partir de 2015 comenzó a funcionar en Argentina la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir, que se encuentran conformada por profesionales que trabajan en numerosas provincias del país y que ofrecen apoyo para el acceso al aborto seguro con misoprostol (Drovetta, 2018). Esto equivale a ofrecer asesoramiento y atención pre y post aborto y garantizar la confección de la prescripción médica para la compra del medicamento en farmacias o bien, acompañar la derivación para la realización del aborto en instituciones de salud de segundo nivel, para casos que así lo requieran. Estas acciones se amparan en las causales de aborto no punible que habilita el artículo 86 del Código Penal de la Nación.

Sin embargo, fueron las organizaciones de mujeres y feministas quienes han estado organizando redes de apoyo para abortar desde hace décadas. En 2009 se creó en Buenos Aires la primera línea telefónica de información sobre aborto, llevada adelante por la organización Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (LyFxDA) y a partir de 2011 se comenzaron a surgir grupos como La Revuelta (Neuquén) y Socorro Rosa (Córdoba), cuyo crecimiento exponencial dio lugar a la creación de la coalición nacional de organizaciones llamadas Socorristas en Red (feministas que abortamos). La particularidad es que, en ambos casos, se trata de colectivas que fueron precursoras en la toma y registro de datos sobre mujeres que abortaron apoyadas por las activistas[1].

Este trabajo se concentra en la segunda organización, Socorristas en Red (feministas que abortamos), destacando fundamentalmente el proceso mediante el cual generaron la mayor base de datos sobre aborto autogestionado que haya disponible en la actualidad en el país. A los fines de este trabajo, historizamos las principales características de esta organización y el proceso mediante el cual construyeron lo instrumentos de recolección de datos, para posteriormente, analizar los principales beneficios y fortalezas de la construcción de conocimiento científico por parte de organizaciones feministas.

---

1 Lesbianas y Feministas ha presentado numerosos informes con datos estadísticos relevados a partir de las llamadas telefónicas recibidas a la "Línea aborto: más información, menos riesgos" (Mines et.al, 2013).

Telemedicina, líneas de aborto seguro y otras estrategias feministas

Las condiciones de restricción al acceso al derecho al aborto en el sistema de salud que reseñamos al inicio han dado como resultado el surgimiento de estrategias por parte de las organizaciones de base, con el objetivo de facilitar el acceso de mujeres a abortos seguros. Por ejemplo, en trabajos anteriores hemos documentado las principales características del surgimiento de las Líneas de Información sobre Aborto Seguro a partir de 2009 en Latinoamérica (Drovetta, 2014, 2015). Estas líneas de atención telefónica son el resultado de iniciativas llevadas a cabo por colectivos de mujeres y lesbianas y no son parte de ninguna institución de salud[2]. Favorecen las mejoras en el itinerario del aborto porque el acceso a información adecuada y confiable permite a las mujeres acceder a un aborto con medicamentos autogestionado, de manera segura para su salud. Ofrecen, de manera telefónica, información detallada sobre cómo realizar un aborto con pastillas, utilizando misoprostol, según el protocolo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Desde entonces, estas experiencias se han ido multiplicando con características apropiadas a cada contexto.

Algunas investigaciones asumen que las líneas telefónicas se inscriben dentro de las estrategias médicas como la telemedicina (Endler et.al, 2019) o bien dichos trabajos plantean una concepción tan amplia de los servicios que la telemedicina ofrece, que llevan a circunscribir a las líneas de aborto seguro dentro de esta estrategia (Gomperts *et al.*, 2008).

Existen escasos antecedentes de servicios de telemedicina aplicada al aborto seguro que cuenten con datos sobre las mujeres a quienes proveen servicios. En el caso de Women on Waves se trata de una organización holandesa que realiza el envío de un kit de aborto con medicamentos para embarazos de hasta 9 semanas, a casi todos los lugares del mundo, previo pago total o parcial de aproximadamente u$100. El contacto en este caso es *on line* y continúa posteriormente al aborto, para poder registrar si el proceso se realizó con éxito. Los datos que la organización releva han sido analizados en algunos trabajos publicados (Gomperts *et al.*, 2008, 2014; Larrea, Paléncia y Perez, 2015).

---

2 El Colectivo Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, en 2009 pone en funcionamiento la "Línea de Aborto: más información menos riesgos", con sede en Buenos Aires. Esta organización publicó el manual "Todo lo que querés saber sobre cómo hacerte un aborto con pastillas", en sus ediciones de 2010 y 2012.

Socorristas en Red (feministas que abortamos) y el *modelo socorrista*

Las experiencias descriptas, comparten el objetivo de ofrecer un servicio de información sobre aborto seguro en contextos de restricciones legales, como el que describimos para el caso de Argentina. Surgido a partir de 2012, Socorristas en Red es una coalición de organizaciones feministas, articuladas a nivel nacional, que trabaja por reducir al aborto inseguro proveyendo de información a las mujeres y personas gestantes, que demandan conocer cómo realizar un aborto con medicamentos. Actualmente la Red está conformada por 54 colectivos feministas distribuidos en ciudades de todo el país, en torno a las que convergen alrededor de 450 activistas[3].

El primer contacto entre las mujeres que buscan un aborto y las activistas de Socorristas en Red se realiza por vía telefónica. El teléfono como recurso tecnológico posibilita el contacto inicial entre mujeres que buscan información sobre aborto y las activistas, y permite continuar con el monitoreo del proceso hasta la finalización del aborto y durante la etapa del post aborto. Sin embargo, la información se ofrece personalmente ya que el uso del teléfono no se prioriza por sobre las interacciones cara a cara.

Con el primer llamado se pone en funcionamiento lo que se describe como "la escucha socorrista" (Morales, 2019: 152). El primer contacto sirve a los fines de pautar un encuentro a realizarse en un espacio de circulación pública (plaza, espacios abiertos, locales comerciales, bares, entre otros), que será llevado adelante por activista(s) y puede incluir a una o más mujeres que buscan información, y del que pueden participar además sus acompañantes (parejas, amigas o amigos, familiares).

Esta modalidad también ha ido modificándose, en función de aspectos como el aumento de llamados, ya sea a través de los años o en algunos meses en particular. Por ejemplo, desde el último año se implementan talleres, que implican reuniones de alrededor de media docena de mujeres (puede variar) reunidas en un espacio público para recibir asesoramiento por parte de dos activistas.

A partir de allí, las integrantes de la Red "acompañan" telefónicamente a las mujeres que han decidido interrumpir un embarazo, ofreciendo soporte durante todo el proceso del aborto y el post aborto (Grosso, Trpin y Zurbriggen, 2013). Se despliega así lo que Morales describe como el modelo socorrista, un conjunto de prácticas "que más allá de la información, los saberes y conocimientos específicos

3 Comunicación personal de Ruth Zurbriggen, octubre de 2019.

sobre el aborto que pone a disposición de las socorridas, ofrece también escucha, apoyo y contención emocional en acompañamientos que habilitan vivencias y experiencias de cuidados feministas" (Morales, 2019: 173).

En cada encuentro se llevan adelante dos actividades centrales: entregar información detallada a través de material informativo sobre el protocolo de uso del misoprostol para abortar, y de manera subsiguiente, relevar datos de las mujeres que consultan, a través de un cuestionario especialmente diseñado.

El objetivo de Socorristas en Red es "construir saberes y recuperar otros saberes"

Una particularidad de la Red es el tratamiento que recibe la información obtenida originalmente de la literatura biomédica. Desde sus inicios existe un notable interés por trasmitir a las mujeres las recomendaciones ofrecidas por la OMS en sus manuales sobre aborto seguro (Organización Mundial de la Salud, 2003, 2012; World Health Organization, 2014). Sin embargo, en concordancia con el trabajo de otros manuales creados por feministas, dentro de la organización la información atraviesa por un proceso de transformación y se "traduce" a un lenguaje accesible a un público no especialista. Se crean así soportes pedagógicos de tipo gráfico (flyer, instructivos, trípticos) que Socorristas en Red elabora para difundir las formas de uso seguro del misoprostol, utilizando la información producida por la medicina basada en evidencias, pero que son comprensibles para el público no especialista y no familiarizado con terminología médica o referida a aspectos de la fisiología del cuerpo.

Socorristas en Red vienen trabajando de manera particular en la búsqueda por mejorar las metodologías y diseños de investigación que les permiten conocer la incidencia y la seguridad del aborto entre las mujeres que acuden a ellas. Permanentemente están en la búsqueda por mejorar la precisión y fiabilidad de sus estimaciones a través de ajustes en el instrumento de recolección de datos y monitorean los datos que ofrece el campo[4].

A los fines de este trabajo, la que probablemente sea la característica central de Socorristas en Red es su capacidad para generar nuevos conocimientos sobre el funcionamiento del aborto con medicamentos. El objetivo es generar datos empíricos de primera mano con el objeto de complementar, actualizar o crear literatura médica.

4 Comunicación personal de Belén Grosso, octubre de 2019.

Aducimos que el análisis de datos es funcional a la medicina basada en evidencias en tanto permite conocer la existencia y/o frecuencia de complicaciones post aborto mediante el uso de medicamentos autoadministrados. La organización releva datos sobre la incidencia y la seguridad del aborto y ofrecen evidencia sobre cómo actúa el protocolo misoprostol solo y el régimen mifepristona combinada con misoprostol entre esta población.

Esto es posible porque la información biomédica es complementada e incluso contrastada a partir de la obtención de "datos experienciales" obtenidos por las activistas al observar, indagar y registrar la información que ofrecen las mujeres durante el abor to autogestionado.

En la práctica de la organización esto condujo a crear recientemente nuevos protocolos, ajustados a la experiencia recogida en el acompañamiento a mujeres que abortan. En algunos casos, se trata de la creación de información donde existían vacíos de evidencia, como por ejemplo en protocolos para abortos de segundo trimestre (Zurbriggen, Keefe-Oates, Gerdts, 2018; Zurbriggen et.al, 2018). En otros casos, se han ajustado las recomendaciones de uso de misoprostol a partir de registrar su éxito en la interrupción de gestaciones más allá de las 9 semanas, como inicialmente la Organización Mundial de la Salud recomendó, o bien priorizar el uso de una vía (bucal o sublingual) por sobre otra, para la aplicación de las píldoras.

Se evidencia, cómo a partir de resultados obtenidos mediante los cuestionarios y la observación experiencial del uso del medicamento, desde este espacio se están generando valiosos datos, plausibles de convertirse en información científica. La recolección de datos obtenidos pone en discusión la evidencia experta, habilitando a nuevas revisiones de la literatura médica. Es el saber lego, quien se adelanta al saber experto. Los modos de uso *off label* del medicamento de patente que incluye misoprostol, que es utilizado desde hace al menos tres décadas en Latinoamérica, da cuenta de cómo las mujeres han podido crear protocolos de uso, a través de la comunicación boca a boca, a partir de las prácticas exitosas o no de sus abortos. El modelo de ensayo y error (algo que requiere profundización y no debe ser subestimado dadas sus consecuencias sobre la salud de las mujeres) es un ejemplo pionero de cómo el saber no experto crea las bases sobre las que se asienta el conocimiento científico.

El grueso de los datos se presenta de manera ordenada y se publica. La información recabada se encuentra disponible a través de los informes "Sistematización de acompañamientos a abortar" en la página web socorristasenred.org al mismo tiempo que son distribuidos de manera presencial en eventos en su versión papel, e incluso están

sirviendo como insumo para la construcción de análisis con abordaje sociológico (Burton et.al, 2019; Burton, 2017).

Resultados políticos de la recolección de datos

Existe un notable interés por describir con claridad, un (anti)perfil de las mujeres que buscan este servicio, para lo cual dentro del cuestionario se relevan datos sociodemográficos. Actualmente, la información que Socorristas en Red provee es indispensable para poder describir las características de una parte importante del universo de mujeres que abortan con medicamentos en el país. La caracterización sociodemográfica de las mujeres que consultan permite contrarrestar el estereotipo y el imaginario social sobre las mujeres que abortan. Ofrece en su lugar, un perfil variado, donde es posible reconocer una gran diversidad de situaciones materiales y subjetivas en la vida de las mujeres. Tipos de unión, embarazos, hijos o hijas e incluso abortos previos, edad, nivel de educación formal alcanzado, entre otros.

Recolectar datos, sistematizarlos y exponer sus resultados ante la sociedad, constituye una tarea subsidiaria de la despenalización *social* del aborto. Parte de la batalla cultural emprendida por los colectivos feministas conduce a combatir la estigmatización hacia las mujeres que abortan, que se sostiene en la divulgación de estereotipos negativos de las mujeres que cursan embarazos no planeados, cuestionando sus conductas, su clase social, su acceso o no a la educación formal, etc. En este sentido, los datos que la organización muestra tienen por objeto contrarrestar estar presunciones erróneas, mostrándolas como reproductoras de un imaginario que además de errado, es sexista y racista. La información es necesaria para combatir el estigma del aborto, razón por la que se ha constituido en uno de los objetivos de las acciones metodológicas llevadas adelante por Socorristas en Red.

Al mismo tiempo, la investigación desde una perspectiva feminista supone la oportunidad de desafiar gran parte de la investigación biomédica que ha sido realizada en base a parámetros androcéntricos. La fortaleza política de la generación de conocimiento por parte de las organizaciones se funda en la posibilidad de realizar investigación desde una epistemología feminista, caracterizada por un particular posicionamiento ante el fenómeno a investigar, en este caso, el aborto. Como Sostiene Eli Bartra, la metodología feminista expresa claramente, la relación entre política y ciencia (Bartra, 2012). En este sentido, la investigación desarrollada por las organizaciones de mujeres es investigación feminista por varias razones, entre ellas: quien releva los datos se posiciona ante la investigación desde un *punto de vista* (Harding, 1998); hace explicita la subalternidad del género femenino; su objetivo es mejorar las condiciones de vida de las mujeres;

responde afirmativamente a la pregunta epistemológica sobre si las mujeres pueden ser las "sujeto de conocimiento" (Harding, 1998).

Consideraciones finales

En este trabajo hemos descripto el proceso de consolidación de un sistema de relevamiento de datos sobre aborto medicamentoso, entre mujeres que consultan al colectivo Socorristas en Red en Argentina. Se trata de un enfoque innovador, caracterizado por la investigación con perspectiva feminista, que promueve la generación de conocimientos sobre el fenómeno del aborto clandestino.

Nos propusimos mostrar a través de este estudio de caso, cómo las activistas llevan adelante un estudio empírico sobre el uso del misoprostol para el aborto en entornos legales restrictivos. Los resultados obtenidos entre 2014 y 2018 permiten mostrar datos sobre la seguridad del uso de este método y otros aspectos que permiten caracterizar a la población que utiliza medicamentos para abortar, cómo se utiliza el medicamento y con qué resultados. Después de años de sostenido trabajo metodológico y habiendo confirmado una base de datos de más de 19.000 casos, se cuenta con datos de calidad que pueden proporcionar información valiosa sobre la seguridad del aborto y sobre la calidad del acceso a los servicios de aborto seguro que ofrece la organización.

Bibliografía

Bartra, E. (2012). Acerca de la investigación y la metodología feminista. En Blazquez Graf, N, Flores Palacio, F., Ríos Everardo, M. (ED.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. Distrito Federal, México: UNAM.

Burton, J. (2017). Registrar y acompañar: acciones colectivas por el derecho al aborto en la ciudad de Neuquén. *Zona Franca, 25*. 89-125.

Burton, J., Ale, M. E., Grosso, B., Zurbriggen, R. (2019). *Sistematización de acompañamientos a abortar. Realizados en el año 2018 por Socorristas en Red (feministas que abortamos)*. Buenos Aires, Argentina: Socorristas en Red.

Diniz, D., Medeiros, M. y Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde colet., 22*(2). doi:10.1590/1413- 81232017222.23812016

Drovetta, R. I. (2014). Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe. En A. Carosio, *Feminismos para un cambio civilizatorio* (Ed.).Caracas, Venezuela: CLACSO, Fundación Celarg,Centro de

Estudios de la Mujer.
Drovetta, R. I. (2015). Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reproductive Health Matters, 23*(45). 47-57. doi:10.1016/j.rhm.2015.06.004
Drovetta, R. I. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la "Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir". *Revista Salud Problema, 12*(24). 13-35.
Drovetta, R. I. (en prensa). La práctica del aborto en manos de feministas en los 70. *Revista Estudos Feministas*.
Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomper, R., y Gemzell-Danielssona, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG, 126*(9). 1094-1102. doi: 10.1111/1471-0528.15684.
Erdman, J. N., Kinga, J., y Yanow, S. (2018). Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change. *Reproductive health matters, 26*(54). 13-19. doi:10.1080/0 9688080.2018.1511769
Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H. B., Johnson, B. R., Gülmezoglua, A. M., y Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ, 92*(3). 153-228.
Gomperts, R., Jelinska, K., Davies, S., y Gemzell-Danielsson, K. (2008). Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115(*9). 1171-1178.
Gomperts, R., Van Der Vleuten, K., Jelinska, K., Veiera da Costa, C., Gemzell-Danielsson, K., y Kleiverda, G. (2014). Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. *Contraception, 89*(2). 129-133. doi:10.1016/j. contraception.2013.11.005
Grosso, M. B., Trpin, M. y Zurbriggen, R. (2013). Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar). En Fernandez, A. M., Siqueira Peres, W. (ED.), *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En Bartra, E. (Ed.), *Debates en torno a una metodología feminista*, (9-34). Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
Larrea, S., Paléncia, L., y Perez, G. (2015). Aborto farmacológico

dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento. *Gaceta sanitaria, 29*(3). 198-204. doi:0.1016/j.gaceta.2015.02.003

Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto. (2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerte un aborto con pastillas* (1° ed.). Buenos Aires, Argentina: El Colectivo.

Mario, S., y Pantelides, E. A. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de población, 87.* 95-120. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mines, A., Diaz Villa, G., Rueda, R. y Marzano, V. (2013). El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012). *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades, 7*(9). 133-160. Obtenido de https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4659/3815

Morales, Gabriela M. (2019). Mujeres que acompañan a mujeres. Experiencias, sentidos y prácticas de Socorro Rosa Córdoba. *Tesis presentada para acceder al grado de Magister en Intervención e Investigación Psicosocia*l, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Inédita.

Moseson, H., Massaquoi, M., Dehlendorf, C., Bawo, L., Dahn, B., Zolia, Y. y Gerdts, C. (2015). Reducing under-reporting of stigmatized health events using the List Experiment: results from a randomized, population-based study of abortion in Liberia. *International Journal of Epidemiology, 44*(6). 1951-1958. doi:10.1093/ije/dyv174

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Aborto Sin Riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (1° ed.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2° ed.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Singh, S., Juarez, F., Prada, E., & Bankole, A. (2019). Estimating Abortion Incidence: Assessment of a Widely Used Indirect Method. *Popul Res Policy Rev, 38.* 429–458. doi:10.1007/s11113- 019-09517-2

World Health Organization (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion.* Ginebra, Suiza: World Health Organization.

Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B. y Gerdts, C. (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception, 97*(2). 108-115.

doi:10.1016/j.contraception.2017.07.170
Zurbriggen, R., Vacarezza, N., Alonso, G., Grosso, B. y Trpin, M. (2018). *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo. Una investigación socorrista feminista.* Buenos Aires, Argentina: La Parte Maldita.

GRUPO DE TRABAJO Nº 8

Salud, ambiente y trabajo

Un abordaje etnográfico para la comprensión interdisciplinaria

Coordinadorxs

- Laura Frasco Zuker, Departamento de Ciencias de Salud. Universidad Nacional de La Matanza.
- Andrea Mastrangelo, CeNDIE-ANLIS-IDAES UNSAM/ CONICET.

Comentaristas

- María Celeste Rosso, Licenciada en Sociología y Doctoranda en Antropología Social (IDAES, UNSAM).
- Paula Lucero, Lic. y Profesora en Sociología (UNLP) maestranda en Antropología Social (UNSAM), Doctoranda en Geografía (UNLP).

Trabajo y salud en la "obra". De la experiencia de los trabajadores a la construcción médico técnica del "riesgo"

GRETEL PHILIPP*

Introducción

Este texto forma parte de uno de los primeros intentos de poner por escrito y compartir un proceso de análisis en el marco de la escritura de nuestra tesis doctoral en Antropología. La misma busca describir y analizar los procesos de salud-enfermedad que experimentan los trabajadores de la construcción rosarina, a partir del estudio de las prácticas y las representaciones desarrolladas por este conjunto social respecto a los padecimientos que se vinculan a las condiciones que asume el proceso de trabajo en esta industria.

Consideramos a la salud y la enfermedad como emergentes de las condiciones de vida y de trabajo (Menéndez, 2005). Ambas categorías, trabajo y salud, forman parte de una única realidad social que se manifiesta de manera conflictiva y contradictoria: el trabajo afecta a nuestra salud, pero es a la vez la condición para nuestra supervivencia, nos desgasta, pero nos permite acceder a un salario para reponer nuestras fuerzas y energías vitales. En este sentido, consideramos a "los procesos de salud-enfermedad [como] la expresión quizás más cruda de las condiciones de trabajo y de vida a ellas asociadas" (Grimberg, 1991b:87), y al proceso laboral como "el terreno concreto donde se efectiviza la disputa cotidiana trabajo/capital" (Wallace, 1994:232).

* NET – CONICET.

Es un espacio donde las relaciones de poder se despliegan en la cotidianeidad social a partir de los modos en los cuales los trabajadores procesan subjetivamente las condiciones materiales de su existencia (Soul, 2013), en otras palabras, a partir de su *experiencia*. Retomar este término supone proponernos un estudio de los indicadores simbólicos de esa internalización, así como de su cuestionamiento.

En esta ponencia nos proponemos, a partir de un recorte de nuestros registros de campo, focalizarnos en la relación entre nuestro enfoque desde la experiencia y el enfoque hegemónico del riesgo, que se nos volvió un nudo de análisis conflictivo en la construcción de nuestro problema, en relación a la revisión bibliográfica y a nuestras propias experiencias etnográficas. Como veremos más adelante, la visión médico técnica del riesgo tan presente en lo que toca a la salud en el trabajo, se nos replicó muy fuertemente en nuestro campo de investigación, incluso partiendo de una perspectiva social que lo que se propone es reconstruir desde las categorías de los trabajadores los aspectos más importantes de los procesos de trabajo siguiendo el eje de su relación con los procesos de salud-enfermedad (Grimberg, 1991a). En este sentido, las estrategias de investigación que utilizamos (observación con participación; entrevistas semi estructuradas, antropológicas y en profundidad; reconstrucciones biográficas; relevamiento y análisis de fuentes secundarias), implicaron construir, buscar, sistematizar y analizar un conjunto de fuentes que remitieran a la descripción de los saberes, prácticas, ideas y valores construidos por distintos sujetos sociales significativos (Menéndez 2010).

En la constitución del referente empírico podríamos decir que, con intermitencias, en el lapso de diez años hubo dos períodos claves. Durante el primer período, que transcurrió entre el 2009 y el 2010, nos centramos principalmente en conocer y entender el proceso de trabajo a partir de las vivencias y categorías propias de un grupo de trabajadores del gremio del hormigón, en una obra en construcción de un edificio para multiviviendas del sector privado en el macrocentro de la ciudad de Rosario. Luego de esta experiencia, de la que se originó nuestro mayor antecedente de investigación (Marega, 2012)[1], el contacto con este grupo de trabajadores se perdió. El segundo período, que va del 2018 hasta hoy, estuvo nuevamente marcado por una difícil entrada al campo, que finalmente se dio a principios del otoño del 2018 cuando accedimos a una obra en construcción ubicada cerca

1 *"Las manos de la obra". Proceso productivo, organización del trabajo y experiencia de los obreros de la construcción en Rosario,* es la Tesis de Licenciatura presentada por Magalí Marega, nuestra compañera de Trabajo de Campo, y de equipo de investigación, con quien mantuvimos ricas y necesarias discusiones y reflexiones colectivas que acompañaron los primeros años de nuestra experiencia etnográfica.

de la Ciudad Universitaria de Rosario. El grueso del proceso de trabajo observado fue el llevado a cabo por un grupo de trabajadores en la etapa de la construcción de la estructura de hormigón de un edificio multiviviendas, también del sector privado.

Es necesario destacar la gran heterogeneidad que predomina en la industria de la construcción, no solo en la organización y procesos de trabajo sino también en lo que hace a la contratación. Dicha industria presenta los mayores índices de trabajo informal y se caracteriza históricamente por los más altos niveles de empleo en negro (Piva, 2015). Sin embargo, no podemos generalizar, porque no es lo mismo hablar de una refacción de una vivienda privada llevada a cabo por el dueño de la casa y algún trabajador empleado allí durante algunos días, que de la construcción de una red vial o un edificio de multiviviendas. Las obras de pequeña escala, en especial, las que se desarrollan en el interior de los domicilios, son las que registran mayor presencia de informalidad laboral; en el otro extremo, la construcción de edificios de gran escala encargada a grandes empresas, demuestra un grado mucho mayor de formalidad (Pastrana, *et al.*, 2008). Por supuesto que hay que tener en cuenta, por un lado, que entre los dos polos hay una enorme multiplicidad de situaciones y, por el otro, que la preeminencia del sistema de contrataciones y subcontrataciones, tanto a nivel regional como internacional, reduce el número de empresas grandes y disemina las responsabilidades y riesgos en el proceso productivo que incorpora rubro a rubro y bajo diferentes condiciones a los trabajadores. Estas distintas condiciones de contratación y trabajo evidentemente inciden en la configuración de los procesos de salud-enfermedad experimentados por los trabajadores y sus familias. Aclaramos que las dos obras que visitamos se encuentran más cerca del polo de mayor formalidad y, por tanto, la casi totalidad de trabajadores con los que nos relacionamos en el campo son trabajadores registrados, aunque las empresas sigan, en mayor o menos medida, el modelo predominante de subcontrataciones para las distintas fases del proceso de construcción.

Trabajo y salud en la construcción: un breve repaso del estado de la cuestión

La industria de la construcción siempre fue considerada una actividad peligrosa, debido a la alta incidencia de los accidentes de trabajo y particularmente de los accidentes mortales, por la alta proporción que recae en el sector. Esta situación confiere, según las investigaciones relevadas, una centralidad al tema de la seguridad y la prevención en los trabajos de construcción. Pero además exige una gran especificidad, tanto por la naturaleza particular de los riesgos en la

construcción, como por el carácter temporal de sus centros de trabajo (López Varcárcel, 2000; Pucci, 2004, 2007), porque existe una gran variabilidad en los procesos de producción, que se hacen por proyecto e "in situ" (Panaia, 2004), es decir, la producción cambia permanentemente de lugar.

Parecería, en principio, que esta situación explica por qué, en la búsqueda y revisión de la bibliografía referida a investigaciones empíricas sobre la salud de los trabajadores de la construcción, nos encontramos fundamentalmente con estudios más bien técnicos y provenientes en gran parte de la ingeniería (o la arquitectura) y de la medicina (ocupacional, del trabajo y/o de la epidemiología), y en mucha menor proporción de la sociología del trabajo. Si bien en un comienzo esto dificultó nuestra construcción del problema, con el tiempo entendimos que este estado de la cuestión responde a una determinada constitución histórica de la problemática en sí. Es decir, que la perspectiva predominante en los estudios existentes sobre la salud en la construcción sea la médico-técnica que hace foco en los riesgos, y por tanto en la seguridad y prevención en la obra, responde a una construcción hegemónica del problema que se fue estructurando a nivel general, por lo menos, desde fines del siglo XIX. En este proceso, la salud en el trabajo se fue configurando como un campo diferenciado del asignado a la salud pública, y en la práctica se dividió en dos campos: el de la Medicina del Trabajo (orientada a diagnosticar y tratar los accidentes y enfermedades ocurridos en el establecimiento laboral) y el de Higiene y Seguridad (enfocada desde la ingeniería al desarrollo de técnicas de seguridad y control ambiental en el lugar de trabajo) (Grimberg, 1991b). "Desde una mirada centrada en lo individual y lo biológico, el enfoque reproduce y traslada al área laboral la concepción del modelo médico dominante. Su resultado es la concepción técnico-ambientalista del 'riesgo laboral': el 'daño' ocasionado por un 'agente' específico, fundamentalmente de carácter técnico, sobre un 'huésped' -el trabajador- en un 'ambiente' dado, el taller, la sección, etc." (Grimberg, 1991b:10-11). Tal como señaló Grimberg, ya en 1950, el Comité Mixto OIT/OMS identificó un área como Salud Ocupacional que colocaba el énfasis en una orientación más preventiva que asistencial, pero seguía sin conceptualizar el carácter social de la relación trabajo-salud (Grimberg, 1991b). Por lo menos en el sector de la construcción, esto sigue prácticamente igual.

La casi totalidad de los antecedentes relevados en Latinoamérica (López-Valcárcel, 2000; Bellorín, *et al.*, 2007; Martínez Oropesa y Montero Martínez, 2015), especialmente en México (Sánchez-Aguilar *et al.*, 2017; Solís Carcaño, 2006; Sarmiento-Salinas, *et al.*, 2004; López-Valcárcel, 2000), Uruguay (Pucci, 2007, 2004; Pucci y

Trajtenberg, 2003) y Argentina (Panaia, 2004, 2006, 2007a, 2007b y 2008; Silva, 1997, 2001, 2002a, 2002b; Pérez, 2013; López Catáneo, 2009a, 2009b, 2002; Torés, *et al.*, 2006), además de haber sido producidos en su mayoría por las disciplinas que históricamente se encargaron de la salud laboral, de manera general, plantean el problema en términos individuales, de factores o causas, aislables por tareas o por trabajos. Gran parte de las investigaciones hacen énfasis en la prevención, en las condiciones de trabajo y en la característica modalidad de subcontratación que hay en el sector y que incidiría particularmente en las dificultades de garantizar la salud y la seguridad en las obras. Derivado del enfoque preventivo, plantean también la necesidad de comprender la corresponsabilidad entre trabajadores y empresarios en cuanto al riesgo y sus efectos (lo cual vendría a desplazar una visión de culpabilidad más tradicional que la hacía pesar solamente sobre el trabajador), haciendo hincapié en que el conocimiento, la formación y calificación son claves para la prevención.

Los estudios relevados coinciden también en que la gran mayoría de los accidentes que ocurren en la obra se deben a errores en la gestión, es decir, devienen de una mala planificación. Por eso afirman que una obra bien gestionada es una obra segura (López-Valcárcel, 2000); que la posibilidad de modificar positivamente la "cultura de seguridad" de una empresa y garantizar la comunicación directa entre trabajadores y alta gerencia, permitiría la disminución progresiva de los accidentes (Martínez Oropesa y Montero Martínez, 2015); asimismo que la habilitación de canales de comunicación y de consulta mejorarían la competitividad de la empresa y el clima social y, aunque los métodos participativos en un principio implicarían costos y tiempos mayores, a la larga se compensarían con el aumento de la productividad (Panaia, 2006).

En este punto, hay que señalar también que todas las investigaciones abordan los riesgos y su impacto asociándolos al logro de productividad, la calidad y la competitividad de las empresas de acuerdo a las exigencias del mercado. Por otra parte, aunque algunos estudios, provenientes de la epidemiología social y la sociología, señalen la importancia de estudiar el tema desde la perspectiva de los trabajadores dado que "la forma de actuar de un grupo social frente a los factores de riesgo se explica desde cómo los percibe, los categoriza y les otorga sentido" (Silva, 2000:149), o aborden los procesos de construcción social del riesgo[2] (Pucci, 2003, 2004 y 2007), el saber de los trabajadores

2 Pucci (2004) señala la necesidad de asumir la existencia de una "cultura de riesgo", en la línea ya planteada por Mary Douglas, dependiente de una valoración del riesgo que se construye en los sistemas sociales y dentro de ellos por cada actor –que

parece seguir ausente y lo que destaca es la voz de la gestión y de la estadística a través de encuestas y datos siempre insuficientes.

Incluso quienes trascienden los señalamientos meramente técnicos e incorporan la cuestión de la "cultura del riesgo" (Pucci, 2003, 2004 y 2007) o que abogan por un "viraje cultural en todos los actores sociales" (Silva, 2001), parecen retomar lo cultural en términos de lo consciente y voluntario, dándole una preponderancia a la capacitación y comunicación entre los actores, lo cual en algún punto concuerda con la perspectiva biomédica que "trabaja explícita o implícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales, racionales y además responsables" (Menéndez, 2015:108). La necesidad de capacitación y concientización, además, se dirige mayormente hacia los trabajadores, aunque se ha direccionado minoritariamente también hacia los profesionales (López Catáneo, 2002). De esta manera, acorde a un contexto dominante e histórico más general, creemos que se deja de lado la multicausalidad de los padecimientos, "en función de la posibilidad de establecer estrategias preventivas puntuales" (Menéndez, 2015:94) técnicas o de gestión. Es decir, en general, no se toma en cuenta la totalidad de relaciones y concausas que intervienen y que trascienden lo individual y lo racional o consciente, y que se vinculan tanto con las condiciones y ritmos de trabajo impuestos como por las trayectorias laborales y condiciones de vida de los propios trabajadores, insertas en una cultura y sociedad determinadas, que reclaman otros tipos de transformaciones para que sean posibles otras formas de concebir la salud y la enfermedad, la vida y la muerte.

Frente a este estado de la cuestión, retomamos los aportes de aquellas investigaciones que desde la Antropología procuraron criticar las visiones biológicas y técnico-ambientalistas dominantes desplazando "la mirada de la enfermedad como fenómeno biológico individual, para dirigirla al proceso social e histórico del cual esta no sería sino una expresión particular" (Grimberg, 1991b:18). Desde esta perspectiva, alimentada por la Medicina Social Latinoamericana, se estudió la relación entre trabajo y la salud en el gremio gráfico (Grimberg, 1991a, 1997, 2013); el gremio cervecero (Wallace, 1991 y 1994); los trabajadores ferroviarios (Margulies, 1991); entre otros. Aunque no tenemos el espacio suficiente para describir los principales aportes, destacamos su preocupación por problematizar la noción hegemónica

---

no lo hace de una forma homogénea– y que depende también de valores más generales y de las reglas implícitas o explícitas que conforman su historia. La tesis que se plantea es que, cuanto más desarrollada esté esta "cultura de riesgo", el proceso de aprendizaje será más accesible y tendrá más utilidad para los actores involucrados.

del riesgo (Wallace, 1994), y abordar la relación trabajo-salud "desde la perspectiva de sus propios protagonistas" (Grimberg, 1991a:85).

Del "depende de cada uno" al "si te cuidás directamente no tenés que hacer nada": internalizaciones y cuestionamientos en la obra

Si bien el título de esta ponencia va de la *experiencia* de los trabajadores a la construcción médico técnica del "riesgo", podríamos decir que este camino no fue unidireccional, sino que nos implica y nos implicó, a lo largo de nuestra investigación, unas cuantas idas y vueltas. Si bien desde un principio nuestra impronta etnográfica nos llevó por las huellas de las experiencias de los trabajadores, la influencia de la visión médico técnica del riesgo fue tal que en los primeros escritos buscamos describir y evidenciar los riesgos, en relación al proceso de trabajo, a partir de los saberes de los trabajadores de la construcción en correlación con un estudio médico técnico (Solís Carcaño, 2006). Es decir, fue desde la visión dominante que intentamos incorporar lo social, en vez de criticar esa visión a partir del enfoque social. A suvez, en el campo, los mismos trabajadores identificaban aspectos de sus condiciones de salud y trabajo en términos de "riesgo". Tanto nuestra dificultad de salirnos del enfoque del riesgo, así como las primeras construcciones que sobre la salud pudimos registrar y analizar en la obra, nos muestran

> "la constitución de un modelo internalizado en relación al trabajo y la salud, modelo que opera como medio de control interno más allá de los mecanismos externos de control sobre la productividad y la disciplina, funcionando como un mecanismo productor y reproductor de hegemonía" (Grimberg, 1988:15)

Después de la primera experiencia de campo –en la cual la salud emergió en lo discursivo mayormente en términos de accidentes y elementos de seguridad y prevención–, en la segunda etapa, orientamos las preguntas procurando darle a la salud un sentido más abierto y general. Las respuestas nos devolvieron múltiples sentidos, no únicamente asociados a los riesgos. En una de las visitas a la obra, como se puede leer en la cita más abajo, lo que afloró inmediatamente asociado al tema de la salud fue un chiste, en relación con el estar bien, con un bienestar que, sin embargo, no está garantizado. Lo segundo que apareció en seguida, fue el cuidado, por un lado, como necesario para la salud, y por el otro, como individual. Sin embargo, pronto surgieron la insalubridad, las condiciones climáticas y el sufrimiento:

> Entrevistadora: "¿qué les parece el tema de la salud en relación a su trabajo o en general a sus vidas?" (silencio, algunas risas)
> Trabajador 1: "¿el tema de la salud? Por ahora, estamos bien digamos" (riéndose)
> T2: "depende de cada uno la salud, de cómo uno se cuide" (algunos asienten)
> T3: "es un trabajo insalubre, tenés frío, calor, ta lloviendo, sufrís el agua también" (Entrevista grupal, octubre de 2018).

Y ante la pregunta que busca profundizar la cuestión del cuidado individual, esto parece reafirmarse porque responden nuevamente con chistes que apuntan a la brutalidad individual como a la falta de cuidado y de salud. A la vez, uno de los trabajadores destacó el dolor de cintura relacionado a "estos" trabajos y a las cosas pesadas. En el momento en que la salud se desprende de lo individual y se asocia al proceso de trabajo también aparece la dificultad y casi imposibilidad del cuidado, una oposición entre cuidarse y hacer, una contradicción entre salud y trabajo:

> E: "¿pero piensan que depende más de lo que ustedes se puedan llegar a cuidar o…?"
> T3: "cada uno se cuida a su manera, qué se yo" (se encoge de hombros). T4: "algunos son muy brutos" (risas)
> T3: "con estos trabajo así nos duele la cintura esas cosas, siempre son cosas pesadas"
> T5: "medio difícil cuidarte también, tené que cuidarte mucho, por más que te cuide, si te cuida directamente no tené que hacer fuerza, no tené que hacer nada" (silencio)
> T4: "yo ahora me estoy cuidando (risas) no hago nada" (risas). (Entrevista grupal, octubre de 2018).

El chiste nuevamente corona las respuestas. En este trabajo parecería que la única forma de cuidarse es no hacer nada, lo cual es como decir que hacer, trabajar en la construcción, significa no cuidarse. De los chistes y las voces cruzadas que le impiden a uno de los trabajadores contar algo sobre su salud, lo que finalmente escuchamos es la vinculación de la salud con el desgaste, pero que en este caso no es específico del proceso de trabajo de la construcción, sino que es atribuido a cualquier trabajo. Seguidas a estas palabras, las de su compañero vuelven sobre una particular forma de arruinar la salud que posee el proceso de trabajo y sus elementos:

> T6: "sí, no sé, como cualquier trabajo… te vas desgastando…" T3: "ya nos arruinó la salud los tableros, los tabiques…"

> T6: "claro, eso, cuando levantamos los fenólicos esos dobles… esos son pesadísimos" (Entrevista grupal, octubre de 2018).

La salud en una obra está muy relacionada a la fuerza o al esfuerzo, al cansancio y muy fuertemente al clima:

> T8- "(…) hacé el mismo peso lo hace una máquina…" T6- "sí, cuando levantás diez fenólicos…"
> T8- "sí, la máquina levantan más cosas pero haces la misma fuerza y te terminás haciendo mal…"
> T7- "el trabajo de la albañilería y la carpintería casi es igual o sea, que siempre es malo para la salud…."
> T8- "a veces hacés varios trabajos pesados casi todo el día y no ves la hora de irte…"
> T6- "después el tiempo, la altura, muchas cosas, el clima siempre es adverso, siempre, nunca, el clima, si hace frío hace frío, si hace calor hace calor, tiene que ser un día como hoy, te toca viento…". (Entrevista grupal, septiembre de 2018).

Con algunos de los trabajadores que hace más años que trabajan en la construcción, entre ellos (T9) un jubilado, pudimos marcar también una interesante diferencia en el trabajo que se hacía antes y de qué manera los últimos cambios en el proceso productivo afectan la salud:

> T6- "y acá el tiempo te… a parte ya se perdió eso que antes se hacía a lo mejor más artesanal, ahora mucho, tenés que hacerlo en tanto tiempo, todas esas cosas, antes a lo mejor era distinto"
> E- "¿en qué sentido?"
> T6- "Ahora tenés tantos días, lo tenés que hacer en tantos días, el ritmo, antes había…"
> T9- "claro, no, no es que te ponían un plazo y dale, dale, dale, dale, vos lo terminabas…"
> T6- "dentro de lo lógico… tampoco vas a tardar…" T7- "ahora con fecha nomás"
> T6- "ahora te dan tantos días, tantas horas, de horas como calculan ellos…" E- "¿y eso en la salud también les parece que tiene alguna repercusión, vos que trabajaste en las dos…?"
> T9- "siii, si porque la cabeza te trabaja mucho, que si vos vas viendo que no vas a llegar y no da…". (Entrevista grupal, septiembre de 2018).

La aceleración de los ritmos de trabajo que intensifican la explotación, en algunos casos a partir del aumento de las fuerzas productivas, afecta "la cabeza". La imposición de fechas y de cálculos en horas en

un proceso que, a pesar de las innovaciones, se mantiene como principalmente manufacturero, genera un desgaste que podríamos pensar en términos de lo psíquico, el cual no suele asociarse con trabajos manuales como los de la construcción.

Breves reflexiones finales

Desde una visión que individualiza la responsabilidad y que por tanto hace recaer la problemática de la salud en el riesgo y su posibilidad de prevención, pasamos a los saberes y representaciones de los trabajadores sobre el proceso de trabajo y cómo este incide en su salud, lo cual desplaza la responsabilidad individual hacia un proceso que no puede ser sino social. Por razones de espacio no podemos retomar más registros que muestran cuestionamientos de la visión estereotipada y vigente, incluso en los antecedentes bibliográficos, que supone que la responsabilidad del uso de elementos preventivos recae en cada trabajador individual y/o de que las irresponsabilidades devienen de una "ideología defensiva". El incipiente análisis de las prácticas y representaciones de los trabajadores (del que aquí solo presentamos algunos recortes anclados en las narrativas) nos va abriendo la posibilidad de pensar en la multicausalidad de sus padecimientos, así como en los cuestionamientos que expresan a la visión anclada en los riesgos evidentemente internalizada, no solo por los actores que intervienen en la construcción sino también en los que producen conocimiento. Asimismo, creemos que anclar el análisis en la experiencia de los trabajadores, en los modos que tienen de procesar subjetivamente las condiciones materiales de su existencia, las internalizaciones como los cuestionamientos, nos va a permitir también efectuar una crítica de los estudios existentes sobre el tema de la salud en esta industria, porque esas mismas experiencias son las que permiten desindividualizar el problema y llevarlo al plano social, en función de cómo se estructura el trabajo en nuestra sociedad para la creación de valor, con determinados ritmos, medios y condiciones que aseguran la ganancia, y por tanto, de la contradictoria relación entre trabajo y salud. Pero también llevarlo a un plano que trasciende lo meramente técnico en virtud del trabajo dentro de la obra, para pensar por qué y en relación a qué los trabajadores de la construcción interiorizan ciertas condiciones, riesgos y peligros, a partir de sus trayectorias de vida eminentemente marcadas por la condición migrante y por experiencias y condiciones laborales previas suyas o de sus familias en el ámbito rural. Consideramos finalmente que solo trascendiendo la mirada que se centra en la gestión, lo médico-técnico y lo individual vamos a poder aportar una perspectiva social a este problema eminentemente social.

Bibliografía

Bellorín, M. *et al.* (2007) "Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores de una Empresa de Construcción Civil", *Salud de los Trabajadores,* Volumen 15 N°2, Venezuela.

Grimberg, M. (1988) La construcción social de la salud-enfermedad en trabajadores de la industria gráfica, *Etnia,* Olavarria. 33-50.

Grimberg, M. (1991a) Condiciones de trabajo y de salud: el riesgo de ser gráfico, en Hintze, S., Grassi, E. y Grimberg, M. *Trabajos y condiciones de vida en sectores populares urbanos,* Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Grimberg, M. (1991b) La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica, *Cuadernos de Antropología Social,* Nro. 5, ICA, UBA. 9-32.

López Catáneo, J. (2002) Riesgos en el trabajo, políticas de higiene y seguridad y estrategias empresarias. En Panaia, M. (comp.) *Competitividad y salud ocupacional. Tres sectores críticos. Petroquímica. Construcción. Docencia*, Editorial La Colmena, Buenos Aires.

López-Varcárcel, A. (2000) Seguridad y salud en el trabajo de construcción. En *Seguridad y salud en el trabajo de construcción: el caso de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*, Documento de Trabajo Nro. 139, Organización Internacional del Trabajo, Lima, Perú. 1-17.

Marega, M. (2012) Las manos de la obra. Proceso productivo, organización del trabajo y experiencia de los de la construcción en Rosario, tesina de grado de la carrera Licenciatura en Antropología. Directora: Simonassi, S., U.N.R., Rosario.

Margulies, S. (1991) Salud y trabajo en una obra social. La construcción de un diagnóstico: el caso de la 'tensión nerviosa' en los trabajadores de las cabinas de señalamiento del ferrocarril. *Cuadernos de Antropología Social,* n°5. 57-77.

Martínez Oropesa, C. y Montero Martínez, R. (2015) "La cultura de la seguridad en una
empresa constructora: evaluación e interpretación de sus resultados", *Saludo de los Trabajadores,* Volumen 23 N°2, Venezuela.

Menéndez, E., (2005) El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, *Salud Colectiva*, La Plata.

Menéndez, E. (2010) *La parte negada de la cultura.* Prohistoria. Rosario.

Menéndez, E. (2015) *De sujetos, saberes y estructuras,* Lugar Editorial, Buenos Aires.

Panaia, M. (2004) El *sector de la construcción: Un proceso de*

industrialización inconcluso, Ed. Nobuko, Buenos Aires.
Panaia, M (2006) Aumento de la población protegida y tipos de accidentes en la industria de la construcción argentina. En el XXVIII Simposio Internacional da AISS, San Salvador de Bahía, Brasil.
Panaia, M. (2007a) El empleo en el sector de la construcción y la recurrencia al cartoneo para poder sobrevivir frente a la inestabilidad. En *Acta Académica* de las *VII Jornadas de Sociología,* Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Buenos Aires.
Panaia, M. (2007b) *Accidentes de trabajadores informales y migrantes sin papeles: el caso de la industria de la construcción, cirujas, trabajadores infantiles y trabajadores agrícolas en la ciudad de Rosario y Capital Federal*, Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Buenos Aires.
Panaia, M. (2008) –comp.– *Sociología del riesgo. Accidentes de trabajo en el sector informal*, Miño y Dávila Editores, Buenos Aires.
Pastrana, E. *et al.* (2008) Las características del trabajo informal en el sector de la industria de la construcción en el AMBA. S/R. 35-56.
Pérez, S. (2013) Estrategias de desarrollo interdisciplinario para la prevención de enfermedades derivadas del trabajo de la construcción. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud, Director Doc. Barragán, H.
Piva. A. (2015) *Economía y política en la Argentina kirchnerista,*Batalla de Ideas, Buenos Aires.
Pucci, F. y Trajtenberg, N. (2003) Racionalidad e incertidumbre en las nuevas formas de Organización productiva de la industria de la Construcción uruguaya. 6to. Congreso Nacional de ASET, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.
Pucci, F (2004) *Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo,* Organización Internacional del Trabajo, CINTERFOR, Montevideo.
Pucci, F. (2007) Accidentes de trabajo y condiciones de riesgo en la industria de la construcción uruguaya. En Walter, J. y Pucci, F (Edit.), *La gestión del riesgo y las crisis. Personas, culturas organizacionales e instituciones,* Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
Sánchez-Aguilar, M. *et al.* (2017) Enfermedades actuales asociadas a los factores de riesgo laborales de la industria de la construcción en México. Revista *Medicina y Seguridad en el Trabajo (Med Segur*

Trab (Internet)), 63 (246), Instituto de Salud Carlos III, España. 28-39.

Sarmiento-Salinas, R. *et al.* (2004) "Factores de riesgo asociados a los accidentes de trabajo en la industria de la construcción del Valle de México", *Gaceta Médica de México* Vol. 140 No. 6. 593- 597.

Silva, M. (1997) Causas y consecuencias de los daños a la salud de los trabajadores de la construcción en las principales ciudades de Argentina. Seminario Internacional *Los efectos de la competitividad de los trabajadores*, Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires.

Silva, M. (2001) Los riesgos de trabajo en la construcción, los casos de Rosario y Montevideo. *Economía, sociedad y territorio*, México.

Silva, M. (2002a) Accidentes, enfermedades y adicciones en las principales ciudades argentinas. en Panaia, M. (comp.) *Competitividad y salud ocupacional*, Editorial La colmena, Buenos Aires.

Silva, M., (2002b) Arriesgarse para no perder el empleo: las secuelas en la salud de los obreros de la construcción del Mercosur. *Sociologías* no.8, Porto Alegre.

Solís Carcaño, R. (2006) "Riesgos en la salud de los trabajadores de la construcción", *Ingeniería* 10-2, México. 67-74.

Soul, J. (2013) E. P. Thompson en la antropología social latinoamericana. Convergencias, divergencias y desplazamientos conceptuales ¿Qué hacer con E. *P. Thompson?* Universidad Nacional de Quilmes, Revista de Libros Rey Desnudo, Año II, Nro. 3, Argentina.

Wallace, S. (1991) Tras las huellas de cien años: la cerveza y los trabajadores cerveceros. *Cuadernos de Antropología Social*, N° 5, Buenos Aires.

Wallace, S., (1994) El proceso de trabajo cervecero. Una mirada desde los riesgos. Berrotarán y Pozzi (comps.), en *Estudios inconformistas sobre la clase obrera argentina (1955-1989)*, Ediciones Letra Buena, Buenos Aires.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 9

Sistemas y Servicios de Salud

Investigaciones científicas y experiencias de gestión

Coordinadorxs

- Diego Díaz Córdova (UNLa).
- Marina Gabriela Zunino (UNLa//UNDAV).

Comentaristas

- María José Luzuriaga (UNLa).
- Mora Castro (UNAJ).

Centro de documentación de la Salud Pública en la ciudad de Rosario: estrategia para destacar su valor como patrimonio histórico y experiencia sanitaria

SANDRA GERLERO, CECILIA AUGSBURGER, JOSÉ DALONSO, CECILIA MOYANO, CECILIA PINTO Y ERNESTO TABOADA*

Introducción

El trabajo presenta una propuesta de investigación destinada a sistematizar y documentar un conocimiento científico para reconstruir la historia de la Salud Pública en la ciudad de Rosario (1983-2018), a través de la creación de un Centro de Documentación (CeDoc) en el Instituto de la Salud "Juan Lazarte".

En los últimos años, existe un renovado interés por la memoria colectiva y el papel de los documentos y los testimonios en la construcción del patrimonio socio-institucional. Por ello adquiere relevancia construir un CeDoc que se encargue de reunir, gestionar, organizar y difundir la documentación vinculada a la temática que atañen a los procesos de salud-enfermedad-cuidado, a la vez que abone a la comprensión histórica de la salud pública local.

El franco desarrollo de nuevos modos de crear y recrear la historia de la salud y de la enfermedad aspira resaltar, desde un enfoque situado y crítico, la trayectoria de ciertos procesos contemporáneos, ya sea para dar cuenta de la complejidad de la trama tejida por la salud de las poblaciones, la gestión y organización de los servicios socio-sanitarios, ya sea para buscar en el pasado indicaciones generales al momento de articular y dar visibilidad a las iniciativas

* Instituto de la Salud "Juan Lazarte".

políticas en materia de salud y de enfermedad. Se trata de mirar lo que ya pasó como una suerte de mundo complejo, contradictorio y multifacético.

Esto es, reconstruir el pasado con evidencias dispares provistas de múltiples y variadas fuentes de información, que luego se entretejen con más o menos sofisticación. El historiador Diego Armus (2010) sostiene, desde un enfoque dinámico que, la historia se prefigura como una película –no tanto como una fotografía– donde el cambio y la continuidad, lo nuevo y lo viejo, lo que perdura y lo que se desvanece, conviven tensionados. Algunas de las dimensiones de esa historia también están presentes de algún modo en otros lugares y otros tiempos, y por eso son pasibles de generalizarse. Pero marcadas implacablemente por el tiempo y el lugar, esa trama es ante todo específica y peculiar.

En Latinoamérica y Argentina se destacan distintas perspectivas sobre el debate historiográfico dedicado a la Salud Pública y sus modalidades de trazar un recorrido, un acopio y socialización de dichas problemáticas. Las últimas tres décadas no sólo reconocen un sostenido esfuerzo por renovar la tradicional historia de la medicina sino también transformaron a la salud y la enfermedad en promisorios objetos de reflexión por parte de las ciencias sociales y las humanidades. En esta perspectiva, Diego Armus (2012) retoma las innovaciones en el campo de estudio de la historia de la salud y la enfermedad comprendiendo tres dimensiones de análisis: la nueva historia de la medicina, la de la salud pública y la sociocultural de la enfermedad.

En particular, la tradición de la historia de la salud pública tiende a enfocarse en el poder, la política, el Estado, las instituciones y la profesión médica. Discute y sistematiza los problemas de la salud a nivel colectivo, estudia las acciones políticas para preservar o restaurar la salud de los grupos y suele enfocar su atención en los momentos en que el Estado o algunos sectores de la sociedad han impulsado iniciativas concretas de intervención en mejoras sociosanitarias. Se trata de una historia que se pretende útil e instrumental, con usos sociales del conocimiento altamente valorados. En la clasificación de quienes la practican, Armus dice que conforman un grupo variado. Están quienes plantean que "hacen historia de la salud pública puesto que tienden a investigar el pasado con el objetivo de encontrar allí pistas que, se supone, deberían reducir las inevitables incertidumbres que marcan a todo proceso de toma de decisiones en materia de salud pública en el presente. Mientras que otros, en cambio, hacen historia "en" la salud pública (no tanto "de" la salud pública) toda vez que ellos mismos se reconocen como activos protagonistas en la

formulación e instrumentalización de proyectos, visiones y políticas contemporáneas para las que la historia sería una suerte de insumo (Armus, 2014:38)

Se trata, entonces de recuperar las múltiples posiciones y variados enfoques para narrar la historia que afiance la comprensión de la trayectoria de la salud pública en el contexto local y de reconocer las múltiples perspectivas y dimensiones desarrolladas para comprender la historia de la Salud Pública (Armus 2010, 2012; Belmartino y Bloch 1994; Belmartino 2009; Spinelli, Librandi, Zabala 2017).

Ello conlleva atender una variedad compleja de rasgos y atributos que caracterizan la construcción de la política sanitaria. La misma abarca desde la disponibilidad y accesibilidad de servicios sanitarios y/o dispositivos de cuidados de salud, la articulación y coordinación en la gestión del trabajo, hasta la propia producción simbólica o discursiva que, en palabras de Mario Rovere (2005), conforman también un producto-proceso en sí mismo, de carácter contracultural en el marco de los discursos sanitarios dominantes.

Trazos conceptuales que guiaron la investigación

En el proceso de investigación se debieron abordar dos núcleos críticos reconocidos y apuntados por cientistas sociales e historiadores, que dirigieron la búsqueda a la hora de recuperar el material archivístico constitutivo de un Centro de Documentación. El primero refiere a la imprecisión que le asignamos al concepto de archivo mientras que el segundo, focaliza en la preocupación sobre la delimitación y selección temática que concentra y reúne el acervo documental.

Sobre el primer tópico, es posible afirmar que el carácter polisémico de la palabra archivo atraviesa la tarea de investigar y recrear la historia de la Salud Pública. Los distintos usos del término asocian su significado como reservorio de la memoria, espacio de preservación de testimonios, análisis de documentos de un pasado reciente o lejano, así como, el sentido general de nombrar la trayectoria socio-sanitaria como materia prima de la disciplina historiográfica (Heredia Herrera, 2017). Del grupo de estos significados que denota el término, un archivo puede representar un conjunto organizado de registros que se preservan manteniendo una unidad temática y de contenido. Pero también, desde otra perspectiva analítica, un archivo visualiza un mosaico heterogéneo de huellas de la historia, en nuestro caso de una política pública rosarina. En esta orientación, al decir de Foucault, un archivo remite a un sistema general de formación de los enunciados-acontecimientos que caracterizan una práctica discursiva (Tello, 2016).

Es, en este extenso camino que va entre el archivo como acopio y custodia de datos de la cultura sanitaria, hasta el modo en que emerge cada formación discursiva-acontecimiento en el ámbito de la salud colectiva, que ubicamos la necesidad de generar un pensamiento crítico sobre los componentes principales de la historia sanitaria e institucional de una experiencia de desarrollo político de larga data.

La segunda cuestión que problematiza la sistematización de documentación, comprende dos aspectos que se entrelazan: a) la materialidad del documento histórico y b) las modalidades del recorte o selección de las áreas de desarrollo de la Salud Pública que distingue y caracteriza al contexto local.

Atendiendo a una perspectiva flexible y abarcativa adoptamos, de acuerdo a Antonia Heredia Herrera (1991), un sentido amplio para entender por documento a todo registro de información independiente de su soporte físico. Asumimos así, que el documento escrito o mecanografiado no es la única fuente para el estudio del pasado, y es por ello que se incluyen otras modalidades de registros presentes que recuperan los procesos históricos de la temática. La utilización de fuentes tales como material iconográfico y testimonios orales, tienen cada día más relevancia en los distintos espacios de transmisión y discusión académica. Los nuevos sentidos sobre la documentación de archivo, fotografías, registros fílmicos, libros, normativas y legislaciones, testimonios -orales y escritos-, enfatizan la tarea hermenéutica que involucra la recuperación, puesta en disponibilidad y consulta de los materiales adquiridos.

De modo que, la tarea archivística implica, la obtención de material documental heterogéneo, la socialización de los testimonios a través de entrevistas y abordajes intersubjetivos, las formas de interpretación y narración para la construcción de una memoria colectiva de la salud pública en Rosario.

Además, y vinculado a las particularidades de la materialidad y soporte de los registros, se halla el recorte temático que da sentido y organiza el Centro de Documentación en Salud Pública. Para ello se seleccionaron tres áreas de desarrollo de la Salud Pública que distingue y caracteriza al contexto local y regional. 1) La política de salud entendida como herramienta estratégica de construcción participativa y colaborativa con el conjunto de actores sociales –universidad, gestión de políticas sociales, asociaciones profesionales, centros de investigación, entre otros-. 2) La estrategia de Atención Primaria asumida, tanto en su tradición histórica cuanto, en su vigencia actual, como eje rector de los lineamientos y organización del sistema sanitario. 3) El desarrollo de trabajadores en el campo de la Salud Pública contemplando procesos de producción de información, investigación y

formación. Los tres componentes estratégicos apuntan a generar una reflexión crítica desde la preservación y reconstrucción de la política sanitaria local.

Puntuaciones metodológicas

El abordaje metodológico adoptado para la puesta en valor, preservación y organización del patrimonio histórico referido a la trayectoria de la Salud Pública en la ciudad de Rosario incluye el análisis de múltiples fuentes de información implementado a través de variadas técnicas y métodos de la antropología social, la historia y el análisis documental.

Una de ellas es el método biográfico aplicando como procedimiento de registro y obtención de datos la entrevista semiestructurada y en profundidad -en forma individual y colectiva-. Los entrevistados se escogieron siguiendo el criterio del "informante clave", que según Guber (2005:86) "aparece como principal fuente de información acerca de una amplitud de temas significativos de su propia cultura y unidad social"; y se elaboraron registros audiovisuales con el consentimiento de los entrevistados en virtud que asumen una representación pública. Las entrevistas semi-estructuradas que se realizaron como parte de las primeras acciones del Centro de Documentación procuraron acompañar un proceso de reflexividad de los sujetos involucrados, cuestión que los propios actores también reconocieron como aspecto constitutivo de su participación en los procesos de planificación y gestión de la Salud Pública en Rosario.

Desde la perspectiva de Pierre Bourdieu (2003), la reflexividad en las ciencias sociales consiste en preocupaciones críticas continuas sobre las condiciones sociales de producción y las acciones que se desarrollan, y apunta a la transformación del sujeto, a convertirlo en un sujeto que hace lo que hace sabiendo por qué lo hace, es decir dominando los procedimientos. La etapa fundacional de su preocupación por la reflexividad podemos encontrarla en el "El oficio del sociólogo", donde se plantea una ruptura con las prenociones del sentido común y una lectura crítica sobre los procedimientos. Luego, retoma la cuestión en el "El campo científico" y al reconocer a la ciencia como tal, ve en su interior un espacio de lucha para conservar o transformar, ve a las prácticas orientadas por estructuras y, en ese sentido, inclui rá la noción de habitus como "disposiciones generadoras, en buena medida inconscientes y transportables, que tienden a generalizarse" (Bourdieu; 2003:78) para tratar de comprender las prácticas, que –dice– los científicos suelen explicarlas a partir de las ideas "intuición, oficio y sentido práctico, olfato" (Bourdieu, 2003: 74). En atención a estos aportes, el autor sostiene

que no se debe confundir reflexión con introspección; y, precisamente, la reflexividad sobre las prácticas que propondrá será relacional y no introspectiva.

En la reflexividad sobre las prácticas profesionales se debe reconocer no sólo las condiciones históricas de los sujetos involucrados en las historias que se narran sino también, y fundamentalmente, las condiciones sociales de quienes las despliegan, ese sistema de relaciones que son determinantes de esas prácticas. Además de las entrevistas, el trabajo incluye el estudio de las fuentes documentales disponibles y el procesamiento mediante técnicas de análisis cualitativas.

Desde esta perspectiva el concepto de "patrimonio histórico" cruza transversalmente este trabajo en varios sentidos. Una de las maneras de preservar el patrimonio histórico es mediante la memoria compartida, que trasvasa el tiempo a través de las diferentes generaciones por medio de la transmisión oral y documental, conformando la memoria cultural a partir de la transmisión y resignificación. La elaboración de la información se sistematiza en dos componentes: a) el Patrimonio Histórico Material y b) el Patrimonio Histórico Intangible. El primer componente refiere a la documentación existente en versión papel que incluye: producciones de investigación (tesis, artículos, libros), documentos de gestión, memorias de sanitaristas reconocidos en la región, normativas y ordenanzas que regulan la organización y planificación sanitaria local, entre otros.

El segundo componente refiere al patrimonio intangible y se encuentra en estrecha relación a la historia, la identidad y los procesos de consolidación, y construcción colectiva de una historia social producida por los relatos orales de aquellos actores relevantes que actuaron en el período seleccionado. La memoria se presenta como un elemento esencial de la identidad individual y colectiva, y como plantea Candau (2008) es una reconstrucción actualizada del pasado, por lo tanto, dinámica al igual que la identidad; constituyendo el patrimonio cultural intangible de una comunidad o colectivo institucional.

En este sentido la investigación se propuso cumplimentar el objetivo de historizar la trayectoria de la Salud Pública en la ciudad de Rosario en el período comprendido entre 1983-2018, elaborando y poniendo a disposición dicho patrimonio histórico a través de la creación del Centro de Documentación "Dr. Carlos Bloch", quien como protagonista del campo de la salud colectiva bregó por la defensa al derecho a la salud, la organización de las instituciones profesionales, así como, la creación, desde el año 1994, del Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Resultados preliminares

Para la caracterización y reconstrucción de la política sanitaria local, se presentan hallazgos parciales atendiendo a las tres áreas estratégicas que organizan la Salud Pública rosarina: a) la construcción de la política de salud y sus actores sociales; b) la estrategia de Atención Primaria como eje rector del sistema sanitario; c) el desarrollo de los trabajadores en los procesos de producción de información, investigación y formación.

Con la finalidad de reconstruir la historia institucional se digitalizó y socializó la obra original de Juan Lazarte plasmada en los libros: "La solución federalista en la crisis histórica argentina" (1957); "Laicismo y Libertad" (1959); "La burocracia sentido y significado" (1960). Juan Lazarte fue médico, sociólogo y un activo militante gremial. Mantuvo una preocupación constante por definir las características de la inserción médica en el sistema socio-sanitario nacional, y ello lo impulsó a la participación gremial y comunitaria, formando parte de la Federación Médica de la Provincia de Santa Fe y luego de la Argentina.

Su producción recorre un conjunto de temas que actualizan problemas vigentes. Una aproximación a ellos destaca sus reflexiones sobre la Reforma Universitaria, el carácter y el lugar de la cultura, y las responsabilidades en torno de la enseñanza. Un conjunto de escritos publicados en los que aborda la sexualidad, la maternidad, el lugar de la mujer, la relaciones en el matrimonio y la potestad sobre el cuerpo de la mujer muestra su relación con la agenda del feminismo de las últimas décadas. Y un tercer conjunto de trabajos reunidos en torno de la práctica médica y su organización, el objeto de la medicina social, y la salud pública. La revitalización del pensamiento de Lazarte no coloca sólo la idea de un cierto "deber social", por aquello producido históricamente, sino que se liga a temas y problemas actuales que se reconstruyen. De manera que colocar su pensamiento como legado es establecer mojones y recursos para significar el tiempo presente.

Como parte del proceso de reconstrucción de la historia social del campo sanitario en Rosario (1983-2018) se realizaron seis entrevistas en profundidad a actores calificados de ese proceso, quienes –entre otras funciones desarrolladas en el área– se desempeñaron como secretarios de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario[1]. Mediante la aplicación de esta técnica, se construyeron testimonios en el que estos actores describieron y reflexionaron sobre su desempeño como secretarios de salud, las políticas que se desplegaron en ese período,

1 Para el registro audiovisual y oral, se solicitó el consentimiento de los y las entrevistados/as en virtud que asumen una representación pública. Las entrevistas se realizaron a los y las doctores/ras: Lelio Mangiaterra, Miguel Cappiello, Raúl Rivero, Antonio Bonfatti, Mónica Fein y Leonardo Caruana.

los procesos de articulación con el poder ejecutivo municipal y con otras áreas del Estado municipal y también con los estados provincial y nacional. Y, como la función de secretario(a) de Salud fue parte de sus trayectorias dentro del área, estos entrevistados proporcionaron una visión más amplia y detallada del proceso 1983-2018.

De primeras aproximaciones en la lectura de las entrevistas interesa destacar algunos ejes de problematización:

1. Principales lineamientos de la política de salud.
2. Reconstrucción del proceso de construcción de la política sanitaria e identificación de principales acontecimientos.
3. Articulaciones entre los distintos niveles del estado (nacional, provincial y municipal); entre las distintas áreas del estado municipal; y entre el estado municipal y la sociedad.
4. Priorización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el sistema municipal.
5. Lugar de los profesionales de la salud en el diseño, planificación y ejecución de políticas públicas.
6. Relevancia asignada a la capacitación/formación para el desarrollo de los procesos de trabajo y las prácticas profesionales.
7. Producción de conocimiento y su difusión (congresos, jornadas y producción de información sanitaria).

Como fuente secundaria, se obtuvieron las normativas municipales (1983-2018) vinculadas al sector salud. Se revisaron y recuperaron un total de 314 ordenanzas y resoluciones locales.

Para su organización y análisis se elaboró una matriz de datos de sistematización de acuerdo a los siguientes criterios: fecha de sanción y de promulgación, número y tipo de normativa, vigencia actual, temática u objeto del documento, autores y referencia política y, por último, procedencia que dio origen al proyecto postulado. Las unidades temáticas que prevalecen en las normativas pueden agruparse en:

- Cuidados del ambiente: incluye las regulaciones de contaminación sonora, lumínica, residuos, circulación material peligroso, entre otros.
- Promoción, prevención y atención o cuidado intra e intersectorial: campañas, programas, calle recreativa, entre otros.
- Acceso a fondos y soportes económicos y alimentarios: creación de fondos/facilitación acceso económico en situación de emergencia social/alimentaria, personas vulnerables (discapacitados/as, personas con VIH, violencia de género).
- Estructura, organización y gestión sanitaria: incluye LEM,

sistema turno, red de atención, cobertura medicamentos, entre otros.
- Regulación, fiscalización y prohibiciones: involucra obligaciones de exhibición de cartelería o prohibiciones de fumar o poner saleros en la mesa de los bares.
- Personal de salud: incluye temas de licencias, cuidado salud, carrera sanitaria, entre otros.
- Adecuación y acceso a espacios públicos (actividades y lugares): principalmente dirigido a personas con alguna dificultad motriz.

Por último, y en cumplimiento del objetivo propuesto se diseñó y puso a prueba la web del Centro de Documentación "Dr. Carlos Bloch". Con la finalidad de cumplir con sus funciones esenciales: salvaguardar, organizar y gestionar la información, socializar el conocimiento científico sanitario para el desarrollo institucional, preservar la memoria colectiva sobre la Salud Publica local, se elaboró un Centro de Documentación digital de acceso abierto y público.

Conclusiones iniciales

En función que el trabajo está en desarrollo, las conclusiones preliminares permiten afirmar que la utilización y combinación de diferentes fuentes de información –testimonios de actores clave, normas legislativas, relatos y crónicas históricas– construyen y consolidan el soporte material imprescindible para la comprensión del período sanitario analizado.

La delimitación de las tres áreas de indagación del acervo documental -Lineamientos políticos, Atención Primaria de Salud y Formación e investigación- son los ámbitos que combinan el análisis de los espacios de las prácticas sanitarias de los actores y decisores.

El acervo documental posibilitó trazar una línea histórica y política que reactualiza y sintetiza los debates que se establecieron en el origen de la trayectoria de la política sanitaria. De modo que, la elaboración del archivo oral y documental posibilita la construcción y recreación de la historia y el desarrollo de las políticas de Salud Pública en el contexto local.

Se reafirma que el conocimiento producido y acopiado será de utilidad para decisores políticos, planificadores y trabajadores de la salud; y que puedan hacer uso de él para la reflexión y generación de nuevas estrategias de intervención que recuperen e incorporen la larga experiencia de trabajo y tradición colectiva en el sector.

Bibliografía

Armus, D. (2010). ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? *Salud Colectiva, N°* 6(1). 5-10.

Armus, D. (2012). Historia/historia de la enfermedad/historia de la salud pública. *Rev Chil Salud Pública,* Vol. 16 (3). 264-271.

Armus, D. (2014). Discursos, políticas y experiencias en la historia de las enfermedades. En Biernat, C. y Ramacciotti, K. (Ed.), *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos, Colección Ciudadanía e Inclusión.

Belmartino S. (2009). Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría. *Política y Gestión, N°11.* 33-59.

Belmartino S., Bloch C. (1994). *El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*. Buenos Aires, Argentina: OPS/OMS Serie 40 Representación Argentina.

Bourdieu, P. (2003). *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad.* Barcelona, España: Anagrama.

Candau, J. (2008). *Memoria e Identidad. Serie Antropológicas*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.

Guber R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Heredia Herrera, A. (1991). *Archivística General. Teoría y Práctica Actualizada y aumentada (5.8 Edición).* Sevilla, España: Diputación Provincial.

Heredia Herrera, A. (2017). Forma y formato de los documentos de archivo. *Boletín ANABAD, Tomo 67*(4). 39-51.

Lazarte, J. (1957). *La solución federa en la crisis histórica argentina*. Buenos Aires, Argentina: Reconstruir.

Lazarte, J. (1959). *Laicismo y libertad*. Buenos Aires, Argentina: Cátedra Lisando de a Torre.

Lazarte, J. (1960). *La burocracia. Sentido y significado*. Buenos Aires, Argentina: Cátedra Lisandro de la Torre.

Rovere, M. (2005). *Una Ciudad Modelo en Salud pública. La construcción de una estrategia, el Diseño de una gestión. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad*. Buenos Aires, Argentina: PNUD.

Spinelli H; Librandi JM; Zabala JP. (2017). Los Cuadernos Médico Sociales de Rosario y las revistas de la medicina social latinoamericana entre las décadas de 1970 y 1980. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Vol. 24 (*4). 877-895. doi: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702017000500002.

Tello, M. (2016). "Foucault y la escisión del archivo". *Revista de Humanidades, N°34*. 37-61.

Hospital de Lezama: Indagación de los vínculos entre la humanización de la salud pública y la construcción subjetiva del paisaje desde la periferia

VERÓNICA G. MEO LAOS*

Introducción

Se parte de que la humanización de la salud pública debe ser entendida como un horizonte intelectivo que permita indagar en construcciones de sentido cristalizadas en torno a las creencias, las rutinas diarias y a las prácticas que se llevan a cabo en una organización de la salud pública cuya particularidad radica en estar situada en la periferia. Entendiendo a esta última determinada por la posición subordinada en la que se inserta respecto del sistema- mundo moderno/colonial y que responde a la colonialidad del poder (Quijano, 2000). A partir de este trabajo se intenta indagar en las posibles materialidades que puede adoptar la subordinación periférica -incluso dentro de un contexto periférico más amplio- a la vez que se prevé indagar en las construcciones de sentido subyacentes en torno a los cuerpos hospitalizados a través de los discursos que circulan dentro de una organización de salud pública ubicada en una ciudad de 7.000 habitantes en la provincia de Buenos Aires.

Marco teórico y diseño metodológico

Indagar en las perspectivas en torno al cuerpo hospitalizado presentes en los discursos de los trabajadores de la salud en un hospital público

* INSOD – UADE.

situado en la zona rural de la provincia de Buenos Aires implica un posicionamiento teórico respecto del cuerpo y su relación con el paisaje. El cuerpo es entendido aquí como lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico, pero también social y actuante y con un vínculo estrecho con la experiencia paisajística. Es que el cuerpo vivido es a la vez el centro y la condición de posibilidad de las experiencias del paisaje (Besse, 2014). Esta perspectiva fenomenológica permite abordar el campo de estudio del cuerpo como una intersección entre la antropología social y la geografía cultural.

Toda acción humana es cultural y se territorializa por eso la noción de paisaje cultural permite vislumbrar las relaciones entre el espacio -en nuestro caso, el espacio hospitalario- y la cultura entendida como la totalidad de las prácticas cotidianas. Indagar en lo político implícito en las prácticas culturales junto con la urdimbre de vínculos que establecen los lugares y que los entraman desde diversas escalas de poder e interdependencia permitirá delimitar la noción de periferia y situarla en una trama de relaciones discursivas y simbólicas donde los lugares se intersectan como campos de poder y disputas. Y, a partir de allí, vincular a aquéllos -en particular los paisajes culturales- con la noción de cuerpos vividos y sondear en las articulaciones implícitas entre la antropología y la geografía cultural y la geografía del paisaje. En virtud de que se trata de una investigación de campo que se encuadra dentro del paradigma cualitatitvo, desde el enfoque interpretativo, se eligieron informantes clave (10 mujeres y 7 varones) de Lezama y una médica de La Plata que trabajó en el hospital municipal. La selección se hizo a través de una consulta al azar a habitantes de la comunidad. Se escogieron a las personas que aparecían de manera reiterada en las respuestas. La recopilación del *corpus* se realizó a través de una entrevista semiestructurada que se registró en grabaciones de audio. Tras haberse realizado las entrevistas se transcribieron siguiendo los criterios sugeridos por la ética periodística (Mendelevich, 2005). Para el análisis se tomaron los enunciados significativos analizados en contexto y, a partir de allí, se desprendieron las categorías estudiadas. Se puntualiza que la totalidad del corpus ha sido transcripto. Cada enunciado compuesto por preguntas y respuestas es transcripto en orden cronológico y su organización dentro de la composición del texto definitivo ha sido estructurada de acuerdo a criterios temáticos.

Finalmente, el trabajo de campo de esta investigación empírica se llevó a cabo en el Hospital Municipal "Dr. Francisco Quijano" de Lezama, (ex Pueblo y Colonia de Manuel J. Cobo), ciudad cabecera del partido homónimo, situada en la provincia de Buenos Aires, ubicada a 157 km al sur del centro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Lezama perteneció al partido de Chascomús hasta fines de 2009,

cuando la Cámara de Diputados le otorgó su autonomía. La autonomía de Lezama será un factor clave para indagar en las categorías: identidad de lugar, topofilia y paisaje con imaginario y su relación con el cuerpo vivido y la experiencia paisajística.

Desarrollo

El centro de salud pública objeto de estudio lleva el nombre del médico que tuvo a cargo la puesta en marcha de la Sala de Primeros Auxilios que le dio origen. Su fundación se debió a la iniciativa de un policía que vio "con alarma cómo el caos más intenso tráfico turístico generaba continuos accidentes y cómo éstos no podían ser así por la ausencia de un centro asistencial" (Rodríguez, 2015). Así pues, el primigenio Hospital de Emergencias de Lezama tuvo por objeto atender las emergencias durante la temporada. Pero este objetivo no se cumplió porque el hospital fue desguazado en 1967. La sala de cirugía y la maternidad fueron desmanteladas. A partir de allí el Hospital pasó a ser Especializado en pacientes crónicos con atención de agudos. De haber sido un centro de atención regional se transformó en hospital de atención y derivación. Este dato es un significante alrededor del cual se amalgaman narrativas en torno a resistencias y luchas cuyo punto de llegada es la separación de Lezama del partido de Chascomús el 22/12/2009 y su posterior independencia. En ese proceso el centro de salud tuvo un significativo valor simbólico con profundas implicancias en la construcción de la identidad local.

El significante "autonomía" proporciona a los habitantes de Lezama un significado que otorga legibilidad y legitimidad a la noción de identidad que, los cohesiona y da sentido. Para el Administrador del hospital, por ejemplo, esa palabra fue aprendida desde muy chico:

> "*En principio nos parecía una palabra dura o rara pero ya en tercer grado sabíamos que esa palabra significaba el futuro nuestro. Porque los profesores nos fueron de a poco explicando que nosotros en algún momento debíamos dejar de pertenecer al Municipio de Chascomús, no ponernos en contra del Municipio de Chascomús*." (Daniel Luciano, 11/10/2018)

Partiendo de que no es posible separar lo social de lo espacial, la carga simbólica de los lugares geográficos se constituye históricamente y se instituye en ritos y ceremonias por las culturas. En gran parte, una cultura está hecha de palabras que traducen lo real, recortándolo, estructurándolo y organizándolo (Claval citado por Zusman *et al.*, 2011). Estos signos no sólo tienen un valor descriptivo, sino que configuran sentidos por lo que pueden ser analizados para comprender la trama de procesos que configuran la semiosis social. Mediante la observación

participante del paisaje diario en la sala de espera se pudieron registrar rituales y prácticas cotidianas que conforman la identidad de lugar de nuestro objeto de estudio. Un dato significativo es que el personal del hospital y el administrador suelen llamar por su nombre a las personas que aguardan ser atendidas. Lo mismo ocurre con las personas que se atienden en ese lugar respecto de los trabajadores de la salud (administrativos, técnicos) que suelen ser oriundos de Lezama.

Vincular este proceso con otros más amplios permitió elaborar la hipótesis en términos de interdependencias, subordinación y poder en diversas escalas: local, regional, provincial y nacional para investigar de qué manera el hospital municipal se articula dentro de un sistema de salud regional y éste, a su vez, se imbrica con procesos de atención más amplios[1]. Desde aquí se plantearon hipótesis acerca de las formas en que se entrelazan lógicas de interdependencia, reproducción o resistencia y autonomía desde la periferia. Reconocer a esta última dentro de la oposición binaria centro/periferia y plantear una mirada descentrada, permite, reflexionar desde la subalternidad y cuestionar su naturalización como la representación del atraso. Porque la periferia también es productora y reproductora de saberes y prácticas donde lo subalterno cobra voz (Spivak, 2003) y desafía la hegemonía del Modelo Médico Hegemónico (en adelante, MMH) generando narrativas alternativas menos visibles pero que pueden resultar emancipadoras y transformadoras a largo plazo.

Y junto al significante *autonomía*, también tiene eficacia simbólica el hecho de que -como se ha señalado con anterioridad- el Hospital Municipal no cuenta con Sala de Maternidad lo que equivale a que los habitantes de Lezama no puedan nacer en el hospital de su ciudad pero que sí puedan morir allí dado que ese lugar funciona también como geriátrico. Esta imposibilidad es un enunciado repetido de manera constante en casi la totalidad de los testimonios recogidos y resuena como una demanda sin saldar que les impide obtener la autonomía definitiva. En este sentido recuerda a que el poder traumatizante

1 De esa organización de salud pública categorizada A1 o de bajo riesgo también depende el centro de atención primaria que se encuentra en el barrio "El Tero" que es una dependencia directa de Hospital Municipal Francisco Quijano. Se ocupa principalmente de la asistencia de salud en la zona y le otorga a la comunidad un servicio de atención primaria, de prevención y cuidado. El Centro de Atención Primaria (CAP) del barrio "El Tero" brinda, además, asistencia de psiquiatría, pediatría, obstetricia y odontología. Por el lugar pasan aproximadamente 30 personas por semana, y en caso de tener pacientes graves, luego de una atención primaria son derivados inmediatamente al centro de salud municipal. Dentro de la red de atención de salud pública de Lezama se encuentra la Unidad de Pronta Atención (UPA 7-Trauma) situada en el km 157 de la Autovía 2 que atiende emergencias viales.

de una situación cualquiera no puede resultar de sus caracteres intrínsecos, sino de la capacidad que poseen ciertos acontecimientos que surgen en un contexto psicológico, histórico y social apropiado, de inducir una cristalización afectiva que tiene lugar en el molde de una estructura preexistente (Levi-Strauss, 1949)

Conclusión

Hasta aquí se ha expuesto una síntesis de la investigación empírica encuadrada en el paradigma cualitativo que, en un primer momento, tuvo por objeto identificar las huellas del paradigma biomédico en los discursos que circulan entre los actores que intervienen en el hospi tal de Lezama en tanto organización de salud pública de la periferia. Pero que, a medida que fue desarrollándose la investigación, planteó nuevas hipótesis de trabajo orientadas a analizar a la organización hospitalaria como una trama compleja de interrelaciones que, al ser abordada desde diversas escalas, permitió observar redes de cooperación e interdependencia, pero también de subordinación con respecto a otros espacios o efectores públicos y/o privados vinculados a los procesos de salud- enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

Si bien la periferia es la contracara de una lógica del sistema-mundo donde la polaridad centro/periferia genera desigualdad, reproduce el colonialismo y la aceleración deshumanizante inherentes a la lógica cientificista del MMH; por otra parte, también puede ser el lugar de la producción y reproducción de saberes y prácticas subalternas enriquecedoras. En otras palabras, realizar el trabajo de campo en el centro de atención que nos ocupa ha permitido habilitar las voces de la subalternidad a la vez que pensar a los hospitales en general como espacios de intersección de culturas donde se ponen en juego relaciones sociales de cooperación y conflicto, de dominación y resistencia, de explotación, pero también de negociación. Paisajes vividos (Besse, 2014), territorios habitados por memorias y narrativas de vida concretas, donde el paradigma biomédico debe negociar su hegemonía con otras epistemologías porque, aun cuando ha demostrado su eficacia, hoy parece insuficiente para dar cuenta de los procesos históricos y sociales inherentes a la salud, la enfermedad, el cuidado y la cura.

En definitiva, a través de la reflexión y la investigación empírica se intentó abrir una fisura a la hegemonía del paradigma biomédico del MMH con el objeto de vislumbrar nuevas perspectivas y nuevas miradas que contemplen un enfoque intercultural en la salud donde se incluya la diversidad de aspectos culturales subyacentes y que permita incorporar un enfoque explicativo global propio de las ciencias sociales en la práctica sanitaria -en principio- de los bonaerenses.

Bibliografia

Besse, J. M. (2014). L'espace du paysage. Considérations théoriques. En: Puigbert, L., Losantos, A. y Bretcha-Olot, G. (Ed.), *Théorie et paysage: réflexions provenant de regards interdisciplinaires*.
Barcelona, España: Observatorio del Paisaje de Cataluña-Universidad Pompeu Fabra.

Levi- Strauss, C. (1949). *Antropología estrucutrual*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA

Mendelevich, P. (2005). *Ética periodística en la Argentina y el mundo. Estudio comparado con miras a la acción*. Buenos Aires, Argentina: Konrad Adenauer Stiftung.

Quijano, A. (2000). "Qué tal raza!". *International Latin American Studies Review, Vol.1*. 132/11.

Rodríguez, W. (2015). *Diga 33. Lo importante es la salud. Taller de historia: Hacer memoria*. Lezama: Cooperativa de Electricidad y Otros Servicios Públicos. Consumo y Vivienda de Lezama Ltda.

Spivak, G. C. (2003). "¿Puede hablar el subalterno?". *Revista colombiana de antropolog*ía, Vol.39. 297-364.

Zusman, P.; Haesbaert, R.; Castro, H. y Adamo, S. (2011). *Geografías culturales: aproximaciones, intersecciones y desafíos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras-UBA.

Sistemas y servicios de salud. Investigaciones científicas y experiencias de gestión. Adolescencia: entre políticas y servicios de salud en la ciudad de Bahía Blanca

ANA FLORENCIA QUIROGA*

Introducción

Esta presentación se desprende de un proyecto de investigación en curso centrado en la construcción de representaciones sociales del embarazo en adolescencia en la población de 15 a 19 años de edad de Villa Harding Green –en la ciudad de Bahía Blanca-, entre profesionales de la salud, así como en las políticas de salud vinculadas al tema vigentes en la ciudad. Durante el transcurso de este proyecto hemos identificado que, en la ciudad de Bahía Blanca, el embarazo en la adolescencia y, en términos generales, la salud en la adolescencia, es materia de preocupación por parte de diferentes actores tanto del sector salud, educación, como aquellos vinculados al sistema de protección y promoción de derechos de niños, niñas y adolescentes.

En esta ponencia pretendemos realizar una caracterización de las formas en que se constituye la noción de adolescencia y las acciones propuestas en pos del acceso a la salud, en el devenir de los programas de salud en la adolescencia vigentes en la ciudad de Bahía Blanca y entre profesionales de la salud vinculados a la atención de dicho segmento poblacional. A través de esta propuesta buscamos poner en diálogo las políticas sanitarias y sus principios organizadores con la

* UNS.

perspectiva de los actores que se desempeñan en los servicios de salud públicos de la ciudad, focalizando en las condiciones de acceso a la salud en adolescencia.

Contexto conceptual

Desde una mirada antropológica entendemos que "adolescencia" no constituye un período natural de existencia sino una construcción social; una categoría social que remite no sólo a un rango etario, sino que comprende contenidos culturalmente definidos (Feixa, 1996; Chaves, 2005).

Para la conceptualización y análisis de la política pública de salud, seguiremos la propuesta teórica–metodológica de Magdalena Chiara (2017). Entendemos por *políticas de salud* aquellas intervenciones institucionalizadas del Estado orientadas a los problemas de salud, destacando su capacidad para definirlos, en sus contenidos particulares y en los sujetos que los corporizan, e instituir las reglas de juego desde las cuales serán procesados (Chiara, 2017). Y adoptamos la propuesta denominada "análisis de los instrumentos[1] de políticas" diseñada para el estudio de planes, programas y leyes definidos en conjunto como *dispositivos de la política de la salud*.

De acuerdo a Javier Moro (2015) la política sanitaria pone en foco la relación que se establece entre los servicios de salud y la población. El autor también plantea que en la construcción de ese vínculo y en la modalidad de su acción se dirime una forma particular de interpelar, adaptarse y configurar el territorio.

Los dispositivos de la política de la salud analizados son el Programa Nacional de Salud Integral en Adolescencia y el Programa de Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. Ambos expresan posiciones respecto a la adolescencia y acceso a la salud (Wallace y Enriquez–Hass, 2001), y formas de abordaje de la salud en el territorio, los cuales caracterizamos a través del análisis de los instrumentos de políticas.

Metodología

La metodología es de corte cualitativo, combinando análisis de fuentes secundarias y primarias de información. Respecto a las primeras se analizaron dispositivos de la política de la salud en adolescencia,

1 Chiara (2017) define *Instrumentos de política* a un tipo particular de institución que organiza las relaciones y las prácticas entre los actores gubernamentales; a través de los cuales las decisiones se traducen en mecanismos de provisión, financiamiento y regulación orientados a garantizar el cuidado de la salud de la población.

siguiendo la propuesta teórica-metodológica desarrollada por Magdalena Chiara (2017:206) de "análisis de los instrumentos de políticas". En este sentido se identifican y caracterizan los instrumentos de la política presentes en dos dispositivos: el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y el Programa de Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. Los instrumentos remiten a la relación entre población-pacientes y proveedores y a la interacción entre autoridades gubernamentales y proveedores de atención (Chiara, 2017). Los dispositivos de la política mencionados constituyen las unidades de observación, en tanto que las unidades de análisis son los instrumentos de la política, cuyos contenidos se comparan con la información obtenida a partir de los informantes clave.

Respecto a las fuentes primarias, se realizó trabajo de campo etnográfico en diferentes etapas entre los años 2017 e inicio del 2019. Los datos se produjeron a través de entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud del subsector público del sistema de salud local, observación etnográfica en instituciones de salud y un taller de debate en torno a salud en adolescencia con profesionales del primer y segundo nivel de atención del subsector público. El análisis de la información obtenida a partir de entrevistas y taller de debate se organiza a partir de las siguientes dimensiones: noción de adolescencia y acceso a la salud, incluyendo las sub-dimensiones: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

El Municipio de Bahía Blanca: características del sistema sanitario

La ciudad de Bahía Blanca se encuentra ubicada geográficamente al sudoeste de la provincia de Buenos Aires. La estructura sanitaria está comprendida por 3 subsectores (estatal, de seguridad social y privado); y el subsector público integrado por tres niveles jurisdiccionales: nación, provincia y municipio. El sector público se compone de distintas organizaciones y establecimientos de mediana y alta complejidad que atienden a la población de la ciudad y la zona. Algunas dependen de la Municipalidad, específicamente de la Secretaría de Salud, como las Unidades Sanitarias, los Centros de Salud y el Hospital Municipal de Agudos Por otro lado, el Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", depende directamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. A nivel municipal, la Secretaria de Salud es el área de gobierno local que interactúa entre la política pública y la población de Bahía Blanca, haciendo foco en la atención primaria de la salud (en adelante, APS). Las políticas locales de salud están en consonancia con los lineamientos que indican la Secretaría de Salud

de Nación[2] y el Ministerio de Salud de Provincia. En la actualidad, en todos los Centros de Salud y Unidades Sanitarias se encuentran en ejecución los programas vigentes nacionales, provinciales y propios de la secretaría municipal.

Los dispositivos de la política de salud en adolescencia

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) creado en el año 2007 en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, se propone promover y difundir el derecho de adolescentes al acceso al sistema de salud, en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y respetando la confidencialidad.

El Programa de Adolescencia, dependiente de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, parte del mismo propósito que el PNSIA. Postula como objetivo general promover el acceso a la salud integral de los y las adolescentes, y una serie de objetivos específicos destinados a la promoción, prevención y atención de la salud de los y las adolescentes. Ambos dispositivos de la política de la salud en adolescencia establecen estrategias para *garantizar la cobertura y acceso a la salud de los y las adolescentes*.

A continuación, caracterizamos los instrumentos de los que están compuestos ambos dispositivos, siendo agrupados en dos ejes según sean los problemas que enfrentan y buscan resolver las políticas de salud (Chiara, 2017): relaciones entre población–pacientes y proveedores e interacción con autoridades gubernamentales y proveedores.

Relación entre población y proveedores

Ambos dispositivos se focalizan en el grupo poblacional de personas cuya edad está comprendida entre los 10 y 19 años, período definido como adolescencia, siguiendo el criterio establecido por la Organización Mundial de la Salud. Según dicho organismo, la adolescencia es definida como período y momento único de la vida. Es caracterizada por cambios físicos, cognoscitivos y sociales que acontecen a lo largo de ese período, la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos y la exposición a riesgos específicos de la etapa. Mientras la 'adolescencia' reviste un carácter singular en los enunciados que remiten a ella, la categoría 'adolescente' connota un significado plural, en la medida en que los y las adolescentes tienen particularidades derivadas del contexto histórico y el medio sociocultural en que están insertos, su pertenencia de clase, etnia y género.

---

2 El 5 de septiembre de 2018, bajo el gobierno de Mauricio Macri, el hasta entonces Ministerio de Salud de la Nación pasó a ser una secretaría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

El conjunto de atributos que caracterizan a la adolescencia hacen que requiera una atención distinta de la que hay que prestar a niños y adultos en virtud a dichos cambios y, el despliegue de estrategias de abordaje particulares de aquellas destinadas a otras poblaciones.

Estas estrategias de abordaje tienen por objetivo garantizar su acceso en forma autónoma y sin barreras al sistema de salud (Programa Provincial de Adolescencia); que aseguren la integralidad de la atención de salud, fomentando la participación multisectorial e incluyendo la participación activa de adolescentes (PNSIA).

La capacitación específica de recursos humanos existentes y la asistencia técnica en el desarrollo de espacios de atención diferenciados en establecimientos de salud, son instrumentos propuestos en ambos dispositivos con el objeto de garantizar y promover el acceso a la salud de este segmento poblacional. En relación al primero de estos instrumentos se proponen actualizaciones teóricas a equipos de salud y capacitaciones en servicio–pasantías, a través de convenios con hospitales que cuentan con servicio de adolescencia que funcionarán como tutores, a fin de brindar asesoramiento a otros servicios en la identificación de problemas en las prácticas y de gestión.

La asistencia técnica en el desarrollo de espacios de atención de salud diferenciados es un instrumento destinado a fortalecer los espacios de atención adolescente en los establecimientos de salud (Programa Provincial de Adolescencia) y adaptar los servicios de salud para adolescentes a través de distintas modalidades de organización de la oferta de salud: centros amigables de salud, servicio diferenciado, consultorio diferenciado (PNSIA).

Finalmente, otros dos instrumentos son las guías de práctica clínica y la historia clínica unificada propuesto por el PNSIA y Programa Provincial de Adolescencia respectivamente. En este sentido el PNSIA propone el desarrollo de contenidos como guías de atención, protocolos de abordaje en situaciones específicas, recomendaciones a equipos de salud, tendiente a modelar las prácticas de los servicios y equipos de salud en el abordaje de los y las adolescentes. Tal es el caso de la guía denominada "Lineamientos sobre derechos y acceso de los y las adolescentes al sistema de salud" a través de la cual se pretende brindar asesoría a los equipos de salud para incorporar en su práctica cotidiana los diversos marcos normativos (Convención de Derechos del Niño y Niña, Ley 26061 de Protección Integral de Derechos de Niño, Niña y Adolescente, entre otros). Por su parte, el Programa Provincial de Adolescencia plantea como una de sus líneas de acción el desarrollo e implementación del uso del Sistema Informático Adolescente y de la historia clínica digital.

Relación entre autoridades gubernamentales y proveedores

Ambos dispositivos de la política de salud proponen instrumentos tendientes a ordenar las relaciones entre actores estatales y las distintas instancias de regulación del sistema de salud. Uno de ellos, compartido por ambos dispositivos, remite a compromisos y acuerdos de gestión. En esta línea, el Programa Provincial de Adolescencia se proclama como eje ordenador de políticas y acciones sanitarias, destinadas a la población adolescente, articulando con otros programas, direcciones y organismos que trabajen en temas específicos que atraviesen a éste grupo etario.

En tanto que el PNSIA busca fortalecer la red nacional de referentes de adolescencia y desarrollar trabajo intersectorial. En relación al trabajo intersectorial, el PNSIA propone asesorías en salud integral en las escuelas secundarias, entendidas como estrategias para mejorar la accesibilidad de los y las adolescentes al sistema de salud, así como asegurar sus trayectorias educativas, generando un nexo intersectorial concreto entre salud y educación, que responda a las necesidades de los y las adolescentes. Surge como una propuesta conjunta entre las áreas sectoriales salud y educación, enmarcada en el concepto de corresponsabilidad. Su objetivo es favorecer las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud y a la educación de los y las adolescentes, a través de la oferta de un dispositivo de salud específico en la escuela, mediante el trabajo en conjunto con efectores de salud. Otros instrumentos son campañas en medios masivos de comunicación (Programa Provincial de Adolescencia) y la generación y difusión de información sobre indicadores de salud (PNSIA).

Acceso a la salud en la adolescencia desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud

El análisis de información obtenida a partir de entrevistas realizadas a profesionales de la salud y del taller de debate se realizó a partir de una matriz de análisis cuyas dimensiones son: noción de adolescencia y acceso a la salud, incluyendo las subdimensiones disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

Adolescencia desde la mirada médica

Adolescencia es definida como “etapa” que transcurre entre la pubertad y la adultez, a la cual se le asocian adjetivos como “crítica”, “difícil”, “fuerte”. Se caracteriza por el acontecimiento de una serie de “cambios físicos y psicológicos de maduración”; una “crisis de identidad” que acompaña los cambios madurativos y la pubertad; la “rebeldía” explicada en

términos de búsqueda de identidad, la cual se asocia a situaciones extremas bajo las cuales se llega a poner en riesgo la propia vida:

> *"...la pubertad es una etapa realmente critica para los adolescentes… les representa una crisis realmente, esa crisis de identidad en donde se cierran y es difícil abordarlos, es como que tienen mucho pudor, tampoco quieren hablar, están mal, se cierran en ellos mismos, en esto de autodefinirse digamos como que se ponen rebeldes…"* (IL-P).

> *"La adolescencia es una etapa muy fuerte, donde pasan un montón de cosas y donde se pone en riesgo la vida y las situaciones todo el tiempo…Es un momento en que ponemos en riesgo muchas situaciones ¿por qué? Porque buscamos la identidad… y estamos empujando los límites y algunos se pasan y tienen situaciones de riesgo muy importantes."* (MA-G)

En los discursos médicos la "maduración" es caracterizada considerando aspectos como la toma de decisiones, la inhibición de respuestas inapropiadas, la ejecución y planificación de la acción, el ponerse en el lugar del otro, el discernir entre pautas establecidas por la sociedad entre lo que está bien o mal. Es considerado un atributo que se incrementa a lo largo de la vida conforme al paso de los años y se construye sobre la base de argumentos biológicos, a saber, el desarrollo del cerebro y las modificaciones hormonales: "(…) como que se sienten grandes, pero no son, les falta maduración". "…cuanto más grande uno es, más maduro uno está (…) Esto es así por una lógica, ¿sí? El desarrollo del cerebro tarda, termina después de los 18 años." (MA-G). El conjunto de informantes entrevistados coincide en que la adolescencia requiere una "atención especial", en virtud de las problemáticas que se le asocian: problemáticas de salud sexual y reproductiva, problemática de la nocturnidad y de los riesgos que esto puede traer aparejado, la mortalidad por causa de accidente de tránsito, autoeliminación o el suicidio, trastornos de la conducta alimentaria.

De acuerdo a los testimonios de profesionales de la salud entrevistados, la atención de la adolescencia es "especial" ya que "insume más tiempo, requiere articulación intersectorial y abordaje integral". Una consulta médica con adolescentes requiere:

> *"...escucha activa, porque cuando el adolescente se da cuenta que no hay interés en la escucha, es difícil de abordarlo, es difícil de llegar a la causa del motivo real de la consulta, de la entrevista…trabajar en equipo y en interdisciplinariedad e incluso en transdisciplinariedad y con instituciones que no tienen nada que ver con tema de salud. Porque el abordaje es también social y cultural"* (AL – Pediatra especialista en adolescencia)

Cabe mencionar que este testimonio corresponde a una médica pediatra especialista en adolescencia que desarrolla su labor en un consultorio de adolescencia en un hospital de la ciudad. Saliendo de este espacio de atención, ¿Qué características presenta el acceso y la atención de la salud en la adolescencia en los servicios de salud públicos en nuestra ciudad?

Acceso a la salud en la adolescencia y condiciones de atención de la salud en el subsector público de Disponibilidad

Los diversos testimonios refieren a la insuficiencia de recursos físicos y humanos para responder a las necesidades de atención de la salud de la población, en la etapa de adolescencia. Específicamente, a la insuficiencia y precariedad de espacios físicos "... amigables – amables y receptivos- y adecuados" en hospitales y unidades sanitarias, "que tengan que ver más con ellos, que no sean grises o banco de cemento.". "En las unidades sanitarias tenemos áreas para puérperas, madres, niños, ¿y para adolescentes? No hay espacios que los albergan. Los espacios que hay son de precariedad". Respecto a ello, los informantes responsabilizan al Estado por la escasa inversión de recursos económicos e inadecuada coordinación de presupuestos "para fortalecer espacios de adolescentes" y "dispositivos que trabajen en prevención y promoción.".

Accesibilidad

Los informantes también coinciden en la dificultad de brindar una atención "accesible y no expulsiva" y "empática", de los y las adolescentes que acuden a los servicios de salud. Atendiendo a los atributos del problema que inciden en la capacidad de acceso de la población adolescente a los servicios de salud, los testimonios remiten por una parte a la dificultad de adecuar los turnos, horarios de atención, la oferta de servicios de acuerdo a las características de la población y comunidad. Por otra parte, refieren a la insuficiencia de espacios asistenciales acordes a sus necesidades en términos de "lugares asistenciales más amables y menos expulsivos". Y en mayor medida, advierten la dificultad de brindar una atención accesible de los y las adolescentes "como sujetos de derecho, que tengan autonomía y participación", en el marco de lo cual "pensar la salud con los adolescentes y no pensar la salud para ellos", desde una mirada "desprejuiciada sobre las problemáticas de los adolescentes".

La mirada prejuiciosa que en general tienen los profesionales de la salud respecto a la adolescencia y las problemáticas vinculadas a ella resulta ser un atributo en las prácticas cotidianas de atención de

la salud tanto del primer como del segundo nivel de atención, que condicionaría la posibilidad de acceso a la salud de los y las adolescentes; específicamente ocasionando la baja concurrencia de los y las adolescentes a los centros de atención de la salud.

> *"Respecto a lo de los prejuicios creo tiene que ver con el rechazo que se genera ya con el solo hecho de recibir la consulta; y esta cuestión trillada que se repite de que 'están perdidos', 'no escuchan', 'rompen los huevos', 'todo lo que se implementa no lo sostienen'. Nunca hay una problematización acerca de cómo puedo hacer para acercarme, como puedo hacer para que ellos se sientan cómodos en la consulta ..."*

> *"Se habla de la falta de recursos, la falta siempre desde afuera, pero nunca de uno y la posición que uno puede tomar respecto a quien va atender."*

Focalizando en el segundo nivel de atención, los y las adolescentes que requieran internación y superan la edad de 15 años, son derivados al servicio de clínica médica de adulto. La definición de este punto de corte se encuentra relacionada al "rechazo" hacia los y las adolescentes mayores de 15 años y, "resistencia" frente a su atención e internación de por parte de profesionales del servicio de pediatría y, equipos de salud en general:

> *"…hay como una especie de resistencia por parte de los médicos e incluso de las enfermeras que tienen que atender estos pacientes porque son más grandes, las problemáticas son en general bastante fuertes… Que entonces se ve al adolescente como una amenaza, entonces ahí generan más resistencia o cuando no entienden las problemáticas, esas constituyen barreras importantes en salud que hacen que el tratamiento fracase. Se fue mejorando con el tiempo, pero esas resistencias los equipos de salud las tenemos…"*

El conjunto de profesionales de la salud coincide en reconocer que los problemas descriptos vinculados a la disponibilidad y accesibilidad, en tanto dimensiones de análisis de acceso a la salud, impactan negativamente en una tercera dimensión que remite a la aceptabilidad de los servicios; dando como resultado una mala calidad de atención de los y las adolescentes. Además, identifican otros problemas en la prevención, promoción, atención de la salud en la etapa de adolescencia, que entendemos remiten a la integralidad y formación profesional.

Los testimonios refieren a la comunicación deficiente y dificultades de integración entre efectores y, de articulación entre instituciones tanto en el primer nivel de atención como entre los distintos niveles del

sistema sanitario. Ello afecta la integralidad, que implica posibilidad de organización de las respuestas sanitarias, de acuerdo a las necesidades de las personas, familias y comunidad, integradas funcionalmente entre niveles y estructuras del sistema sanitario (Chiara *et al.*, 2010).

Asimismo, los informantes refieren a la deficiente articulación intersectorial entre sectores y actores que trabajan en adolescencia; haciendo hincapié en el trabajo en conjunto con instituciones educativas, como también a la articulación con las áreas de gobierno municipal de niñez, adolescencia y familia. Respecto a la formación, reiteran la insuficiente actualización teórica y capacitación del conjunto de profesionales, tanto para "el trabajo con adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad" como en "protocolos y guías de abordaje en las distintas áreas (de gobierno) de niñez, adolescencia y juventud, para mejorar la atención de las personas". Cabe destacar la referencia a la formación profesional, en especial la médica, *"restringida a lo biológico"* en detrimento de aspectos psicológicos, sociales y culturales, que se asume como causa del rechazo a la atención de los y las adolescentes:

> *"Como que los pediatras no teníamos formación en relación a la problemática que pueden tener los adolescentes, que generalmente no es tanto por enfermedades biológicas, ¿viste? Sino más bien cuestiones sociales y psicológicas…para los cuales generalmente, no estábamos preparados para entenderlos, para acompañarlo*s."

Discusión

Desde esta propuesta pretendemos poner en diálogo los dispositivos de la política de salud y la perspectiva de los actores que se desempeñan en los servicios de salud público de la ciudad; e identificar convergencias y divergencias entre prácticas y nociones, respecto a condiciones de acceso y atención de la salud en la etapa de adolescencia. Centraremos la discusión considerando las categorías integralidad, formación profesional y accesibilidad.

Los instrumentos de la política sanitaria analizados promueven la integralidad y la articulación intersectorial en la atención de la salud en la adolescencia. En esta línea los profesionales de la salud reconocen en los discursos la relevancia de ambas propuestas. No obstante, en general refieren acerca de la existencia de dificultades para implementarlas en las prácticas de atención de los servicios de salud; tanto para para alcanzar la articulación entre los distintos niveles de atención de la salud, así como entre sectores, por ejemplo, entre el sector salud y áreas sectoriales municipales como niñez y adolescencia o provinciales como escuelas, áreas de

desarrollo social, de seguridad, etc. En este sentido, consideramos que en el contexto de los servicios de salud se opera a través de una lógica de intervención sectorial, lo cual contrasta con la forma particular de configurar el territorio y la lógica intersectorial que promueven los dispositivos.

La capacitación específica de recursos humanos es otro instrumento presente en ambos dispositivos de la política de salud. Por su parte los profesionales de la salud advierten cierta deficiencia en la capacitación en temáticas específicas y en la formación integral del conjunto de trabajadores. Refieren que su formación está impregnada de una concepción de la salud restringida a aspectos biológicos, la cual se configura en el discurso del conjunto de profesionales de la salud como barrera en la atención. Una barrera de relevancia teniendo en cuenta la noción de adolescencia compartida por los dispositivos de la política como entre profesionales de la salud, caracterizada como etapa de transición, de cambios, de riesgo, y problemáticas que son "más del orden social que del biológico", de acuerdo a los testimonios. Consideramos que como correlato de esta noción de adolescencia se construye una noción de adolescente como objeto de tutela y no como sujeto de derecho.

Cabe destacar que estas concepciones, de salud y adolescencia, se configuran en el discurso del conjunto de profesionales de la salud, como obstáculos para la implementación de una atención integral, accesible, intersectorial e interdisciplinaria. El énfasis en los aspectos biológicos de la salud propicia una mirada de la realidad parcializada e intervenciones restringidas y segmentadas ante una realidad que las rebasa, en oposición a una lógica articuladora. Y la formación médica centrada en aspectos biológicos confronta con los problemas que atravesaría la adolescencia, cuyo carácter es social y, respecto a lo cual la formación médica resulta inadecuada.

La concepción tutelar de los adolescentes se configura como una barrera de acceso a los servicios sanitarios por parte de la población comprendida en la adolescencia. El análisis precedente pretende contribuir a la discusión del impacto que tiene la dimensión simbólica de la accesibilidad en la atención de la salud. En base a los datos etnográficos proponemos que los marcos de sentido sobre los que se basan los servicios de salud y profesionales de la salud generan desacuerdos entre los proveedores y la población, una atención poco aceptable o directamente el rechazo a la atención de los y las adolescentes, afectando el acceso a la salud de los y las adolescentes.

Bibliografía

Chaves, M. (2005). Juventud negada y negativizada:
Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la

Argentina contemporánea. *Revista Última década, 13*(23). 9-32.
Chiara, M (2017). Entre los programas y los servicios: las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003 – 2011). *Gestión y política pública. V*ol. *2017*. 91 – 222.
Chiara, M. Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. (2010). *Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de San Fernando*. Los Polvorines, Argentina: UNGS.
Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. En Pratt, J. y Martínez, A. (Ed.), *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona, España: Editorial Ariel.
Moro, J. (2015). La desigualdad en el acceso a la salud de niños y adolescentes en el Gran Buenos Aires. En Carpio, J. y Minujin, J. (Ed.), *Ciudades divididas. Infancia e inequidad urbana.* Buenos Aires, Argentina: EDUNTREF.
Wallace S, Enríquez-Haas V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana Salud Pública, N°10*. 18-28.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 10

Salud, ambiente y riesgo

Encrucijadas entre la salud colectiva y el impacto medio ambiental del desarrollo

Coordinadorxs

- Estibaliz Cuesta Ramunno, Facultad Ciencias Médicas-UNR.
- Claudio Staffolani, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER), CEI-PROMAS-UNR.

Comentarista

- María Andrea Dakessian, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Equipo de Salud Ambiental. UNTREF y UNPAZ

Una mirada interdisciplinaria e intersectorial de la Hidatidosis en la zona periurbana de San Carlos de Bariloche

PAULA CARUSO* Y GUILLERMO MUJICA**

Introducción

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria, endémica en la Patagonia Argentina y constituye un complejo problema de salud pública. La transmisión a los seres humanos se realiza en forma directa por las manos contaminadas con huevos (invisibles) de un parásito llamado echinococcus granulosus, cuando estas se llevan a la boca luego del contacto con perros. En forma indirecta, el contagio se produce por la ingestión de agua o alimentos contaminados. En los huéspedes intermediarios (ovino, caprinos y bovinos) y accidentales (seres humanos), la tenia se aloja los órganos internos provocando la formación de uno o varios quistes cuyas localizaciones más frecuentes son el pulmón y el hígado.

La mayoría de los quistes hidatídicos son asintomáticos por mucho tiempo, a veces por siempre. En otras ocasiones, los quistes provocan una serie de síntomas que vuelven a la hidatidosis una enfermedad invasiva y mutilante de órganos y tejidos por las complicaciones propias del quiste, las alteraciones funcionales que produce en el organismo y de las secuelas resultantes de las intervenciones quirúrgicas para

* Maestría en Políticas Ambientales y Territoriales FFyL-UBA. Licenciatura en Enfermería DCSyD-UNPAZ.
** Unidad Regional de Epidemiología y Salud Ambiental; U.R.E.S.A Andina.

removerlos. Los daños que produce la enfermedad, raras veces son totalmente invalidantes, pero son causa suficiente para modificar la vida cotidiana de quien padece la enfermedad y la de su entorno. Además de originar pérdidas en la salud, esta empeora las condiciones de vida de los seres humanos en tanto que dificulta la realización de actividades laborales que requieren esfuerzo físico que, en muchas zonas donde la hidatidosis es endémica, son la principal fuente de acceso a empleo.

En la provincia de Río Negro, la Equinococosis Quística es considerada endémica, de importancia sanitaria por las pérdidas que se producen en la vida de las personas consecuencia de padecerla y de importancia económica por las pérdidas producidas en la calidad el ganado. El principal escenario epidemiológico que favorece el ciclo de transmisión, es la zona rural donde los perros de productores de ovinos y caprinos que comúnmente tienen acceso a las vísceras crudas del ganado que se faena en la vivienda para el consumo familiar. Sin embargo, las migraciones de las poblaciones del campo hacia las ciudades, traen aparejado el traslado de prácticas rurales a la ciudad. De esta manera, algunas enfermedades consideradas históricamente circunscriptas al ámbito rural, comienzan a presentarse en áreas urbanas. En relación a esta problemática, el Ministerio de Salud puso en marcha en 1979 (Larrieu, 2016) el Programa Provincial de Control de Hidatidosis centrando sus actividades de vigilancia epidemiológica en la desparasitación sistemática de perros, el diagnóstico precoz de hidatidosis a población humana asintomática y una serie de actividades de Educación Sanitaria para la Promoción de la Salud.

El ámbito al que se circunscribe este estudio, es el de dos barrios pertenecientes la de la Delegación municipal "Pampa de Huenuleo", al sudoeste del casco urbano de Bariloche. Esta zona comprende a una parte de lo que en San Carlos de Bariloche se conoce como "El Alto" y constituye en su conjunto, una de las zonas más desfavorecidas de la periferia de la ciudad y con los índices más elevados de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de la ciudad. Aunque la composición demográfica presenta algunas diferencias al interior de los barrios que la componen, es en esta región donde las familias que migran, tanto desde Chile como del interior de las provincias, se instalan para comenzar su vida en la ciudad. En relación a la posible dispersión del echinococcus granulosus, dado el elevado precio de la carne, los pobladores de estas zonas suelen traer ganado que faenan en sus domicilios. Si las vísceras están parasitadas y se suministran a los perros, estos se contagian introduciendo así, el ciclo parasitario en la ciudad. En este sentido, es relevante conocer si el ciclo de esta enfermedad parasitaria está presente y si podría afectar a las personas de dichos barrios.

Este trabajo, desde un abordaje mixto cuanti-cualitativo se propuso

dar cuenta de la problemática de la prevalencia de la hidatidosis en la zona periurbana de San Carlos de Bariloche desde una perspectiva integral que comprenda la interdisciplinariedad y la intersectorialidad como modo de contribución a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y a la Promoción de la Salud en el marco de las actividades realizadas desde la U.R.E.S.A Andina en los años 2016 y 2017. En conjunto, estas acciones buscaron efectuar una mejora en las condiciones sanitarias de la población de los barrios vulnerables de San Carlos de Bariloche generando información sobre la presencia del ciclo del *echinococcus granulosus*. También se buscó conocer la percepción social de la hidatidosis vinculada a las condiciones de vida de la población afectada para poder así, efectuar desde los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) acciones tendientes al control de la enfermedad.

Objetivos

Este trabajo tiene por objetivo principal abordar la prevalencia de la hidatidosis en la zona periurbana de San Carlos de Bariloche desde una perspectiva integral que permita una mayor comprensión de la problemática y contribuya a una mejora en las estrategias de intervención en salud. Específicamente, se propone realizar un trabajo de relevamiento y devolución a la comunidad sobre la población canina, el tipo de tenencia y la ocurrencia de huevos de parásitos y quistes de protozoos en heces caninas en dos barrios de la ciudad de San Carlos de Bariloche. Para ello, es necesario conocer los datos epidemiológicos las personas notificadas con hidatidosis que habitan los barrios de la delegación Pampa de Huenuleo. Finalmente, este trabajo pretende analizar las percepciones de las personas que padecieron hidatidosis, sus familiares y los equipos de salud acerca de la enfermedad, en relación a aspectos sociales y culturales.

Metodología

Este trabajo complementa los resultados obtenidos de la ocurrencia de enfermedades parasitarias transmitidas por perros en los Barrios Nuestras Malvinas-Nahuel Hue desde un abordaje cuantitativo; con los resultados del estudio desde el campo etnográfico en la delegación Pampa de Huenuleo de las percepciones de las personas que padecieron hidatidosis, familiares y los equipos de salud acerca de la enfermedad, en relación a aspectos sociales y culturales, desde un abordaje cualitativo.

Siguiendo a Sampieri (2013), los métodos mixtos son un conjunto de procesos de investigación sistemáticos y empíricos que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para lograr un mayor

entendimiento del fenómeno bajo estudio. En este sentido, "la meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales" (Sampieri: 2013:565). Se trata de un estudio intersectorial en tanto que el trabajo conjunto se realizó con miembros de la Universidad del Comahue, del HZB, del CAPS "Ojo de Agua", de la U.R.E.S.A Andina y de la Maestría en Políticas Ambientales y Territoriales de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA) que, en el marco de los distintos proyectos devinieron en un trabajo con una fuerte impronta interdisciplinaria. Así, este trabajo reúne en diferentes medidas, las perspectivas de las Ciencias Biológicas, las Ciencias Veterinarias, la Medicina y las Ciencias Antropológicas.

Desde el enfoque cuantitativo se realizó un estudio transversal con un diseño muestral probabilístico, estratificado y multietápico. Desde el enfoque cualitativo, se trató de un estudio trasversal de carácter exploratorio, basado en fuentes de información primaria.

La situación sanitaria de los barrios Nuestras Malvinas-Nahuel Hue fue el escenario elegido para aplicar el instrumento de recolección de datos ya que reúne características que se hallan presentes de modo disperso, en toda la delegación de Pampa de Huenuleo y pueden sintetizarse en: a) Un elevado porcentaje de NBI (más del 50% según Plan de Ordenamiento Territorial de Bariloche, 2010), b) conexión informal a la red de agua potable y falta de servicios de red cloacal, c) servicio irregular de recolección de residuos sólidos urbanos con la presencia de microbasurales, d) perros sueltos en espacios públicos y sin desparasitar. La combinación de estas características, conforma un panorama de elevado riesgo de transmisión de enfermedades parasitarias.

Desde el abordaje cuantitativo se obtuvo información de fuentes primarias a través de la toma de muestras de materia fecal, la realización de encuestas y la observación y conteo directo de perros sueltos por cuadra. Para estimar la prevalencia de huevos de Echinococcus granulosus en heces caninas, se consideró a los dos barrios como a una unidad y se los dividió en 4 cuadrantes. De las 85 manzanas registradas se eligieron al azar 40. Se realizaron tres recolecciones de heces caninas durante febrero, abril y agosto de 2016. Se obtuvieron un total de 120 heces (40 por muestreo). Se elaboró y realizó una encuesta de Tenencia responsable de perros a 160 hogares para estimar el número de perros por vivienda y el tipo de tenencia. Se realizaron tres conteos de perros sueltos en la vía pública.

El abordaje cualitativo, siguió la detección de casos humanos de hidatidosis en Nuestras Malvinas-Nahuel –Hue. Es en estos barrios de la delegación, donde se detectan desde 2014, casos humanos de

hidatidosis. Se confeccionaron tres pautas de entrevista para cada una de las unidades de análisis que compusieron el estudio: personas con diagnóstico de hidatidosis, familiares de personas que padecieron la enfermedad y equipo sanitario que la trata. La pauta combinó elementos de la entrevista semi-estructurada en tanto en que se organizó en dimensiones prefijadas y la entrevista en profundidad, en tanto que rescató respuestas abiertas por parte de los entrevistados, permitiendo que temas no previstos puedan expresarse. En este marco, fueron tenidos en cuenta algunos elementos que surgieron de la propia situación de entrevista y que se derivaron de la observación participante.

Resultados obtenidos

Sobre el huésped definitivo: los perros

De las tres recolecciones realizadas se encontraron parásitos en el 63% de las heces caninas analizadas y se detectaron 11 muestras positivas para *Echinococcus sp.* Se estima entonces que 9.2% de las heces de perros recolectadas, están contaminadas. Las muestras positivas representan un riesgo de transmisión de hidatidosis que se puede visualizar de modo aproximado en el siguiente mapa:

Mapa 1

Muestras de heces caninas positivas para Echinococcus Granulosus

Fuente: Elaboración de Surpik Karabadjian sobre la base de google My maps , 2017

Del conteo se estimó un promedio de 1,5 perros sueltos por cuadra. La encuesta de tenencia responsable de perros arrojó como resultado que el 87.2% de la población tiene perros existiendo un promedio de 2,2 perros por vivienda. El 83% de los perros fue desparasitado en los últimos 12 meses cuando se recomienda desparasitar cada 2 meses, el 56% tiene libre acceso a la calle y un 96% de los encuestados saben que los perros transmiten enfermedades de los que un 34% no sabe cuáles. Se realizaron dos campañas de desparasitación, una en julio de 2016 y otra mayo de 2017. En ambas se entregaron antiparasitarios de amplio espectro en todas las viviendas de las manzanas en las que se detectó la presencia de *Echinococcus sp*. en heces caninas y en las manzanas aledañas.

Sobre el huésped accidental: Hidatidosis en seres humanos

Catastro ecográfico y encuesta epidemiológica

Para conocer los datos epidemiológicos las personas notificadas con diagnóstico de hidatidosis, se realizó la encuesta epidemiológica según las "Normas de diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis humana" (2009). Cada vez que se encuesta a una persona con hidatidosis, se le informa al total del núcleo familiar conviviente para realizar los respectivos controles.

Mapa 2

Casos humanos de hidatidosis detectados en la zona

Fuente: elaboración de Surpik Karabadjian sobre la base de google My maps , 2017l

La encuesta epidemiológica genera datos acerca de las condiciones ambientales y sanitarias de la vivienda, tenencia de perros, prácticas vinculadas al contagio de hidatidosis como la faena domiciliaria y el vínculo con el medio rural, tanto en el presente como el pasado. En este sentido, el resultado más significativo a los efectos de este trabajo es que todos los encuestados pertenecientes a la delegación Pampa de Huenuleo, tenían alguna vinculación con el campo ya sea por residencia en el pasado o visitas esporádicas.

Para la detección de portadores asintomáticos y en el marco del Programa Provincial de Control de Hidatidosis, se ecografía a niños en edad escolar. Este método de diagnóstico por imágenes ha sido de utilidad para disminuir en forma considerable la intervención quirúrgica, tratar la enfermedad con Albendazol o realizar solo seguimiento según cada caso. Los médicos generalistas del D.A.P.A y el equipo de Cirugía general realizaron durante 2017 para la zona en estudio, 268 ecografías abdominales en la escuela primaria Nº 315 y 56 en la escuela Nº 367 resultando todas ellas, negativas.

La percepción social de la hidatidosis

Para conocer la percepción de la hidatidosis, se realizaron 21 entrevistas a personas con diagnóstico de hidatidosis, casos detectados para los años 2015-2016-2017, familiares de personas con el mismo diagnóstico y a miembros del equipo sanitario del HZB, de dependencias del Ministerio de Salud de Río Negro y personal de algunos Centros de Salud.

La indagación en torno a la percepción de la hidatidosis remitió en los 21 entrevistados a la experiencia de la enfermedad vivida en el cuerpo vinculada al desarrollo de las actividades de la vida cotidia na. En las personas con diagnóstico de hidatidosis, la percepción de la gravedad de la enfermedad estaba mediada la presencia del dolor como evento, más allá del síntoma en sí mismo. La percepción de las razones del contagio, se asociaba a la higiene, a lo que no se sabía y/o entendía y se le asignaba un valor con ello, a lo que se hacía. Desde la perspectiva del equipo sanitario, la prevalencia de hidatidosis era considerado como un problema sanitario *irrelevante* en relación a los problemas sociosanitarios más urgentes que dominaban la agenda de trabajo cotidiana: la violencia, la contaminación ambiental, el alcoholismo y la desocupación. Otras veces, lo asociaron al diagnóstico: la baja frecuencia respecto de otras patologías o la no detección por *"lo asintomático"*.

Respecto del vínculo con los animales y a las prácticas asociadas a la reproducción del contagio como *"tirar las achuras crudas a los perros",* las personas con diagnóstico de hidatidosis y sus familiares las

asociaron a eventos del "orden de lo cultural", *"Parte de la naturaleza", "costumbre ancestral" y a lo que "no se modifica".* Para los entrevistados del equipo sanitario, el hábito y la costumbre eran entendidos como eventos del orden de "lo cultural" en el contagio de la enfermedad y se manifestaban en las poblaciones según la falta o falla en la educación sanitaria. De alguna manera, la mirada de todas las personas entrevistadas respecto del vínculo con los animales, convergía. Pero *"saber"* tanto para los miembros del equipo sanitario como para los pacientes y familiares, era distinto de *tomar conciencia*. Tomar conciencia significaba no solo saber, sino ir más allá: "*Hacer algo con eso que se sabe".* Respecto de la prevalencia de hidatidosis vinculada a las migraciones de la zona rural a la periferia de la ciudad y la circulación entre *"el campo"* y *"el periurbano",* todos los entrevistados tenían alguna vinculación con la zona rural: o residencia en el pasado si la migración había sido definitiva o, circulación del campo a la ciudad en el presente. En relación al acceso al trabajo, los entrevistados que vivían con hidatidosis lo conectaron con las consecuencias de haber padecido la enfermedad y el contexto de restricciones que esto les imponía. De la misma manera, aludiendo a patrones de uso del suelo urbano con urbanizaciones deficientes, los entrevistados hicieron referencia a la dificultad para acceder a servicios básicos: *"[Lila]*[1] *se contagió esto porque vivimos acá". D*esde los equipos sanitarios, la percepción sobre la propia labor la "Salud Pública como práctica" (Fassin,2008) aludió a la necesidad de articulación entre niveles de atención vinculados a distintas perspectivas de lo que para ellos significaba, el trabajo en el territorio.

Conclusiones

Hacia el control canino se dirige gran parte de las políticas sanitarias centradas en la APS, con el objeto de cortar el ciclo de reproducción del parásito abordando al vector de transmisión, los perros. Con el foco puesto en la "tenencia responsable", las principales recomendaciones para la prevención de la hidatidosis son: desparasitar a los perros, evitar que estén en contacto con otros, cercar las huertas, lavar bien la fruta, la verdura y las manos y, fundamental, no dar de comer a los perros achuras crudas de animales.

La población periurbana de San Carlos de Bariloche se estima en 5240 habitantes según el censo del año 2010. En su mayoría, está constituida por personas jóvenes entre 0 y 29 años resultando una pirámide poblacional progresiva de base ancha. En continuo crecimiento, aproximadamente 2000 hogares se ven afectados por la

1 Dato protegido.

falta de infraestructura resultado de una urbanización deficiente: se vive en asentamientos informales con escasa estructura sanitaria en las viviendas, condiciones de hacinamiento, insuficiente tratamiento de excretas, presencia de micro basurales y de perros deambulando sueltos sin control. Las condiciones de vida vinculadas a la pobreza y la marginación social, las migraciones, la circulación, las dificultades en el saneamiento básico y las faenas domésticas se suman a la complicada trama epidemiológica de este tipo de enfermedades, dificultando las alternativas de control. El nivel de fecalización canina junto con la prevalencia de protozoos y helmintos son indicadores del riesgo de transmisión de las enfermedades infecciosas. En los barrios Nuestras Malvinas-Nahuel Hue, el 63% de las heces analizadas presentaban parásitos y cerca de un 10% de las heces están contaminadas con *Echinococcus sp.*. Este estudio se planteó realizar un trabajo de relevamiento, remediación, prevención y devolución a la comunidad sobre la población canina, el tipo de tenencia y la ocurrencia de huevos de parásitos y quistes de protozoos en heces caninas en los dos barrios ya mencionados. Asimismo, se buscó conocer la percepción de la hidatidosis, que en parte explicaría las prácticas de los seres humanos vinculadas a la reproducción de la hidatidosis, tanto en quienes la padecen o son población en riesgo, como de quienes la tratan. El conocimiento producido desde el abordaje cualitativo resulta de utilidad para la construcción de estrategias de comunicación para la Promoción de la salud. De igual manera, a través de la escucha, se fortalece la presencia de los equipos sanitarios en territorio entendiendo que la hidatidosis, en tanto enfermedad endémica en la región, constituye un problema sanitario, pero trasciende esa dimensión. El vínculo con los animales es generador de una serie de prácticas y significados en torno a aquello en lo que se ancla la percepción de la Hidatidosis. Estas prácticas sociales asociadas a "lo cultural" son percibidas como un evento inmodificable o muy difícil de modificar. Lo cultural opera, junto con la escasa visibilidad del problema por su baja frecuencia en relación a otras patologías y lo asintomático en muchas fases de su desarrollo, como vía para naturalizar la persistencia de la enfermedad.

La enfermedad, tanto para las personas que son afectadas por ella como para quienes la tratan apunta Byron Good (2003), es experimentada a través del cuerpo. Las personas entrevistadas que habían vivido la experiencia de la hidatidosis mediada por la presencia de dolor, el cuerpo resultaba ser más que el objeto portador de un estado un estado fisiológico: era una parte esencial del yo y la base de su experiencia en el mundo (Good, 2003). La enfermedad, está presente en el mundo vital de la persona, pero también de su entorno y es experimentada como un cambio en la totalidad de ese mundo.

Desde las actividades de vigilancia epidemiológica, cobra relevancia la residencia en un medio rural, espacio por excelencia para la reproducción del ciclo parasitario, tanto en el pasado como en el presente. Esta dimensión permitió dar cuenta de una problemática asociada a la prevalencia de la hidatidosis en la zona periurbana de Bariloche: las migraciones de la zona rural a la periferia de la ciudad y la circulación entre *"el campo"* y *"el periurbano"*. En el discurso de los entrevistados, a través de las concepciones sobre el contagio, las migraciones y la circulación, se conectaban dimensiones de la vida social que daban cuenta de que la hidatidosis, hablaba de algunas cosas más que de enfermedades. Las percepciones del espacio físico y simbólico en el que se desenvolvía la enfermedad, daban cuenta tanto para los encuestados como para los entrevistados, de accesos diferenciales al empleo y a recursos materiales a la vez que ponían en relieve cuestiones inherentes al "hacer" de la política sanitaria frente a esas problemáticas y la importancia de la reproducción de las condiciones de vida en tanto Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008). La enfermedad es un evento biológico, pero también socialmente construido y como tal, da cuenta de dimensiones que trascienden a la de la salud y hacen a la reproducción de la vida social en un espacio-tiempo particular. Otras dimensiones de la vida social como la economía, la vida política, la cultura y la desigualdad estructuran las prácticas sociales de las poblaciones y haciendo y rehaciendo constantemente a la salud, la enfermedad y sus intersticios. El lugar que se le da a las enfermedades en las sociedades y con ello al "riesgo de enfermar", consiste en una construcción de carácter normativo y vinculada muchas veces a otros intereses además de la "salud" de las poblaciones. Depende, como sostienen De Almeida Filho y otros "explícitamente o no, de definiciones de lo que es el ser humano, el tipo de sociedad que se anhela y los modos de alcanzarla." (De Almeida Filho *et al.*, 2009: 326). En este sentido, se cree que los proyectos de carácter interinstitucional e interdisciplinario, relevan diferentes miradas sobre los problemas sociales relacionados con la salud pública a la vez que, suponen una mejor intervención sobre el territorio.

Desde el abordaje cuantitativo, se piensa en extender el trabajo de relevamiento de heces canina a los otros barrios de la delegación donde se encontraron casos humanos de hidatidosis. De la misma manera, se prevé extender la encuesta de tenencia responsable de perros. También se prevé realizar una georreferenciación de los casos humanos detectados por el sistema de salud para vincularlos a presencia de equinococos sp. en el suelo.

Desde el abordaje cualitativo se abordarán los aspectos vinculados a los territorios y la territorialidad de la hidatidosis, atravesadas

por los imaginarios sociales de la enfermedad como una segunda línea de investigación que con la que se trabajará también desde un abordaje etnográfico pero apoyado en los conocimientos de la geografía social.

Conocer el modo en que la hidatidosis es vivida junto con la manera en la que influye en otras dimensiones de la vida social, es relevante para complementar un abordaje integral que responda a las necesidades de los afectados contemplando sus concepciones en torno al proceso de salud-enfermedad-cuidados y las condiciones en las que viven. Asimismo, partiendo de los resultados de este trabajo, la hidatidosis como evento socialmente construido trasciende la dimensión del espacio del ciclo parasitario para configurar los territorios de la enfermedad. Aquí, entran en juego las relaciones sociales que se construyen en torno a la enfermedad y hacen del territorio mucho más que el "espacio" o continente donde se sucede la vida.

Bibliografía

De Almeida Filho, Naomar, Luis David, & Ayres, José Ricardo (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Ccolectiva*, *5(3)*, 323-344.

Fassin Didier: (2008). *El hacer de la salud pública*. Paris, Francia: Éditions de l'École des Hautes Études en Santé.

Good, B (2003). *Medicina Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica.* Barcelona, España: Edicciones Bellaterra

Hernández Sampieri R, Fernández C. Baptista L. P. (2013): "Metodología de la Investigación". Chile, Mc Graw Hill.

OMS/OPS (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud- Informe final de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Documentos y sitios web consultados:

Larrieu, E. (2016): Vigilancia epidemiológica de la hidatidosis-equinococosis en niños de 0 a 14 años en la provincia de rio negro, 2006-2015. Coordinación Operativa FESP, Provincia de Rio Negro- Marcos Seleiman, Ministerio de Salud, Provincia de Rio Negro. Recuperado de: https://salud.rionegro.gov.ar/ sala/documentos/documentos/docu7_rn.pdf

Normas de diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis humana (2009). Ministerio de Salud Provincia de Río Negro República Argentina. (Inédito)

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010). *"Enfermedades infecciosas: hidatidosis. Guía para el equipo de salud"*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://www. msal.gob. ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-medica- hidatidosis.pdf

PEI (2010): Plan Estratégico e Integral de Desarrollo de San Carlos de Bariloche (Plan de Ordenamiento Territorial). Recuperado de: https://www.mininterior.gob.ar/planificacion/ pdf/planes-loc.

Riesgo Ambiental e intersectorialidad. Resultados y experiencias en barrios de la Cuenca Matanza Riachuelo de la CABA

MAXIMILIANO PELUSO*

Introducción

En 2006 la Organización Mundial de la Salud elaboró un informe donde estima que el 24% de la carga de morbilidad mundial se debe a la exposición a amenazas ambientales. Asimismo, se estima también que más del 33% de las enfermedades de los niños menores de cinco años se debe a la exposición a riesgos ambientales y, si se considera la mortalidad en los niños de 0 a 14 años, hasta el 36% de las muertes pueden atribuirse a causas medioambientales.

Si bien la mayoría de los problemas de salud son prevenibles, se encuentra hoy día una emergencia y reemergencia de enfermedades vinculadas directamente a la calidad de vida. En este sentido, es importante pensar las amenazas ambientales no sólo contemplando los riesgos tradicionales asociados a sustancias tóxicas derivadas de la producción industrial, sino también, ligar estas amenazas al ordenamiento territorial de las comunidades y el uso y apropiación que realizan de los espacios y del ambiente.

Silvia Ferrer (2011) señala que las "condiciones de vida repercuten directamente sobre la salud de las personas a nivel individual y colectivo", poniendo el énfasis en como las desigualdades socioeconómicas

* Becario en Salud Pública de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud de CABA

se asocian con hábitats urbanos degradados ambientalmente a partir de los asentamientos de barrios irregulares en zonas degradadas o con riesgos ambientales potenciales a partir de la presencia de industrias, inundaciones, etc.

Problemáticas como la basura, la actividad industrial, la pobreza, la inadecuada provisión de servicios de agua y saneamiento cloacal, etc., son cuestiones de preocupación para la Organización Panamericana de la Salud, y son vistos como problema de salud pública vinculado a las comunidades desde la estrategia de Atención Primaria Ambiental (1998). Sobre todo, teniendo en cuenta las implicancias que tienen para el sector salud, ya que, a nivel local es el que soporta los impactos negativos, producto de una inadecuada calidad de vida, que se dan sobre la salud de las personas y las comunidades (Ferrer, 2011).

Este trabajo se propone abordar los resultados y experiencias de las evaluaciones de salud ambiental en barrios expuestos a amenazas ambientales de la Cuenca Matanza Riachuelo ubicados en el espacio de la ciudad durante 2017 y 2018, a partir de la articulación intersectorial entre el Departamento de Salud Ambiental de la CABA, el sistema de salud local de la CABA y la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo, haciendo especial énfasis en la EISAAR de Villa 26 como caso de referencia, pero teniendo presente que no es un caso modelo, sino una de las formas en que, de acuerdo a las características de ese barrio, se fue dando el trabajo intersectorial.

Las Evaluaciones Integrales de Salud Ambiental en Áreas de Riesgo

La cuenca hidrográfica del río Matanza-Riachuelo abarca aproximadamente 2.200 km² con una población aproximada de 8 millones de personas, y se conforma por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y14 partidos de la provincia de Buenos Aires: Lanús, Avellaneda, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, La Matanza, Ezeiza, Cañuelas, Almirante Brown, Morón, Merlo, Marcos Paz, Presidente Perón, San Vicente y General Las Heras.

La Cuenca Matanza Riachuelo sufre una degradación histórica vinculada no sólo a la actividad económica, sino también a que se ha convertido en un espacio con graves déficits habitacionales debido a la alta concentración de población en zonas no aptas para vivir, lo que incurre en situaciones no sólo de amenazas ambientales como producto de fenómenos atmosféricos como las inundaciones producidas por lluvias, sino también la contaminación industrial, de actividades antrópicas (basurales, quema de cables, etc.).

En este marco, se crea en 2006 la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) mediante la Ley N° 26.168. En 2008, la Corte

Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) intimó a ACUMAR a implementar un plan de saneamiento en respuesta a la causa judicial conocida como "Causa Mendoza", reclamo presentado en 2004 por un grupo de vecinos, y dentro de este plan se confeccionó el Plan Sanitario de Emergencia para atender a las problemáticas de salud de la población de la cuenca derivadas de la contaminación ambiental.

ACUMAR, como ente autónomo, autárquico e interjurisdiccional que conjuga el trabajo con los tres gobiernos que tienen competencia en el territorio: Nación, Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, articula políticas públicas comunes en distintas áreas, entre ellas, salud.

Por su parte, la Ciudad de Bs.As. viene implementando la conformación de equipo de salud con base poblacional nominalizada. La mayoría de los CeSAC (33) se encuentran ubicados en la zona de la CMR.

Entre las problemáticas complejas que aborda el sistema de salud de la CABA, las vinculadas a la salud ambiental requieren que, a nivel local, el sistema de salud reorganice sus intervenciones para un abordaje integral de esas problemáticas, a partir de la generación de dispositivos específicos. La información epidemiológica en micro áreas es fundamental y un muy buen insumo para direccionar estas acciones de salud.

La herramienta utilizada, desde la ACUMAR, para recabar la información necesaria para definir las prioridades de intervención es, desde finales de 2016, las Evaluaciones Integrales de Salud Ambiental en Áreas de Riesgo (EISAAR).

Esta herramienta desarrolló su arquitectura conceptual en el cruce entre salud ambiental, riesgo y vulnerabilidad. En el texto de la Organización Panamericana de la Salud "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, 1991–1994" de 1991, se define a la salud ambiental como aquélla que:

> "(…) *comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones* (…)" (OPS, 1991:44-45).

El riesgo como concepto encontró su lugar en el estudio de la salud ambiental, con el nombre de riesgo sistémico, entendido como el cruce entre los eventos vinculados con el medio ambiente y la salud humana, el cruce entre eventos naturales (por ejemplo, la emisión

de gases de efecto invernadero), la evolución económica, social y tecnológica y las acciones generadas por las decisiones políticas. Comprendiendo desde esta perspectiva que el análisis de riesgos debe considerar relaciones multicausales, interdependientes y no lineales (Renn & Klinke, 2006).

Asociado al riesgo, las EISAAR[1] definen Vulnerabilidad, siguiendo a Caro (2003) considerando no solo los factores de riesgo, ya que, tiene como consecuencia una mirada parcial e incompleta, sino también, considerando otros dos aspectos, la capacidad de respuesta y las habilidades adaptativas.

Por lo expuesto hasta aquí, se puede definir vulnerabilidad, en salud ambiental, como aquellos factores de riesgo ambiental que, sumados a las dificultades para responder y adaptarse a las amenazas existentes producen efectos negativos sobre la salud de los habitantes de la Cuenca Matanza – Riachuelo. El enfoque de vulnerabilidad busca no solo identificar grupos de riesgo, describiendo la exposición al riesgo (agente contaminante), sino que busca exponer que el nivel de riesgo será mayor o menor dependiendo del contexto socioeconómico. Ahora bien, las EISAAR como tal, y más allá de estos antecedentes teóricos, encuentra su forma de abordaje a partir de la Metodología de identificación y evaluación de riesgos para la salud en sitios contaminados de Fernando Díaz Barriga (1999).

Haciendo una adaptación de la propuesta de este autor, las EISAAR persiguen unos objetivos y una metodología acordes a las necesidades de la cuenca. A continuación, se presenta una breve descripción de su metodología.

En una primera etapa, las EISAAR realizan una priorización de sitios con potenciales amenazas ambientales, a partir de un primer criterio de riesgo que resulta del mapa de Urbanizaciones Emergentes (UREM) del organismo.

Una vez realizada la priorización se comienza a trabajar con las UREM de mayor riesgo, aplicando como primer instrumento la Guía Comunitaria de Percepción Socio Sanitaria Ambiental, la cual se le realiza a los informantes clave de las UREM seleccionadas y recoge información acerca de las problemáticas ambientales que estos informantes identifican como perjudiciales para toda la comunidad.

Luego de este primer acercamiento se realiza el relevamiento casa por casa en donde se relevan características tanto sociodemográficas como sanitarias. Mientras se lleva adelante este relevamiento se van identificando las personas que refieren problemas de acceso al

1 Para mayor abundamiento se puede consultar el documento de las EISAAR (2017) redactado por Maximiliano Peluso en www.acumar.gov.ar (apartado de salud).

sistema de salud o que requieren de algún tipo de intervención y se las aborda desde un dispositivo ad hoc que es el de Gestión de Casos. Para llevar adelante este dispositivo, se trabaja de manera articulada con el sistema de salud local o con diferentes dependencias estatales, ya sean estas municipales, provinciales o nacionales.

Por último, a partir de la información que surge del análisis de las encuestas se realizan, en caso de ser necesario, los estudios toxicológicos que se requieran para lograr la vinculación entre riesgos, exposición, vulnerabilidad y daño a la salud.

Las EISAAR no tienen por única finalidad la sola recolección de datos con fines analíticos, sino que se propone conocer el estado de salud de la población expuesta a amenazas ambientales para generar intervenciones que den solución a esos problemas. No obstante, se trata de problemas con distinto nivel de complejidad y posibilidad de resolución. Gran parte de estos problemas pueden resolverse a nivel local, con intervenciones concretas de distintos actores, y están orientadas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, pero en otros casos se requiere la articulación con otros sectores de gobierno tanto a nivel local como central.

Una experiencia de trabajo intersectorial

En el apartado anterior se puso el foco sobre el valor de las EISAAR para generar intervenciones ante problemas cuya resolución, al ser problemáticas complejas, requieren de intervenciones de distinto nivel de gobierno y de diversos sectores tanto institucionales como sociales (Castell-Fiorit, 2004, 2008; Suárez Lugo, 2009).

Durante 2017 y 2018 se realizaron EISAAR en Barrio Luján, El Pueblito, El camino de Sirga de la 21-24, Lamadrid y Villa 26, Rodrigo Bueno, Villa 21-24 (el triángulo), Los Pinos, La veredita y La Esperanza. Ahora bien, los actores que han participado en el desarrollo de las EISAAR han sido variados, abarcando desde instituciones estatales a organizaciones sociales. No obstante, no todos han participado en todas las EISAAR ni en todas las etapas de desarrollo de las mismas.

Para ir precisando un poco más la cuestión, se va ir presentando en primera instancia los actores participantes de manera general y luego las relaciones y complejidades en función de cada las articulaciones posibles en cada una de las EISAAR.

Una primera cuestión a tener en cuenta es que la intersectorialidad es un proceso político (Cunill Grau, 2005) y como tal requiere, para concretarse, instancias de decisión política tendientes a delimitar objetivos y metas de las intervenciones, sobre todo, cuando se realiza desde organizaciones estatales cuyos objetivos pueden variar, entrar en contradicciones, o contar con resistencias internas, y en donde

existe anclada una idea de administración pública basada en una especialización sectorial (Rufián y Palma, 1990).

La Dirección de Salud y Educación Ambiental (DSYEA) de la ACUMAR se encontró no pocas veces con estos problemas de gestión local al impulsar las EISAAR en los distintos territorios en los que trabaja. No obstante, en CABA se encontró una situación excepcional dado que, previamente existía un área de salud vinculada a lo ambiental (el departamento de salud ambiental) y además con una estructura gubernamental en salud dispuesta a realizar intervenciones innovadoras.

Para llevar adelante las EISAAR desde su proceso político en el sentido de Cunill Grau ya mencionado, era importante ir diseñando quienes definían en qué lugares se iba a intervenir y porqué, dado que, cómo señalan Kalegaonkar y Brown (2000) la cooperación es posible a partir de entender que la solución de un problema no puede realizarse a partir de un solo sector.

Las EISAAR a realizarse eran definidas, primeramente, por el nivel central de la DSyEA de la ACUMAR, en función, de cómo se mencionó anteriormente, una fórmula que daba cuenta, a nivel de escritorio, del riesgo probable de cada UREM[2]. Una vez realizada la priorización, se definía, a partir de distintos criterios de factibilidad para toda la cuenca, cuáles iban a ser las UREM a intervenir y en qué momentos, dado que era necesario contar con una planificación inicial antes del inicio de cada año.

En la cuenca en general, estas definiciones se ponían en consideración de los Secretarios de Salud de cada municipio, quienes refrendaban o hacían cambios tanto a las UREM a relevar como a los momentos del año en qué se realizarían. Estos cambios podían deberse a que las UREM que se habían seleccionado por determinadas características ya no eran representativas de un riesgo muy alto o porque el municipio, por alguna razón ponía sobre la mesa alguna UREM de mayor urgencia. En cuanto a los tiempos, muchas veces los municipios tenían actividades programadas en esos barrios y en algunos casos querían que ACUMAR acompañara y en otros no.

En el caso de CABA, la innovación respecto a otros municipios, es que se conformó una mesa de trabajo con actores fijos y actores invitados en función de los lugares de intervención que se iban definiendo en esa mesa. La mesa de trabajo estaba conformada por la DSyEA de la ACUMAR, la Dirección General de Planificación Operativa, la Unidad Sanitaria Ambiental de CABA (dependiente de la DSyEA), la Gerencia de Planificación de Redes y Programas y el Departamento de

2 En general las UREM (urbanizaciones emergentes) se corresponden con algún barrio o parte de barrio.

Salud Ambiental. En ocasiones también participaban la Dirección de Ordenamiento Territorial de la ACUMAR, el Instituto de la Vivienda de la CABA (IVC) y la Dirección de Salud Comunitaria de CABA.

En estas mesas, algunas de las cuestiones que se trataron fue la utilización de un solo instrumento de relevamiento, dado que la ciudad tenía desarrollado sus propios instrumentos, y la ACUMAR aplicaba el formulario de las EISAAR en toda la cuenca debido a la necesidad de contar con información estandarizada y comparable. Como señala Des Meules (2008) la intersectorial facilita la coherencia política, y, podríamos agregar, técnica, ya que, en este caso en cuestión se discutió la necesidad de una política de relevamiento de datos que sea comparable para todos y que generara información oportuna y de valor. En el caso de las entrevistas en profundidad, la CABA contaba con la GRESAM (Guía de relevamiento en salud ambiental) desarrollada por el equipo del Departamento de Salud Ambiental, y las EISAAR desarrolló la Guía Comunitaria de Percepción Socio Sanitaria Ambiental, que si bien estuvo basada en la GRESAM, es un instrumento con características diferentes, y sobre todo, con una escala poblacional diferente.

Lo mismo podría decirse de los formularios de relevamiento de hogar, no obstante, lo importante de esto es que se pudo trabajar en la integración de los instrumentos para utilizar los de las EISAAR, y en aquellos casos que la CABA necesitaba realizar otras indagaciones se utilizaron formularios anexos para levantar la información requerida, por ejemplo, un formulario de infraestructura de servicios y luego otro de salud reproductiva.

También en este nivel, se define acompañar a la CABA en su estrategia de implementar la Historia Clínica Electrónica dado que los equipos EISAAR barren casa por casa en cada barrio y la ciudad no contaba con la capacidad de recurso humano para realizar esto. Es decir, la necesidad de la intersectorialidad surge en la necesidad de políticas públicas integrales (Cunill Grau, 2005), lo que refuerza la importancia, tal como señala Echebarria (1998) del gobierno en red y en el multinivel, tendiendo hacia una cooperación en función de la superación de problemas técnicos y sociales concretos.

Ya en territorio las mesas operativas cuentan, además de otros actores instituciones que se suman, con la participación de la ciudadanía quiénes, en función de cada intervención van a ir presentando diferentes desafíos. Por ejemplo, en Villa 21-24 cuando se realizó la evaluación del Camino de sirga se hicieron reuniones tanto con el cuerpo de delegados como con la defensoría, quienes querían saber que tipo de relevamiento se iba a realizar y qué tipo de soluciones se iban a traer, en función sobre todo de que en alguna ocasión se detectaron niños con plomo y los mismos seguían sin atención.

En este caso en particular se trabajó en el recupero de esos niños, y en la articulación con el CeSAC 8, quién además participó con actividades de promoción de la salud durante el operativo, y apor tó profesionales a los camiones sanitarios que puso en territorio la ACUMAR. Por el contrario, en el segundo operativo en villa 21-24, El Triángulo, el relevamiento tuvo que suspenderse antes porque los equipos de trabajo no lograron una buena articulación con los referentes, los cuales se hallaban en medio de una elección de delegados, lo que fue complicando la participación de los distintos actores gubernamentales.

Una vez definidos los barrios a intervenir, y las fechas propuestas para las evaluaciones, cada una de las partes empezaba a realizar las gestiones para concretarlas. En este punto se tomará, para una mejor descripción de la experiencia de trabajo intersectorial, como ejemplo la EISAAR Villa 26, la cual se priorizó porque estaba en proceso de relocalización, y desde CABA se expresó la necesidad de contar con datos actualizados de la población, saber a dónde se iban a relocalizar, dado que no todos iban al mismo lugar, y que necesidades tenían.

Asimismo, Villa 26, según los datos disponibles, se encuentra en un área inundable, rodeada de unas 31 industrias declaras agentes contaminantes, dos críticas (de seguimiento particular) y 29 no críticas.

La fecha que se decidió para iniciar fue el 10 de octubre de 2017, pero para llegar a esa fecha hicieron falta una serie de articulaciones y reuniones que hicieran factible el relevamiento. El departamento de Salud Ambiental de CABA (DSA) hizo el primer contacto con la referente del comedor de Serafina en donde se concertó una reunión de la que participaron vecinos del barrio, la Unidad Sanitaria Ambiental de CABA, el CeSAC 16, el DSA y los referentes de los equipos EISAAR. En esta reunión se comentaron los alcances del relevamiento, los objetivos del mismo y las necesidades de los vecinos. Esto facilitó, por ejemplo, que desde ACUMAR se pusiera un camión sanitario desde la fecha de inicio hasta el cierre del relevamiento el 26 de octubre de 2017.

Villa 26 se sitúa en la Comuna 4 y está delimitada por las calles Luzuriaga, Río Limay, Perdriel, Santa Elena, y el curso de agua del Riachuelo.

Una vez acordado todo lo referente a la logística se empezó con el desarrollo de las EISAAR, realizando una primera entrevista en profundidad a la referente del comedor, quien además contactó al equipo con otros tres referentes del barrio a quienes se pudo entrevistar.

A partir de estas entrevistas empezaron a surgir algunas cuestiones que los actores que coordinaban todo el relevamiento empezaron a tener en cuenta, y eso hizo que se abran gestiones intersectoriales más amplias.

En las entrevistas comunitarias, los informantes clave dieron cuenta que el barrio no tiene red de gas, sino que utilizan garrafa para cocinar

y calefaccionar los ambientes. También, comentaron que no tienen agua potable, sino que hay conexiones desde un caño maestro, pero son conexiones precarias. Lo mismo ocurre con la red eléctrica. Es un barrio donde tampoco hay cloacas, por lo que los desechos van directamente al riachuelo, salvo en los casos que hay familias con pozo ciego.

Respecto a la problemática de la basura, en las entrevistas en profundidad surgió como problema que, si bien hay recolección a partir de 3 contenedores que hay ubicados en distintos puntos del barrio, los mismos son insuficientes por lo que la gente termina arrojando la basura al riachuelo.

Además de estas problemáticas, surgió como muy importante el tema de la educación de los niños cuando se produzca la relocalización, sobre todo, de aquellos que no se iban a relocalizar en el complejo San Antonio que se encuentra cercano a villa 26. Esto sumado a los reclamos por el estado de las viviendas, hizo que durante el relevamiento los distintos actores empezar a realizar gestiones con el IVC y con el sector educación para trabajar, por un lado, algunos problemas de adecuación de las viviendas, y por el otro, sabiendo quienes eran las familias que se iban a relocalizar fuera del barrio, garantizar para el año siguiente las vacantes de los niños en escuelas cercanas al lugar de relocalización.

De las 93 viviendas que se visitaron en el barrio se pudo realizar el relevamiento de salud en 63, recabando información de 397 personas. Asimismo, se detectaron 3 niños con controles insuficientes que fueron abordados primeramente por la estrategia de Gestión de Casos, y luego derivados al CeSAC 16 para su seguimiento.

Entre los aportes de la relocalización, el CeSAC 16 requería conocer quienes se quedarían, post relocalización, en su zona de influencia y quienes no, para no perder el contacto con los pacientes que se quedaban y poder realizar el seguimiento en función de las estrategias que la CABA tiene desde el sector salud.

Luego del relevamiento se siguió trabajando en mesas intersectoriales hasta el proceso de relocalización que se realizó el 12 de diciembre de 2017. En la actualidad se están realizando relevamientos a las personas relocalizadas en el complejo San Antonio para poner en relación las situaciones pre relocalización y post relocalización en cuanto a las mejoras frente a las amenazas ambientales que tenían en el lugar de origen.

El de Villa 26 fue una de las primeras evaluaciones que se hicieron en la que participó ACUMAR, el DSA, y el nivel central de salud de la CABA. En las siguientes EISAAR el trabajo intersectorial fue fortaleciéndose, y si bien cada una supuso desafíos diferentes, lo que primo fue una lógica de organización horizontal en donde se discutió las

necesidades de cada sector de gobierno, y de la población en los casos en que las organizaciones de cada barrio tenían mayor presencia en la definición de las políticas, dado que no en todas se encontraban organizaciones fuertes, pero en donde las hubo, el proceso de trabajo intersectorial requirió de, en el plano de la ejecución, mayor amplitud de actores participantes.

Palabras Finales

Hasta aquí una breve descripción del trabajo intersectorial a partir de una política pública desarrollada por la ACUMAR para dar cuenta de la situación de salud de la población de la cuenca, conocer los riesgos a los que está expuesto, y a partir de esta información estructurar en alianza estratégica tanto con actores institucionales como sociales, dispositivos de abordaje de los problemas de salud más relevantes en el territorio.

El riesgo ambiental tal como lo aborda las EISAAR supone pensar la intersectorialidad a partir de la coordinación de instituciones representativas de distintos sectores sociales, pero que tengan impactos en la salud, y la calidad de vida de la población (Castell – Florit, 2008). De esta manera, lo que se pretende es dar una respuesta coherente e integral de diferentes sectores de la sociedad y del gobierno en función de la salud (Suárez Lugo, 2009).

Retomando la propuesta de Cunill Grau (2005), las distintas experiencias de intersectorialidad que se vienen desarrollando en función de las EISAAR conllevan un fundamento tanto político como técnico. Político en el sentido de la definición de políticas públicas de salud ambiental para la Cuenca Matanza Riachuelo, a partir de la indagación sobre el riesgo ambiental real o potencial al que están expuestas las poblaciones de los barrios estudiados, y técnica en función de la comprensión de que una sola propuesta de abordaje no resuelve los problemas del territorio.

Concretamente, se piensa la intersectorialidad como políticas públicas centradas en el territorio (Cunill Grau, 2005), dado que es allí donde los actores involucrados adquieren mayor flexibilidad para la búsqueda de soluciones a problemáticas complejas como lo son la basura, la contaminación por plomo y/o la deficiente infraestructura.

Asimismo, el riesgo ambiental no surge sólo desde una visión de escritorio de un organismo público, sino que se va poniendo en foco en la medida que se van desplegando, por un lado, diferentes herramientas de indagación que suponen distintas metodologías de recolección de datos, y por el otro, en la medida que se avanza en la evaluación se van ampliando los sectores que participan, en función de las problemáticas que van surgiendo y que las personas que viven en estos barrios reclaman que se solucionen.

Cada una de estas EISAAR produjo posteriormente mesas de trabajo en las cuales se fueron abordando diferentes problemas ambientales tales como realizar desratizaciones, remover autos abandonados, adecuación de viviendas, etc.

A lo largo de estas páginas no se pretendió dar una receta o un modelo de cómo hacer intersectorialidad, sino más bien, presentar una experiencia de trabajo que viene congregando a profesionales de distintas disciplinas preocupados por la salud. La antropología no ha estado al margen de estás discusiones, si bien no es aquí el espacio para un racconto del pensamiento antropológico sobre la temática, si es importante incorporarla como reflexión teórica y cómo técni ca. Cómo reflexión teórica en cuanto permite formularnos preguntas acerca de nuestras prácticas y los sentidos y significaciones que estas tienen tanto para nosotros como para otros que son en quienes esperamos que lo que hacemos tenga impacto. Y cómo técnica, la antropología ha aportado mucho al desarrollo de instrumentos que permiten captar lo que las personas con las que trabajamos sienten, perciben o piensan acerca de sus prácticas y de las nuestras. Sobre todo, permite poner sobre la mesa las distintas nociones de riesgo que aparecen desde la formulación estatal hasta la que preocupa más a cada uno de los habitantes de los barrios en los que se trabaja.

Sin más dilación, este trabajo es sólo un puntapié a la discusión, creemos que la temática merece mucha más indagación, sobre todo, porque se dispone de un abundante cuerpo de datos que permitiría generar no solo mayor conocimiento sobre la intersectorialidad, sino mejorar los propios procesos de trabajo.

Bibliografía

Caro, E. (2003). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. Ponencia presentada en el 51 Congreso Internacional de Americanistas. Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, Santiago, Chile, 14 al 18 de Julio de 2003. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_ecaro.pdf.

Castell - Florit, Pastor. (2004). La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. La Habana, Cuba. Artículo presentado en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Castell-Florit, Pastor. (2008). Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.

Cunill Grau, Nuria (2005) La intersectorialidad en el gobierno y

gestión de la política social. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21

Díaz Barriga, Fernando. (1999). Metodología de identificación y evaluación de riesgos para la salud en sitios contaminados. Organización Panamericana de la Salud, Lima, Peru. Recuperado en: http://www.bvsde.ops-oms.org/tutorial/fulltex/metodolo.pdf

Des Meules, Marie (2008) Evidencia en trabajo intersectorial y su rol en un cambio exitoso hacia la equidad en salud: Experiencias Globales y de Canadá. Ponencia presentada en el II Seminario Estrategia para la integración de los determinantes sociales y equidad en los programas de salud del Ministerio de Salud de Chile.

Echebarria Ariznabarreta, Koldo (1998). La gestión de la transversalidad. Barcelona, España: Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas Indicar libro o articulo Formato APA

Ferrer, Silvia (2011). La Salud Ambiental como política pública saludable en una gran metrópoli, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Informe Ambiental Anual FARN. Recuperado en https://farn.org.ar/wp-content/uploads/2013/03/informe2011.pdf

Kalegaonkar, A. y Brown, L. (2000). "Intersectoral cooperation: lessons for practice", si es revista Volume 16 N° 2, Boston, Institute for Development Research. (IDR Reports; 16.2). Recuperado en https://pdfs.semanticscholar.org/69a4/d72be3d6f009463cb2790597400c46efcc8f.pdf

Organización Panamericana de la Salud (1991). "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, 1991–1994". Recuperado en:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/20475/CE113_9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Renn O, Klinke A (2006). "Systemic risks as challenge for policy making in risk governance". Qualitative Social Research. Volumen 7, N° 1 pp. 64-77

Rufián Lizana, D. y Palma Carvajal, E. (1990). La descentralización: problema contemporáneo en América Latina, Santiago, Chile, ILPES. Recuperado en: https://repository.eclac.org/bitstream/handle/11362/30125/S9300072_ es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suárez Lugo, N. (2009) El enfoque intersectorial y el empleo de la mercadotecnia como herramienta gerencial En Serrate (2009) *Intersectorialidad en Salud: fundamentos y aplicaciones*. pp 145-157La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Embodiment, biología local y abyección. Un modelo antropológico para el análisis de la corporización de la desigualdad ambiental[1]

DÉBORA SWISTUN

Las aproximadamente 1300 familias de la villa Inflamable y el barrio Porst, localizadas en el centro sur de Buenos Aires a solo cinco kilómetros de la Casa Rosada/Puerto Madero, conviven con los gases, combustibles y otros químicos del denominado polo petroquímico de Dock Sud, cuya primera refinería de petróleo de Shell se instaló allí en 1931. Existen allí otra refinería de petróleo (DAPSA), tres plantas de almacenamiento de combustibles y derivados del petróleo (Petrobras, YPF y Petrolera Cono Sur), varias plantas que almacenan productos químicos (TAGSA, Antívari, Dow Química, Solvay Indupa, Materia, Orvol, Cooperativa VDB y Pamsa), una planta que fabrica productos químicos (Meranol), una incineradora de residuos

1 Una versión ampliada de esta ponencia fue publicada en formato artículo en Swistun, D. (2018) Investigaciones Geográficas, (56), 100-113. Cuerpos abyectos. Paisajes de contaminación y la corporización de la desigualdad ambiental. https://doi.org/10.5354/07195370.2018.51995 el cual contiene otros materiales del trabajo de campo y conceptos teóricos que combinados con lo expuesto en esta ponencia facilitan el análisis de la dimensión corporal en los estudios de flujos de contaminación de la ecología política urbana.

* Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín. Departamento de Ciencias Ambientales, Universidad Nacional de Avellaneda.

peligrosos (Tri-Eco), celdas antiguas del relleno sanitario CEAMSE, una terminal de containers (Exolgán) y una planta termo eléctrica (Central Dock Sud). Las refinerías de petróleo cotidianamente liberan cantidades importantes de dióxido de azufre, componentes orgánicos volátiles, material particulado, óxidos de nitrógeno, y monóxido de carbono. Las incineradoras emiten dioxinas y metales y los rellenos sanitarios metano entre otros gases. Estos contaminantes forman el nivel base de ozono y neblina. En los años en que no existía legislación ambiental en Argentina, esto es hasta la década de 1980, los vecinos recuerdan que todas las compañías de la zona y de otros municipios del área metropolitana llegaban a los bañados y terrenos vacantes en el barrio para descargar sus desechos industriales tóxicos (Auyero & Swistun, 2008:88).

El haber vivido expuesto a un paisaje como este, una zona de sacrificio, puede dejar efectos duraderos en la salud física de los niños y su desarrollo. En un primer estudio epidemiológico realizado para conocer el estado de salud de los habitantes (JICA, 2003) se compa ró una muestra de niños de 7 a 11 años de Villa Inflamable con otra población de control (Villa Corina) de características socio-económicas similares, pero con niveles más bajos de exposición a la actividad industrial. El estudio muestra que en ambas comunidades los niños están expuestos al cromo y benceno (conocidos cancerígenos para el cual no existen umbrales seguros de exposición) y tolueno. Pero es el plomo, "la toxina industrial paradigmática causante de enfermedad ambiental" (Markowitz & Rosner, 2002:137), lo que diferencia a los niños de Inflamable. El 50 % de los niños analizados tienen niveles de plomo en sangre más altos que lo normal (contra un 17.16% en la población de control). El estudio señala un porcentaje alto (y estadísticamente significativo) de coeficientes intelectuales bajos entre los niños de Villa Inflamable y un porcentaje más alto (también significativo) de problemas respiratorios, de alergias, neurológicos y de conducta (JICA, 2003).

En esta ponencia se analizan los efectos sociales de estudios epidemiológicos como el JICA anteriormente mencionados y los tratamientos de salud subsiguientes en algunas de las familias con niños con plomo en sangre de la villa Inflamable (polo petroquímico de Dock Sud, Buenos Aires). El estudio de los efectos sociales de las enfermedades de piel asociadas a tóxicos provenientes de la actividad industrial puede iluminar las vías por las que las desigualdades ambientales están íntimamente corporalizadas (embodiment), dando una idea de las implicaciones sociales de esos marcadores (in)visibles de desventaja. Parafraseando a Nancy Krieger (2001) lo visual se transforma en una vía específica a través de la cual se materializa la desventaja socio-espacial como la enfermedad (ambiental),

marcando los cuerpos con una ciudadanía de segunda clase. ¿Cuáles son los efectos sociales de cargar en el cuerpo un paisaje de contaminación? Retomaré el concepto de biología local de Lock (1993), que sintetiza la forma en que la biología difiere por la cultura, la dieta y el medio ambiente y el concepto de biología estigmatizada de Horton y Baker (2010) que incorpora a la posición de un sujeto en la estructura social para responder esta pregunta. Cuando miramos un cuerpo podemos descubrir marcas e intuir qué las causaron, qué paisaje habita ese cuerpo y cuál es su lugar (pertenencia social) en la ciudad. A este respecto también importa la definición que hace Meneses en Marquese (2010) de la dimensión de lo visible en un régimen visual: lo visible es la dimensión que envuelve el dominio de poder y de control, el ver o ser visto, el darse o no darse a ver, las prescripciones culturales y sociales y los criterios normativos de ostentación o descripción, la visibilidad o invisibilidad. La particular combinación de los conceptos de paisaje, embodiment y biología estigmatizada mediados por el concepto de régimen visual, aquí propuestos, podrían ayudar a entender algunas de las vías simbólicas de la reproducción de la exclusión social en la ciudad.

Materiales y métodos

A través del estudio histórico-etnográfico de una comunidad expuesta a la actividad industrial desde su conformación, se reponen y analizan extractos de entrevistas realizadas entre los años 2004 y 2007, y que fueron empleadas en el análisis de otros aspectos relacionados con el sufrimiento ambiental (Auyero & Swistun, 2008, 2009). Se analizan por primera vez otras entrevistas realizadas a los mismos entrevistados y a otros nuevos entre los años 2012 y 2014, cinco años después de que algunos fueran relocalizados al barrio de vivienda social "San Lorenzo", en la localidad de Wilde (Avellaneda), ubicado a pocos kilómetros del polo petroquímico de Dock Sud.

Las marcas corporales de la desigualdad ambiental

En 1987 Claudia Romero se mudó a Villa Inflamable. Ella tenía siete años. Después de algunos años de vivir en Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, los padres de Claudia encontraron un lugar para vivir frente a YPF, Shell y otras compañías del Polo Petroquímico y Puerto Dock Sud. Claudia hoy tiene 38 años, está casada con Carlos Romero y tiene cuatro hijos. Las necesidades económicas de los Romero compiten con la atención a los constantes problemas de salud de dos de sus hijos. "Dos de ellos", Claudia remarca, "tienen problemas. Los otros dos andan bien." El más pequeño, Julián, de 5 años, tenía convulsiones desde que es bebé:

> "Él nació con esta marca en su cabeza. Los doctores me dijeron que no era nada. Que era sólo una marca de nacimiento. Después empezó a tener convulsiones y empecé a ir de un hospital a otro. En el Hospital de Niños le sacaron una tomografía y salió que su cerebro está afectado por esa marca, que no está sólo afuera, sino adentro también. Y ahora tiene ese angioma rojo que está aflorando. Mirá, Julián, mostráselo." (Claudia, 27 años, 2004)

Le preguntamos a Claudia acerca de lo que diagnosticaron los médicos: "Ellos no me explicaron nada", responde, "ellos no saben por qué tiene esa marca. Yo me hice el análisis, su papá también, y no tenemos nada. No nos analizaron por plomo porque ellos no lo cubren. Y nosotros no lo podemos pagar". A Julián se le prescribió un anticonvulsivo. Claudia recibe un frasco de Epamil gratis por mes en el hospital público local, "pero Julián usa dos o tres frascos y algunas veces no podemos comprarlo."

Sofía, otra de sus hijas, nació con su pierna izquierda significativamente más corta que la derecha, siempre tiene dolores de cabeza y de estómago: "Cuando me hicieron el primer ultrasonido, me dijeron que ella iba a nacer con problemas. Cuando les dije a los doctores que vivía acá, me dijeron que tenía que hacerme el análisis de plo mo porque el plomo pudo haber causado el problema de la pierna." Más tarde, Sofía comenzó a mostrar serias dificultades para aprender: "Ella tiene problemas para recordar los números, le cuesta mucho realmente." Claudia misma no está en buena forma. Parece que tuviera mucho más que 27 años. Perdió la mitad de sus dientes; y siempre parece que está cansada: "Yo tengo todos los síntomas", aludiendo al posible envenenamiento con plomo, "tengo calambres, sangre que me sale de la nariz, dolores de cabeza. Desde hace tres o cuatro años que me duele todo". Cuando el dolor es insoportable, ella se atiende en la unidad sanitaria del barrio: "Y los médicos me dan alguna aspirina. Yo me siento mejor, pero después el dolor vuelve. Y de noche es peor." Claudia sabe que no es la única que tiene un cuerpo que duele e hijos enfermos. El problema, dice, "está por todos lados":

> "Yo realmente no entiendo de números, pero mi sobrino tiene 50% de plomo [refiriéndose a 50ug/dl (microgramos por decilitro) por encima de los 5 ug/ dl que es lo considerado normal]. Mi hermana puede pagar los estudios porque su marido trabaja en Shell. Ella supo que tenía niveles altos de plomo cuando estaba embarazada [...] Pero ella no está haciendo nada. No se hace ningún tratamiento porque eso le causaría problemas a su marido que trabaja en Shell. Si ellos se llegaran a enterar de que ella se hizo el análisis, él perdería su trabajo. Algunas veces

> quiero matarla. Es como si ellos tuvieran miedo. Pero creo que los chicos son más importantes. ¿Y la vida de sus hijos? Su hijo no aumenta de peso. Es muy flaco y parece amarillo. Él tiene miles de problemas, pero ella no hace nada. Hay muchos chicos con problemas acá." (Claudia, 27 años, 2004)

María del Carmen Brite es una de las litigantes en la causa que llegó a los estrados de la Corte Suprema. Desde que en Inflamable la contaminación surgió como un tema a ser considerado, ella ha sido una voz prominente contra sus efectos perjudiciales en los niños y niñas del barrio (los suyos incluidos). En una conversación durante 2004, la vecina de Inflamable nos había dicho que "Emir está lleno de granos, no puede usar pantalones cortos. Parece un sarnoso. No lo puedo llevar a la pileta [del club local de Avellaneda] porque no lo dejan entrar". Refiriéndose a al reciente fallo de la Suprema Corte, María del Carmen le dice a los periodistas de Clarín: "No queremos plata. Sólo queremos que nos paguen los tratamientos. Nos estamos muriendo de a poco" (Auyero & Swistun, 2008:188).

La investigación sobre los orígenes y efectos del plomo es vas ta (Berney, 2000; Warren, 2000; Markowitz & Rosner, 2002; Widener, 2000). El plomo en el medio ambiente es producto de su uso en la industria y se acumula en el cuerpo humano (en la sangre, en los tejidos y en los huesos) en proporción a la cantidad que se encuentra en el medio ambiente. Es absorbido por el cuerpo desde el ambiente y esta absorción (medida en la materia fecal, en la orina, en la sangre y en los tejidos) es un indicador de exposición y envenenamiento (Berney, 2000:238). Una alta exposición al plomo puede causar "encefalopatía y muerte, dosis más bajas causan retardos severos, dosis menores producen problemas en la escuela, pequeños pero significativos cambios en el coeficiente intelectual, y otros efectos en el sistema nervioso central" (Berney, 2000:205).

Un modelo antropológico de análisis de la corporización de la desigualdad ambiental

Horton & Barker (2010:201) señalan que existe una rica tradición en la investigación antropológica que examina cómo la cultura da forma a la experiencia y la expresión de los padecimientos corporales (Csordas, 1994; Good, 1994; Kleinman, 1988; Lock, 1993); y aunque los antropólogos han empleado la variación cultural, para la crítica de la noción del cuerpo como una invariante biológica universal, su excesivo énfasis en la cultura ha oscurecido la relevancia de la posición de esos sujetos en la estructura social. Como muestra el relato de Claudia, la desventaja producida por la

estratificación social expresada en el espacio habitado (contaminado) deja su huella en su fisiología y fisonomía y en la de sus hijos en innumerables maneras.

En esta línea de trabajo los mismos autores remarcan que los investigadores en salud pública han girado su interés hacia el paradigma del *embodiment*, instando a la consideración de los factores ambientales que los antropólogos han descuidado durante mucho tiempo. Para Krieger (2001), el concepto de *embodiment* nivela la antinomia que se percibe entre lo "social" y lo "biológico". Su modelo critica los enfoques biomédicos y psicosociales centrados exclusivamente en las respuestas biológicas endógenas que ignoran los determinantes sociales de la salud.

Instando a atender la interacción entre lo biológico y socio-político en múltiples niveles, propone que los estudiosos analicen las vías específicas a través de las cuales se materializa la desventaja social como la enfermedad y la discapacidad. Ella muestra, por ejemplo, cómo el exceso de riesgo de hipertensión entre los afroamericanos es la encarnación física/corporización (*embodiment*) de una miríada de factores materiales y sociales, incluyendo la segregación residencial y ocupacional, la exposición a sustancias tóxicas, la discriminación interpersonal, el marketing dirigido de los productos básicos y la atención médica inadecuada. Su modelo desenmascara patrones poblacionales de la salud y la enfermedad como "expresiones biológicas de relaciones sociales" (Krieger, 2001:672). Aún más provocativamente, su enfoque permite la interacción acumulativa entre el desarrollo biológico y la estructura social, teniendo en cuenta los efectos sobre la salud a largo plazo de las desigualdades corporalizadas tempranamente en la vida (Krieger, 2001:673).

Este modelo es sugerente para una aproximación antropológica a la forma en que los factores sociales, culturales, y políticos median las disparidades en salud de niños y mujeres en situación de desventaja ambiental (contaminación del agua y suelo por falta de cloacas, red de agua segura y recolección de basura; contaminación del aire por emisiones tóxicas industriales) y por lo tanto para los estudios de flujos de contaminación en la ecología política urbana. Las denominadas enfermedades ambientales ofrecen una ocasión propicia para examinar la interacción a largo plazo entre la biología y la estructura social. Los niños con disparidades de desarrollo psicomotriz y neurológico, tóxicos en sangre y enfermedades de la piel sufrirán efectos a largo plazo a medida que interactúan con circunstancias sociales futuras. De hecho, las enfermedades ambientales tienen importantes efectos duraderos tanto en la salud sistémica como en el desarrollo social de los niños a largo plazo.

Susana llegó a Inflamable en 1995. Construyó su casa de chapa sobre un terreno cuyo fondo da a una laguna contaminada. Con fondos provistos por el estado municipal y por algunas empresas del polo, organizaba un comedor comunitario en su casa. Tiene una hija y tres hijos, uno de ellos, Ezequiel (12 años), fue examinado durante el estudio de JICA y tiene niveles muy altos de plomo en sangre. Lo que sigue son extractos de una conversación de dos horas que mantuvimos con ella en marzo del año 2006. El diálogo introduce varios de los temas que nos interesan: los efectos corporales de la contaminación, el estigma, las dudas, y la política pública en salud dirigida hacia ellos.

> "Ezequiel tiene vergüenza de salir en pantalón corto, por los granos. Tiene como marcas por todos lados. Gracias a Dios, nunca en la cara. Le compré pantalones largos para que se tape los granos. A la noche no duerme. Le pica todo, la espalda, los brazos, las piernas. A Manuel [su segundo hijo] ahora le están saliendo manchas. Ahora estoy esperando a los abogados. Van a venir a hacer los estudios, pero no sé qué pasa, porque todavía no vinieron. Yo los llamé y no vinieron. Cuando empezaron a llamar a los chicos para el estudio del plomo [en el año 2001], empecé a pensar en lo de los granos. […] Cuando me dijeron que tenía plomo, empecé a pensar en lo de la contaminación. Los doctores [en el centro de salud local] me dijeron: "No, señora, no se asuste. No es nada". Y ahora, no sé. Es como si nada hubiera pasado con lo del plomo. De la municipalidad no vinieron más. Y no hubo más exámenes." (Susana, marzo 2006)

La mayoría de los entrevistados señala que si no pueden acceder a tratamientos para "descontaminarse" y si siguen "viviendo allí los chicos no van a curarse". Muchos de ellos también han experimentado en sus propios cuerpos que cuando salen del barrio y se quedan a dormir en casas de familiares o amigos que no viven "al lado de industrias" pueden "descansar mejor y dormir sin sobresaltos, ni olores raros". Quelación es el nombre de la terapia indicada para reducir niveles altos de plomo en sangre y a la que los niños participantes del estudio JICA fueron sometidos después de que los resultados de los análisis revelaran que sobrepasaban los niveles tolerables de plomo. Las indicaciones para esa terapia varían según la edad del paciente; el nivel sanguíneo de plomo y la sintomatología clínica. La vía de administración de los agentes quelantes (como el edetato de calcio disódico) es intramuscular y endovenosa y requiere internación. También existen tratamientos ambulatorios con medicación oral pero es un tipo de tratamiento que no está disponible en Argentina en el sistema de salud público. Se considera que la quelación no es una panacea para la

intoxicación plúmbica por sus efectos adversos (al arrastrar el plomo de diversos tejidos el quelante también arrastra nutrientes) y porque tampoco hay evidencia que los agentes quelantes tengan acceso a sitios críticos de la acción tóxica del plomo, tales como el sistema nervioso central. Por lo cual, para que la terapia sea eficaz lo más importante es que los pacientes sean alejados de la fuente de exposición al plomo. Lamentablemente los niños luego de la quelación volvieron a vivir en Inflamable hasta que se implementó la relocalización de ellos y sus familias en el Barrio San Lorenzo como veremos más adelante en este apartado.

Durante el año 2013 volví a encontrarme con Susana y su hijo, cinco años después de que fueron relocalizados a un barrio de viviendas en Wilde. Si bien ya no habitaban junto al polo, el nuevo hábitat tiene algunas falencias de saneamiento integral urbano. Cuando le pregunté a Susana sobre la salud de Ezequiel, dijo que apenas se mudaron les habían realizado estudios de plomo a todos los chicos de las veinticinco familias provenientes de Inflamable, si bien "el municipio les dijo que tenía cero [plomo], que no tenían nada", ella sospechaba que no era así porque "¿tan rápido no te puede bajar y además justo a todos nos daba cero?" se preguntaba en voz alta. Debido a su falta de recursos económicos no habían vuelto a hacerse análisis de plomo por lo cual no sabe "a ciencia cierta si su salud ha mejorado o no", pero ella piensa que no, debido a que Ezequiel continúa con dolores de cabeza y granos esporádicos en las piernas que ella asocia al plomo porque los doctores no le encuentran nada. Él hoy ya es un joven de 18 años y siente la misma vergüenza que cuando era un niño por sus marcas que aún esconde con pantalones largos cuando va a jugar al fútbol. También está preocupado que en su trabajo no se enteren que tiene plomo, porque él cree que si lo saben lo despedirían. Otras madres me han expresado el mismo temor, aunque no podría comprobar si es cierto que alguien fue despedido de su trabajo por tener plomo en sangre más alto de lo considerado "normal". Como se desprende de la entrevista la presencia de plomo en sangre puede afectar negativamente la autoestima de un niño y su capacidad de relacionamiento con sus pares tanto como su fisonomía. Entonces el estudio de esas enfermedades de piel asociadas a tóxicos en el ambiente y la sangre puede iluminar las vías por las que las desigualdades ambientales están íntimamente corporalizadas, dando una idea de las implicaciones sociales de esos marcadores visibles de desventaja.

Consciente de sus marcas en las piernas y brazos, Ezequiel trata de evitar jugar al futbol con pantalones cortos y más aún importante para su crecimiento económico e independencia futura, ruega para que en su trabajo no sepan que tiene plomo en sangre. Al igual que

en el caso de los niños estudiados por Horton & Barker (2010) con enfermedades periodontales severas, la desfiguración percibida por Ezequiel y otros jóvenes con sufrimiento ambiental los ha llevado a desarrollar un tipo de identidad como la que Goffman (1970) denomina el "deshonroso". Parafraseando a Goffman, Ezequiel al usar pantalones largos para jugar al futbol, intenta contener este daño a su sentido del yo a través de la evitación de situaciones en las cuales la desfiguración se hace visible. No son marcas de las que sientan orgullo, como las que señala Miguez (2002) en el análisis de la relación entre cuerpo, identidad, y pertenencia social de jóvenes de sectores populares en programas de recuperación de adicciones y delincuencia cuyas prácticas corporales performan desafiando los umbrales de vergüenza modernos de las clases profesionales. A pesar de esta diferencia, pero al igual que en los cuerpos que analiza Miguez, los jóvenes de Inflamable también desarrollan una serie de técnicas corporales, como el jugar al futbol con pantalones largos, que les permiten subsistir en situaciones adversas.

A estas alturas queda claro que los cuerpos de los niños y jóvenes que habitan paisajes de desventaja ambiental son los que más sufren los efectos de las llamadas "externalidades negativas" del desarrollo urbano-industrial moderno. Respecto del caso del hijo de María del Carmen al cual no dejan entrar a la pileta por sus granos y marcas en las piernas, hay otra reflexión que puede extraerse de la estética visual que emanan estas biologías estigmatizadas y es el concepto de lo abyecto en Julia Kristeva (1982) quién inspirada en el psicoanálisis señala que tales cuerpos causan abyección no sólo por la falta de limpieza o por la posibilidad de transmisión de fluidos y enfermedades sino también y principalmente porque perturban ficciones de identidad, sistema y orden. Así García y su esposa, vecinos de toda la vida del barrio Porst adyacente a la villa Inflamable y que trabajaron en las empresas del polo, afirman -contrariamente a lo que demuestran diversos estudios- que "esos chicos están así porque sus madres no los cuidan y los dejan en la calle además de que la contaminación que causa esas enfermedades no está en el barrio Porst, la traen ellos".

Si bien diversas apropiaciones estatales de la vulnerabilidad de estas "biologías estigmatizadas" ha generado diversas políticas de salud a partir de la sentencia de la corte suprema de justicia de Argentina, la presencia de estos cuerpos con marcas que no se quieren ver perturba a los vecinos más antiguos de barrio Porst que sostienen el mito de que "la parte que ellos habitan no está contaminada" y también a usuarios de lugares públicos como la pileta del club de deportes local. La visualidad que emana de los cuerpos de los niños y jóvenes contaminados de Inflamable designaría en términos de Butler (2002:19-20)

evocando a Kristeva, "aquellas zonas "invivibles", "inhabitables" de la vida social que, sin embargo, están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo de lo "invivible" es necesaria para circunscribir la esfera de los sujetos. Esta zona de inhabitabilidad constituirá el límite que defina el terreno del sujeto; constituirá ese sitio de identificaciones temidas contra las cuales -y en virtud de las cuales- el terreno del sujeto circunscribirá su propia pretensión a la autonomía y a la vida. En este sentido, pues, el sujeto se constituye a través de la fuerza de la exclusión y la abyección, una fuerza que produce un exterior constitutivo del sujeto, un exterior abyecto que, después de todo, es "interior" al sujeto como su propio repudio fundacional."

Al mismo tiempo que políticas más estrictas del control de la contaminación sean implementadas, los tratamientos "descontaminantes" serán la diferencia en la vida de Ezequiel y otros chicos que nacieron en Inflamable y que fueron relocalizados a un hábitat menos expuesto a la actividad industrial, aun cuando las marcas corporales visibles de la exposición crónica a un ambiente contaminado puedan ya no desaparecer y detener la reproducción de una "biología estigmatizada". El paisaje de contaminación que estos cuerpos llevan a cuestas, como "biologías estigmatizadas", representa la "zona invivible, inhabitable" de nuestras ciudades modernas. Las imágenes de disgusto que esos cuerpos provocan en la dimensión visual de la vida social, se constituyen en elementos de un régimen visual que coadyuva a la reproducción de la exclusión de estos jóvenes de los espacios donde los cuerpos no abyectos disfrutan de los "derechos de ciudadanía". No sólo a través de marcadores visibles en el cuerpo se reproduce un sistema de desigualdad social sino que a través de los relatos nos dimos cuenta también que los marcadores invisibles, aquellos que la toxicología denomina "biomarcadores de exposición a la contaminación" (plomo en sangre, cromo, arsénico, mercurio, ácido transmucónico, bioindicador de exposición a benceno y orto cresol, bioindicador de exposición a tolueno, en orina), y que se traducen en vergüenza, también afectan el deseo de movilidad social de estos jóvenes (entendida por ellos como un trabajo seguro o el acceso a espacios de recreación pública) si ese "secreto biológico" se hiciera público.

Bibliografía

Auyero, J. & Swistun, D. (2008). *Inflamable Estudio del sufrimiento ambiental.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Auyero, J. & Swistun, D. (2009). The social production of toxic uncertainty. *American Sociological Review, 72*(3), 357-379. https:// doi.org/10.1177/000312240807300301

Berney, B. (2000). Round and round it goes. The epidemiology of childhood lead poisoning, 1950-1990. En S. Kroll-Smith, P. P. Brown, & V. Gunter (Eds.), *Illness and the environment. A reader in contested medicine.* (pp.235-257). New York, USA: New York University

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Csordas, T. (1994). *Embodiment and experience.* Cambridge, Inglaterra: Cambridge University press.

Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective.* Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press. Graham, S. (2015). Life support: The political ecology of urban air. *City, 19*(2-3), 192-215. http://dx.doi. org/10.1080/13604813.2015.10 14710

Horton, S. & Barker, J. (2010). Stigmatized biologies: Examining the cumulative effects of oral health disparities for Mexican American farmworker children. *Medical anthropology quarterly*, *24*(2), 199-219. https://doi. org/10.1111/j.1548- 1387.2010.01097.x

Japan International Cooperación Agency [JICA] (2003) *Ambiente y salud. Plan Acción estratégico 2003.* Convenio Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación. Agencia de Cooperación Internacional del Japón.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition.* New York, USA: Basic books.

Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International journal of epidemiology, 30*(4), 668-677. https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668

Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: an essay on abjection.* New York, USA: Columbia University

Lock, M. (1993). *Encounters with Aging*. Berkeley, USA: University of California press.

Markowitz, G. & Rosner, D. (2002). *Deceit and denial. The deadly politics of industrial pollution.* Berkeley, CA: University of California press.

Marquese, R. (2010). O Vale do Paraíba cafeeiro e o regime visual da segunda escravidão: o caso da fazenda Resgate. *Anais do museu Paulista: história e cultura material, 18*(1), 83-128. http://dx.doi. org/10.1590/S0101-47142010000100004

Miguez, D. (2002). Inscripta en la piel y en el alma: Cuerpo e identidad en profesionales, Pentecostales y jóvenes delincuentes, *Religiâo e sociedade, 22*(1), 21-56. Recuperado de http://www.

diversidadreligiosa.com.ar/wp-content/ uploads/2013/04/Miguez_Inscripta_Piel_- Alma.pdf Warren, C. (2000). Brush with Death. A social history of Lead Poisoning. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Widener, P. (2000). Lead contamination in the 1990s and beyond. A follow-up. En S. Kroll-Smith, P. Brown, & V. Gunter (Eds.), *Illness and the environment. A reader in contested medicine.* (pp.260-269). New York, USA: New York University press. En pág. 10 se cita este autor con año 2000 y en página 9 el mismo autor con año 2002.

La vida envenenada. Transformaciones y riesgos en las zonas rurales del partido de Olavarría

MARCELO SARLINGO*

Introducción

La constatación empírica de la corporalidad tóxica como un plano interpretativo reciente acerca de la condición existencial humana tiene múltiples articulaciones. Nuestros cuerpos expuestos a los venenos producidos por el extraordinario desarrollo de la industria química son el resultado de una situación inédita en la historia humana, como lo es el envenenamiento de las cadenas tróficas a escala global, la presencia de Compuestos Orgánicos Persistentes en todos los ecosistemas y finalmente la desestructuración, la enfermedad y el padecimiento cotidiano de cientos de miles de personas aquejados de enfermedades crónicas, condenados a la convivencia permanente con venenos cuyos efectos en los mamíferos recién empiezan a ser conocidos. Pero cuantas más variables conocemos, aumenta mucho más la necesidad de conocer más variables de otros niveles y órdenes de una realidad cada vez más compleja. Desde el espacio académico abierto con el Seminario de Antropología Médica en la Facultad de Ciencias Sociales de Olavarría, abordamos estos aspectos a partir de diversos "casos extendidos", de los cuales a continuación presentamos dos de los más ricos analíticamente.

* NURES –Departamento de Antropología Social. Facultad de Ciencias Sociales de Olavarría – UNICEN.

La vida envenenada

Al introducirnos en la temática de la corporalidad tóxica por niveles microsociales, no es posible la indiferencia frente a casos como el siguiente:

> *"Paciente de 60 años, que consulta en el Centro de Salud N° 6 "12 de octubre" por presentar exantema eritematoso en ambas manos y tórax de varios días de evolución, asociado a astenia, epigastralgia, pirosis y pérdida de aproximadamente 5 kg de peso en el último mes, sin cambios en el hábito evacuatorio, ni otros síntomas asociados.*
> *Como antecedentes personales es tabaquista actual de 20 cig/día desde los 13 años, hipertenso, presentó diverticulitis con hemicolectomía de urgencia en 2007 con posterior anastomosis, y úlcera gástrica diagnosticada por VEDA en el año 2017.*
> *Como antecedentes socioeconómicos, es un trabajador del ámbito rural, a 5 kilómetros de la ciudad de Olavarría, que se encuentra encargado de la cría de ganado vacuno y fumigación con glifosato sin medidas de protección específica. Vive junto a su pareja y dos hijos de ella, de 8 y 14 años. En cuanto a las características de la vivienda, la misma es de material, consta de dos habitaciones, disponen de energía eléctrica, agua de pozo, gas envasado y eliminación de excretas en pozo ciego.*
> *Al momento de la consulta, en el examen físico se constató paciente adelgazado con dermatitis irritativa por contacto en ambas manos y tórax; y dolor a la palpación en epigastrio. Sumado a esto, manifestó preocupación debido a que vio un documental que informaba sobre la toxicidad y peligrosidad del mal uso del glifosato en el ámbito laboral. Relató, además, que él ha estado totalmente expuesto al mismo sin ningún tipo de protección lo que le genera temor por él y su familia, tanto por la exposición directa como ambiental debido a que, como se mencionó anteriormente, el agua que consumen es agua de pozo. En base a este antecedente se decidió solicitar determinación de glifosato y AMPA (principal metabolito de glifosato) en orina a Roberto y su familia. Los resultados de los mismo fueron positivos para ambas determinaciones lo que confirmó el diagnóstico de intoxicación por dicho herbicida lo que obligó a Roberto a renunciar a su trabajo debido a que no se le brindaron las medidas de protección específicas solicitadas.*
> *Actualmente R. y su familia viven en una vivienda prestada a 60 km de la ciudad y se encuentra desempleado.*
> *Diagnóstico final: Intoxicación por glifosato."* (Bojesen, C; Ruiz, K. *et al.*, 2018: 3).

La Dra. Claudia Bojesen, residente del Hospital Municipal Héctor Miguel Cura, ubicado en la ciudad de Olavarría, relata que R. llevó su

familia a Mar del Plata y luego de varias pruebas y análisis hematológicos no quedan dudas de que toda la familia vive con moléculas de glifosato. Y que deben enfrentar esta situación con enormes grados de incertidumbre, ya que la clínica médica actual no aporta "soluciones" en términos del pensamiento positivista: no es posible extraer rápidamente del cuerpo las sustancias tóxicas. De manera tal que tienen que vivir con ellas circulando en el cuerpo, y esperando el momento en que afecten puntualmente algún proceso metabólico o generen alguna lesión puntual y específica. Cuándo será ese momento y cuáles serán las afecciones esperables, son preguntas difíciles de responder, por lo que los conceptos de riesgo, incertidumbres, peligros y amenazas ya dejan de estar en el horizonte cognitivo de R. y su familia para ser parte de la cotidianeidad de vivir una vida envenenada.

La incertidumbre que se genera, la de no saber qué efectos reales y concretos esperar y cuáles de estos efectos pueden terminar afectando la salud de todos, se superpone con la realidad de la desocupación. R. quedó desempleado debido a que sus patrones no asumen su responsabilidad sanitaria y legal. Nunca le brindaron implementos de protección, ningún tipo de curso de formación ni mucho menos información o alertas acerca de la peligrosidad del producto. Como trabajador rural aún de una explotación predominantemente ganadera, el contacto con este tipo de herbicidas era totalmente frecuente a lo largo del año, ya que es usado en diversas actividades como el control de malezas en frutales y en predios de jardinería, además del uso dominante en toda forma de producción cerealera actual en la Llanura Pampeana. Los dueños del establecimiento donde trabajaban le indicaban su uso mediante herramientas comunes como mochilas de aplicación, pero nunca contó con mascarillas o traje protector. Aun cuando R. hubiera conocido la peligrosidad real del producto, su salario no hubiera permitido adquirir los elementos de bioseguridad recomendado por los manuales de "buenas prácticas agrícolas" para un desempeño seguro en la dispersión de agroquímicos, definiendo como "seguro" un conjunto de prácticas estructuradas por la propaganda empresaria. Sus empleadores piensan la provisión de aspectos tan básicos como los guantes de nitrilo o las mascarillas de seguridad solamente como un costo de producción más, y por supuesto nunca se los proveyeron. De la misma forma que R. nunca escuchó hablar de un traje Kleenguard A70, que es el equipamiento básico para la aplicación de venenos recomendado por diversos organismos. Lo que nos explica cómo la explotación económica y el no reconocimiento de derechos laborales concretos se articula con el desconocimiento y la opacidad intencionada. Factores que producen y agravan el padecimiento de los sujetos afectados. En este sentido, los estudios de la

"condición corporal" o *embodiment*, iniciados por T. Csordas (1990) son una herramienta para evidenciar niveles de abordaje mucho más sensibles al sufrimiento y al padecimiento de los individuos y de las redes sociales en las que transcurre su vida.

Pero el de R. no es el primer caso que conocemos en Olavarría. Yendo a las condiciones de vida y trabajo en ámbitos industriales se multiplican los ejemplos y no nos cuesta mucho encontrar otros casos emblemáticos. En el marco del Seminario de Antropología Médica de la FACSO – UNICEN, y sin llegar a realizar totalmente una historia de vida, en el año 2010 pude investigar a la manera de un *leading case* la problemática de C.F.M., un trabajador afectado directamente por la inhalación de contaminantes a lo largo de su desempeño laboral en diversos puestos de empresas contratistas del sector cementero. En contacto cotidiano con el polvillo de cementos, asfaltos, vapores de breas, residuos de hidrocarburos y otros materiales durante más de una década, C.F.M. comienza a sufrir síntomas de problemas neurológicos que le imposibilitan la movilidad autónoma y cotidianamente pasa a movilizarse en una silla de ruedas. Su entrada al sistema de salud como enfermo crónico lo coloca en una situación de discapacidad, y en las entrevistas relata cómo el sector sindical que debía protegerlo legalmente no se interesó por su estado de salud. Inició reclamos ante la administradora de riesgos del trabajo (ART) contratada por su último empleador antes de enfermarse, y debió entablar una demanda judicial laboral. Se le reconoce judicialmente una afectación a su salud de un 30 por ciento de incapacidad laboral, y decide apelar. Su caso llega hasta la Corte Suprema de la Nación Argentina, máxima instancia de resolución de conflictos, en donde se reconoce discapacidad total y su derecho a una jubilación. El monto que percibió y actualmente percibe por la misma es totalmente insuficiente para poder resolver su reproducción cotidiana, por lo que vive de la solidaridad de vecinos y amigos, en una angustia constante.

En sus relatos resaltan tres cuestiones: a) las presiones de par te de sus empleadores para que no reclame por sus derechos; b) las coacciones directas a que no difunda información pública sobre su caso, especialmente en los medios de comunicación local, sobre las particularidades de su demanda judicial; y c) las extorsiones directas por parte de personas sin dependencia oficial y formal pero con vinculación explícita con sectores empresarios para impedirle agruparse y reunirse con otros afectados por contaminantes similares. C.F.M., en su máxima desesperación, describe cómo llegó a imprimir una larga descripción de su padecimiento y a pegarla en los paredones de varios colegios, en las columnas de una de las entradas del hospital público y en la sede de la municipalidad local, sin obtener resultado alguno.

De lo individual a la afectación colectiva

La noción de "corporalidad tóxica" requiere complementarse con otros niveles de análisis y con otros conceptos que permitan caracterizar campos problemáticos más amplios. No hay que buscar nada para vincular casos como los de R. y C.F.M.. El primero de ellos puede conectarse con el movimiento de Pueblos Fumigados, de envergadura nacional y múltiples articulaciones a escala latinoamericana. La experiencia de C.F.M. remite a procesos locales que hemos estudiado y publicado en Sarlingo (2014), al intentar sistematizar la lucha de los vecinos de Colonia Hinojo por lograr vivir con una calidad ambiental digna y que no los amenace.

Colonia Hinojo es una pequeña localidad del centro de la llanura pampeana, una de las zonas más fértiles de la República Argentina. Se originó a partir de la migración de un grupo étnico compuesto por alemanes de las orillas del Volga, mayoritariamente agricultores, que profesaban la religión católica y que lograron emigrar desde Europa continental hacia la Argentina durante la segunda mitad del siglo XIX. Con tierras donadas por el gobierno argentino conformaron una colonia rural y luego una pequeña urbanización, un pueblo, que mantuvo algunas pautas identitarias originales, como el uso del idioma alemán como segunda lengua, hablado en los ámbitos domésticos durante varias generaciones hasta los años 90, diversas danzas y canciones, gastronomía y fiestas populares características de las riberas del Volga. Actualmente viven en Colonia Hinojo poco más de novecientos habitantes. Exactamente, según el Censo Nacional del 2010, 963 personas, 473 varones y 490 mujeres, que desarrollan su cotidianeidad a poco más de veinte kilómetros de la ciudad de Olavarría, Colonia Hinojo no es un ghetto de pobreza urbana, ni una villa miseria ni un territorio de destitución de derechos o "zona de sacrificio". Sus habitantes acceden a los servicios básicos como agua potable, luz eléctrica, gas, teléfono, Internet, etc., por la vía del mercado formal. Están integrados al sistema de salud y al aparato educativo del Estado, hay pocas familias en pobreza estructural profunda y la mayoría asistidas de alguna forma por diversos niveles del Estado. Entre sus habitantes hay maestros, obreros, albañiles, transportistas, profesionales independientes, pequeños comerciantes, amas de casa, empleados del Estado, etc. Ciudadanos con derechos consagrados por diferentes legislaciones, documentados y reconocidos por el Estado como tal.

A mediados de los años 90 y a menos de trescientos metros de las viviendas de los habitantes de Colonia Hinojo, el Grupo Agrium, empresa multinacional canadiense, instaló un centro de agronegocios que brinda servicios de provisión de insumos agrícolas a las explotaciones rurales de la zona. La aptitud regional del suelo admite la explotación

agrícola intensiva y extensiva, articulada inclusive a ciertas explotaciones mineras que proveen materia prima que luego es industrializada en las instalaciones de este centro. Estas materias primas aportan minerales a determinados compuestos que luego son usados como fertilizantes agrícolas. El Grupo Agrium, a través de su filial en Argentina denomina Agro Servicios Pampeanos (ASP), provee a un mercado a escala latinoamericana todo tipo de insumos agrícolas y específicamente sustitutos minerales para los suelos empobrecidos por las dobles y triples cosecha anuales, dinámica productiva que se han convertido en el patrón dominante de la producción rural de toda la región. Pero la molienda y enriquecimiento de sustancias para la fabricación de sustitutos de nutrientes extraídos por las cosechas tiene diversos impactos ambientales que han afectado la cotidianeidad de los habitantes de Colonia Hinojo. Dependiendo de la dirección del viento, algunos días los vecinos respiran un particulado mayor que diez micrones, visible a simple vista, emanado con el ritmo del flujo continuo con que se producen los pellets de fertilizantes en las instalaciones de ASP. En otros momentos son rociados por los agroquímicos que se dispersan sin control por los campos de la zona, como efecto de las prácticas productivas esenciales para las actuales formas de producción agrícola dominantes en la región. Así es que, en los últimos quince años, un proceso progresivo de transformación de las condiciones materiales de construcción de la realidad cotidiana ha llevado a los habitantes de Colonia Hinojo a movilizarse y luchar de diversas maneras, reaccionando contra un conjunto de efectos combinados. Varios de estos efectos tienen que ver con la producción social de cuerpos "envenenados", de cuerpos que padecen los efectos de la convivencia con los residuos de los procesos productivos y con los significados, sentidos y prácticas sociales que emergen de esta convivencia. Convivencia compleja, donde lo único simple en este caso es la identificación de las fuentes donde se originan las sustancias peligrosas para la salud humana, pero que nadie reconoce oficialmente y en la que la evolución de esta complejidad ha llevado al surgimiento de una arena local de conflictos que involucran a las dirigencias locales de la Ciudad de Olavarría. En estos momentos de transición política los conflictos han cesado momentáneamente, pero nadie duda que si se mantiene la lógica actual de ejecución de las políticas ambientales volverán a surgir.

Problematización y aspectos conceptuales

Olavarría, ubicado en el centro de la provincia de Buenos Aires, fue un partido históricamente ganadero, por condiciones ecológicas y por tradición cultural. Los primeros inmigrantes europeos que se radicaron en la zona a mediados del siglo XIX eran de origen vasco, y se

sostuvieron económicamente mediante la producción lechera y la explotación de tambos. El sector fue creciendo y junto con la cría de ganado fue uno de los pilares de la economía local. Territorialmente, el 90 % del territorio del partido (594.000 has. sobre un total de 770.000 has) se destinaba a la producción de cabezas de ganado. Hasta que en la última década del siglo XX la sojización fue provocando la reconversión de la ecuación productiva territorial y actualmente, en el año 2009, sólo el 50% de las tierras del partido se dedican a actividades ganaderas. El otro 50% está siendo utilizado mayoritariamente para la siembra de soja, incrementando la periodicidad de las cosechas, incorporando un conjunto de cambios tecnológicos denominado "agricultura de precisión" y confinando progresivamente[1] la producción ganadera al sistema de "feed loft", que genera otros impactos ambientales, sociales y económicos, variando especialmente la calidad de la carne vacuna producida. Inclusive, sin intentar demasiada profundización histórica, en la década del ´20 y del ´30 las condiciones ecológicas y también algunas variables del mercado mundial favorecían la abundancia del lanar. Varias décadas después, encontramos que la carne de oveja, culturalmente considerada un sustituto barato de la carne vacuna, se ha transformado en un producto de lujo, sólo consumida en reuniones familiares de significancia ritual. Y ni hablar de los tambos familiares que producían un pequeño excedente de leche para el comercio minorista y que pertenecían a pequeños productores que realizaban ellos mismos o algunos miembros de su familia el trabajo manual del ordeñe. Su inviabilidad económica en un mundo de oligopolios gigantes de la producción lechera los confinó al rincón de los recuerdos. Sólo sobrevivieron aquellos con capacidad de mecanizarse, de invertir en genética animal para producción lechera e inclusive de asociarse en condiciones dificilísimas.

No hay duda que estos procesos de cambio acelerado nos ubican en situaciones inéditas a nivel local. La relación entre riesgo colectivo, incertidumbre, amenazas y peligros ambientales tiene su visibilidad académica inicial en la década de los 80', con la publicación del libro "Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers", de Mary Douglas y Aaron Wildavsky (1982). Hasta fines del siglo XX, esta perspectiva teórica era un marco no demasiado utilizado ni discutido para analizar las problemáticas ambientales

1 O no tan progresivamente: sólo en el último trimestre del 2008, el municipio de Olavarría recibió 25 solicitudes de autorización para feed-lofts de diversa envergadura. El proceso de expansión de esta forma de producir continúa por una década y recientemente, con los acuerdos de exportación de carnes a diversos lugares del mundo.

en América Latina, a pesar de que la territorialidad continental combina los efectos destructivos del extractivismo en casi todos sus ecosistemas con un patrón de urbanización fragmentado, profundamente desigual y ambientalmente penoso. En toda Latinoamérica emergen megalópolis y metrópolis que muestran archipiélagos de modernidad, confort urbano y riqueza rodeados de un mar de pobreza, precariedad, inexistencia de derechos a la salud, al saneamiento y a una buena calidad ambiental. Esta emergencia requiere de abordajes políticos y técnicos específicos (Beck, 1998Larrea y Barreto, 2006). Prácticamente todos los ecosistemas del continente muestran signos de profundas desestructuraciones, y las amenazas, la inseguridad ambiental y el riesgo para todo tipo de comunidades, grupos sociales (ya sean urbanos, rurales, en la selva o en la alta montaña) son parte de la vida cotidiana, tanto como efecto de la articulación del continente a la mundialización de la economía que se produce con la construcción del capitalismo moderno, o como resultado de la explotación colonial que se viene renovando en su encadenamiento a un sistema que necesita producir la destrucción de sus condiciones de producción (O´Connor, 1993).

Como aproximación teórica, el postulado central de esta teoría es que las personas aprenden determinados comportamientos, internalizan creencias, valores y se representan las situaciones peligrosas y amenazantes en función del contexto social y cultural en el cual viven. Y cómo, a su vez, los correlatos emocionales de estas situaciones son productos de los sistemas de significados culturales mediante los cuales se crea el sentido. Es en este entramado sociocultural que los individuos deberán hacer sus elecciones respecto de los distintos "objetos" y "sujetos" de riesgo. La incertidumbre atraviesa estas elecciones. La constatación de la generalización de los riesgos civilizatorios devenidos de la omnipresencia de la sociedad industrial, a saber: contaminación de todas las cadenas alimentarias con sustancias organocloradas como dioxinas y PCBs, residuos de plásticos de todo tipo, agotamiento de recursos naturales estratégicos, contaminación de la atmósfera con gases tóxicos producidos por la utilización de combustibles fósiles, envenenamiento de los ríos y los mares con residuos industriales y subproductos que vuelven a recombinarse, etc., le agrega una dimensión empírica que soporta la utilización de la Teoría del Riesgo. Todas estas consecuencias obligan a los sujetos, individuales y colectivos, a definir los riesgos, peligros y amenazas que darán justificación a luchas en la arena política donde se reproduce cada sociedad. En estas luchas surgen nuevos actores colectivos, grupos que redefinen su identidad en función de los riesgos que comunican culturalmente. Esta cuestión me resultó esclarecedora cuando trabajé

el proceso de producción de legislación que prohíbe los PCBs. en la República Argentina, proceso "sólo entendible describiendo una perspectiva histórica sobre la contaminación del mundo, analizando el agenciamiento de sujetos colectivos y al mismo tiempo consignando algunos de los discursos técnicos con los que se define el riesgo" (Sarlingo, 2007: 142).

La teoría cultural concibe el riesgo de una forma concreta en la sociedad moderna: el riesgo de la cultura será equiparado con tipos de amenazas que coaccionan tanto la individualidad como a los diversos grupos dentro de una sociedad. Por lo que una persona de manera individual o un grupo de personas vivan un determina do fenómeno como un riesgo dependerá de múltiples causas, todas ellas relacionadas con su posición sociocultural, su inserción de clase, etc. Mary Douglas (Douglas y Wildavsky, 1982) argumentan que no hay un acuerdo único para la evaluación de potenciales amenazas globales, pues diferentes grupos, sus ideologías y sus visiones sobre el origen de la amenaza van a divergir en sus interpretaciones. La dimensión axiológica cobra una importancia central, ya que influyen mucho en lo que se considera riesgoso. Y también hay un elemento muy importante en esta consideración, que es la condición de hegemonía/subalternidad que opera definiendo las posibilidades de negociación que cada individuo o grupo posee de manera situada. Pero siempre enmarcando cada situación en el proceso de producción de "hegemonías naturales" (Wolf Meyer, 2011), es decir en las maneras en que el orden del capitalismo moderno organiza el tiempo y el espacio, logrando subordinar la individualidad de los sujetos al conseguir que todos los ritmos biológicos y corporales se adapten a la dinámica de las estructuras de producción, distribución y consumo. Así crea una "segunda naturaleza" en el cuerpo de los trabajadores y los consumidores, porque su fisiología básica (la actividad motriz y el sueño, la alimentación y los impulsos sexuales, el ocio recreativo y así inclusive hasta llegar al nivel de la reproducción celular más básica) llega a estar totalmente mediatizada por las coerciones morales y políticas que el funcionamiento capitalista requiere y que luego se convierten directamente en el estilo de vida moderno. Tal cual Raymond Williams (1977) retomara de los trabajos de Gramsci, los procesos hegemónicos estructuran un orden que, a la vez, es vivido como una práctica que realimenta y fortalece el mismo orden. Así es que el disciplinamiento de los sujetos para poder sostener un ritmo biológico y social que le permita desempeñarse en un puesto de trabajo, adaptándose prácticamente a las exigencias de la producción capitalista, diariamente reproducir su energía vital en la cotidianeidad de su espacio residencial y volver a trabajar al día siguiente, no sólo construye su habitus (Bourdieu,

1988), sino también su propia biología. Al subordinar a los conjuntos sociales marcando los ritmos de la producción y reproducción cotidianas, la modernidad selecciona también los procesos de desgaste y envejecimiento, creando las condiciones y mediaciones que generan enfermedad y muerte en los sujetos. El cuerpo biológico es un campo de batalla inseparable de la subjetividad, un espacio político donde se inscribe la organización de los circuitos sociales, espacio al que se agregan los efectos del riesgo, la incertidumbre y las amenazas creadas por la actividad industrial moderna.

Bibliografía

Beck, U. (1998). *La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad.* México: Editorial Paidós.

Bojesen, C., Ruiz, K. *et al.* (2018). "Consecuencias del glifosato en la salud bio-psico-social. A propósito de un caso". Ponencia presentada en las Segundas Jornadas del Hospital Municipal Héctor Miguel Cura. Olavarría, ESNCS, UNICEN

Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa. Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos, 18*(1): 5-47.

Douglas, M. y Wildavsky, A. (1982). *Risk and culture*. Oxford, UK, Basil Blackwell.

Larrea, C. y Barreto Lima, M. (2006) "Salud ambiental urbana. Aproximaciones antropológicas y epidemiológicas de una intervención en saneamiento ambiental en un contexto de grandes desigualdades sociales". En C. LARREA KILLINGER.; A. MARTÍNEZ (Ccomps.) *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia.Sèrie Monogràfics. Antropologíamédica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales,* 22: 71- 99.

O´Connor, J. (1993) Las dos contradicciones del capitalismo. En: *Ecología Política*, nro. 3, pp.111-117 CIP/ICARIA, Barcelona.

Sarlingo, M. (2007). Contaminación del mundo, riesgo y PCBS en la Pcia. de Buenos Aires, República Argentina. *ETNIA,* (48), pp141-159.

Sarlingo, M. (2014) Corporalidad tóxica y sufrimiento ambiental. La experiencia de los habitantes de Colonia Hinojo, República Argentina. *Quaderns.e de L'Institut Català D'Antropologia, 18*(2) : 156-172. www.antropologia.cat Williams, R. (1977). *Marxismo y literatura.* Barcelona, España: Editorial Amorrortu.

Wolf-Meyer, M. (2011). Natural Hegemonies: Sleep and Rhythms of American Capitalism. *Current Anthropology, 52*(8), pp.876-895.

La intersectorialidad en el abordaje territorial de problemáticas de infraestructura y acceso a servicios básicos desde el CeSAC N° 16

ARMANI MF, DEMIRJIAN FM, GAUNA C, KOTZAREW TE, MATUSEVICIUS J, SOTO VI, AFRICANO V*

Introducción

El Equipo de Salud Ambiental (ESA) del Centro de Salud y Acción Comunitaria nº 16 (CeSAC 16), del área programática del Hospital J.M. Penna, surgió en el año 2007 y desde entonces tiene una conformación y tarea interdisciplinaria para contribuir al mejoramiento del hábitat de zonas específicas del área de responsabilidad del efector desde una perspectiva de derechos. Lleva sus tareas a cabo en el barrio de Barracas perteneciente a la Comuna 4 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los principales asentamientos de la zona son: Los Arcos (situado bajo las vías del ferrocarril), Luján, Pedro de Mendoza y viviendas colectivas en la calle Villarino (ver imagen 1 en página siguiente).

En el presente texto se realiza una breve reseña del estado del arte de la intersectorialidad y descripción de la experiencia territorial del ESA en relación a la misma. Se analiza la necesidad de realizar abordajes intersectoriales para la resolución de los problemas que afectan el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado de los grupos sociales con los que interactúa el equipo de salud. Dicho análisis permite problematizar la falta de correspondencia entre los discursos y las prácticas en torno al abordaje en cuestión y el lugar

* CeSAC N°16.

que adquiere la participación de las poblaciones en la resolución de sus necesidades frente a la "ausencia" del Estado.

Imagen 1

Área de responsabilidad del CeSAC N° 16. Fuente: Elaboración propia sobre

Fuente: Google Maps.

Este trabajo, presenta elementos iniciales para una exploración rigurosa y científica a futuro.

Objetivos

El objetivo general es describir el trabajo intersectorial en el territorio del área de influencia del CeSAC 16. Los objetivos específicos son identificar dificultades en el abordaje intersectorial de las problemáticas de la población de dicha área e identificar las acciones en la resolución de sus necesidades.

Metodología

Se trata de un estudio observacional descriptivo. Para el mismo, se utilizan fuentes secundarias de información como los resultados de

relevamientos con instrumentos elaborados por el ESA o utilizados por otros equipos con trabajo territorial (planilla de visita domiciliaria, encuestas dirigidas a una problemática de salud ambiental en particular, Grilla de relevamiento en salud ambiental, Hoja de pesquisa pediátrica).

También, se utilizan como insumo los registros escritos de reuniones grupales con vecinxs y/o distintos organismos o instituciones barriales y estatales y el registro de las reuniones del ESA.

¿Qué entendemos por intersectorialidad?

El concepto de intersectorialidad comenzó a echar raíces en América a partir de la declaración "Salud para todos" de Alma Ata, señalando que *la atención primaria:* entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores (OMS, 1978).

Existen muchos conceptos teorizados acerca de la intersectorialidad, dentro de estos encontramos el de MATHUS que se refiere a ella como programas o estrategias entre agentes pertenecientes a distintos sectores que comparten un tema o problema de interés. A su vez, según FLACSO (OPS 2017) la define como una intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.

En el territorio de la CABA el marco legal vigente dado por la Ley Básica de Salud nº 153 enuncia una concepción de la salud integral y la vincula a la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. A su vez, los lineamientos estratégicos del actual "Plan de salud 2016-2019" del Ministerio de Salud para este distrito, plantean "Desarrollar una APS (Atención Primaria de la Salud) de acceso universal, equitativo y oportuno, logrando una intervención integral y con participación ciudadana con foco en los problemas de salud y los determinantes sociales."

Es por esto que, tomando a ambos como referencia, se establece que la salud tiene relación con diversos componentes y sectores, por lo tanto es lógico pensar que la misma no puede ser alcanzada ni garantizada sin un abordaje intersectorial que los tenga en cuenta. Lo mismo sucede con estrategia de la Atención Primaria Ambiental (Calvo Solano, 1998), ya que para lograr acciones ambientales preventivas y participativas es necesaria la intersectorialidad.

La intersectorialidad como necesidad para resolver los problemas de salud ambiental

El ESA trabaja con problemáticas relacionadas con el estado de las viviendas y asentamientos, el saneamiento básico insatisfecho (como deficiente provisión de agua segura, falta de adecuada conexión cloacal, presencia de basurales y plagas), inadecuada conexión eléctrica y exposición a metales pesados y otros contaminantes que hacen a la situación de salud de la población. El trabajo territorial permite conocer los procesos históricos de los grupos sociales, sus relaciones sociales, la distribución de poderes, modos de organizarse frente a las dificultades comunes y la incidencia de las políticas estructurales al interior de los mismos, cuál es el contexto mediato e inmediato que da lugar a la delimitación de los problemas de salud, así como también a las potencialidades para promover su transformación. A su vez, se crean lazos con la población, lo cual otorga un sentido a las acciones de salud que el CeSAC 16 realiza. Dicho sentido construido implica un posicionamiento donde se ponen al servicio de la población los saberes técnicos para aportar en la resolución de problemas identificados. En la planificación anual del ESA se define la realización de diversas actividades en torno a varias líneas de acción, las cuales requieren del trabajo intersectorial. A continuación, se describen brevemente junto con las dificultades que se identifican para dicha articulación intersectorial y las estrategias para su resolución.

1. Impulsar la *gestión de recursos* que faciliten la tarea en torno a la resolución de problemáticas de salud ambiental:

- Castración y vacunación de animales de compañía. Dicha actividad se articula con el Instituto de Zoonosis de la CABA "J. M. Pasteur".
- Postas de salud integral, a fin de fortalecer el vínculo/lazo con la población como espacio de encuentro y para promover la accesibilidad.
- Control de plagas, incluye diversas actividades que suponen la articulación con diversos organismos y la población: Educación para la salud, ordenamiento ambiental y control químico (cebos). Hasta la fecha, con respecto al primer item, se articuló con el Departamento de Salud Ambiental (DSA, S/F) para realizar talleres informativos con vecinxs, realización de folletos informativos y visitas domiciliarias para identificar la presencia de roedores y definición de estrategias para su control *in situ*. El ordenamiento ambiental, que se considera el pilar del control de plagas, se dificulta en los asentamientos debido a condiciones estructurales que propician el problema (ej.

viviendas bajo las vías del ferrocarril o al borde del Riachuelo, presencia de microbasurales, inadecuado manejo de desechos). Aquí se hace evidente la falta de intervención intersectorial estatal. Ante esto, fue propuesto a las familias llevar adelante jornadas de limpieza de espacios comunes y también armar una "Cooperativa de limpieza" en el asentamiento los Arcos. Estas propuestas aún no pudieron impulsarse. En relación al control químico, surgió la necesidad de armar un canal formal con la Unidad de Gestión Intervención Social (UGIS) y/o Ministerio de Salud y/o Ministerio de Ambiente y Espacio Público para la provisión de dispositivos como por ejemplo cebos en domicilios. La gestión no fue fructífera. Con respecto a la provisión de los mismos para los comedores comunitarios, tampoco hubo respuesta positiva del Programa de promoción de Grupos comunitarios, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat.

Ante todas estas dificultades, se decidió articular el pedido de cebos con los CeSAC 41 y 9 por medio del Consejo Consultivo de la Comuna 4 del cual el ESA participa.

2. Favorecer los procesos de organización de la población y fortalecer su capacidad de presión ante organismos gubernamentales.

Para el desarrollo de esta línea de acción, se requieren actividades específicas para cada sector poblacional y otro plano de articulación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Por ejemplo, en el Asentamiento Luján, se realizó la reactivación de la Mesa de trabajo intersectorial en el marco de las resoluciones del juzgado interviniente por la Causa Mendoza de la Cuenca Matanza-Riachuelo, para de ese modo abordar las problemáticas de vivienda y salud. De esta mesa, que permitió una expresión colectiva de los reclamos de los vecinxs, surgieron varias acciones a realizarse por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC). Sin embargo, no hubo continuidad en este proceso ya que dicho organismo todavía no ha realizado estas tareas ni convocó nuevas reuniones. Uno de

los reclamos de los vecinxs, surgido en la Mesa de Trabajo, fue exigir la resolución de los problemas de infraestructura en las conexiones de electricidad que provocan riesgo eléctrico en este asentamiento. Esto implicaría el trabajo intersectorial de organismos estatales y privados. A raíz de esto, desde el ESA se elaboró un informe describiendo esta situación en relación a la amenaza para la salud y vida que representa, que fue presentado a Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de CABA, para ser elevado al IVC. Sin embargo, pese a la envergadura del problema, no hubo respuesta desde ninguno

de los organismos involucrados. Ante esto, junto con la comunidad, el ESA elaboró estrategias de reducción de riesgos y daños en relación al riesgo eléctrico.

3. Implementar relevamientos de sectores poblacionales vulnerables donde el ESA todavía no ha tenido intervención, a fin de detectar demandas y problemas de salud ambiental.

Se participó en la realización de una encuesta destinada a evaluar el proceso de relocalización de las familias provenientes de la Villa 26, en el marco de la Causa Mendoza. Esta encuesta fue organizada por el DSA, Autoridad Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) y el IVC.

También se participó en otra actividad de relevamiento como fue el Censo Popular de Personas en Situación de Calle impulsado por diversas organizaciones sociales que tienen trayectoria en la problemática. Esta actividad permitió potenciar los vínculos con organizaciones sociales que tienen trabajo territorial en el área de referencia del CeSAC 16 y a su vez identificar personas que atraviesan ésta situación y requieren asistencia por parte del sector salud.

4. Capacitación del equipo y producción de conocimiento.

Se propiciaron actividades de formación en infraestructura convocando a la Cátedra Libre de Ingeniería Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires. En relación a las personas en situación de Calle junto con la organización civil Proyecto 7 y sobre control de plagas en conjunto con el DSA.

Análisis de las dificultades detectadas para la acción intersectorial

Las diferencias entre los discursos y las prácticas para abordar integralmente a la salud, quedan evidenciadas en todos los niveles. A modo de ejemplo el marco legal y los lineamientos programáticos en Salud en la CABA enuncian la necesidad de la articulación intersectorial, pero no establecen las condiciones para que esto suceda (organizativas, recursos, etc.). Además, se piensa a la población destinataria en términos homogéneos, sin considerar identidades y trayectorias.

Esto implica un malestar interno al sector que conociendo cómo se generan y cómo se desarrollan los problemas de salud no tiene capacidad resolutiva del acceso a recursos para la población de manera de poder incidir en la determinación social de la salud.

En relación a las lógicas institucionales se encuentran límites en la entrega de recursos y acciones mediante argumentos técnicos sin mediar alternativas. Por otro lado, se observa que muchas veces se superponen acciones y estrategias de diversos organismos en un mismo territorio, resultando en ineficiencias: exceso de relevamientos sin correlato con acciones concretas y sin socialización de los resultados

y distancia entre lo que necesitan las familias y lo que esos organismos planifican. Esto último evidencia la falta de un proceso de planificación participativa.

También existe una tensión entre "necesidades" del mercado y necesidades de la población. Por ejemplo, la falta de planificación ambiental cuando se realizan obras públicas o emprendimientos inmobiliarios, que acentúan problemas existentes de infraestructura y/o generan nuevos.

Resolución de problemas por parte de la población/ "La otra intersectorialidad"

Menéndez se refiere al concepto de autoatención como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales(...) de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2003:198). Tomando en este caso a las distintas instituciones estatales como los "curadores profesionales", se considera que las respuestas articuladas por lxs vecinxs ante distintas problemáticas estructurales que afectan su salud, forman parte de este proceso de autoatención y no sólo una respuesta ante la falta de intervención del Estado. Por ejemplo, ante el problema de falta de presión de agua en uno de los asentamientos, los vecinxs se organizaron, realizaron encuentros, recaudaron fondos y resolvieron (por la vía informal) la colocación de un caño apelando a un trabajador de la misma empresa que debería resolver el problema. Retomando a Menéndez, en este proceso lxs vecinxs se contactaron con una persona con el "saber específico" representando a los "curadores profesionales".

Conclusiones

A partir del trabajo realizado en territorio por este ESA, que lleva varios años intentando producir intersectorialidad para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de la población, queda en evidencia que la intersectorialidad es una tarea desestimada por los niveles centrales de decisión.

Históricamente son las comunidades las que ponen en relieve la falta de intersectorialidad por parte del Estado y son ellas mismas las que toman la tarea de garantizar sus derechos.

La resolución de los problemas se logra a través de la organización colectiva con recursos y saberes propios de la comunidad, dando un

anclaje mayor al territorio y a las representaciones de sus habitantes. Por lo tanto, contando con los recursos que el Estado debería proveer, ésta tendría que ser la línea conductora del abordaje intersectorial.

El ESA pretende no dar respuestas automatizadas y potenciar la organización comunitaria con sus saberes y procesos de autoatención como conductora de la resolución de sus problemáticas y cumplimiento de derechos.

A su vez, es tarea fundamental del equipo continuar interpelando a los distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales para que la intersectorialidad sea efectiva partiendo desde la organización comunitaria, ya que mientras existan dificultades en esta articulación, se seguirá obstruyendo el derecho a la salud.

Bibliografía

Calvo Solano, M. (1998). Atención primaria ambiental: Un modelo para el desarrollo en el espacio de lo local. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, 6*(2), 37–39. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1409-12591998000200004

Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, (1996,).s: Convención Constituyente de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. . Recuperado de : https://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=26766&qu=c

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2004) Mendoza, Beatriz Silvia y otros C/ Estado Nacional y otros y otros S/Daños y Perjuicios (Daños derivados de la Contaminación Ambiental del Rio Matanza-Riachuelo) Argentina: Recuperado de http://centerhre.org/wp-content/uploads/2011/07/2007-07-20-Caso-Mendoza- Riachuelo.pdf

Departamento de Salud Ambiental. (s.f.). Sistema de Información en Salud Ambiental. Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-ambiental/informacion (23 septiembre, 2019)

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999) Ley Básica de Salud Nro 153.Buenos Aires, Argentina: Recuperado de : https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_de_salud 153.pdf

Menéndez, Eduardo L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 8*(1), 185-207. Recuperado de https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014

Ministerio de Salud del GCBA (2017) Plan de Salud CABA 2016-2030. CABA.Recuperado de http://lista10.com.ar/site/wp-content/

uploads/2017/11/Plan-del-Ministerio-de-Salud-2030-digital.pdf

OMS. (1978). Declaración de ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf (23 agosto, 2019)

OPS. (2017). *Documento conceptual: Intersectorialidad. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la Región de las Américas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf (23 agosto, 2019).

Representaciones sociales sobre factores ambientales percibidos de riesgo para la salud de poblaciones de la Región Centro

CLAUDIO STAFFOLANI*, ESTIBALIZ CUESTA RAMUNNO**, ALEJANDRO OLIVA*** Y JULIO GONZÁLEZ COBOS***

El proyecto que aquí se presenta y que actualmente se encuentra en curso hasta el año 2020, es financiado por el Instituto Nacional de Cáncer (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación), indaga una problemática que, hasta el momento, ha sido poco estudiado en forma interdisciplinar. Son escasos los estudios que aúnen en un mismo diseño, no sólo las problemáticas relacionadas con los cambios ambientales, precipitados en estas últimas décadas por la inclusión de nuevos sistemas productivos a gran escala, sino también la repercusión de estos procesos ambientales en la conformación de las representaciones sociales que sobre el riesgo poseen los grupos afectados por esta transformación; específicamente los grupos de poblaciones menores a 5000 habitantes[1].

1 Se delimita en poblaciones rurales de menos de 5000 habitantes, dado que en este tipo de poblaciones el riesgo se da con características homogéneas a partir de la distancia mínima que cada persona tiene, en términos de exposición, a los factores de riesgo ambiental vinculados a la actividad productiva. Entendiendo que el tipo de actividad productiva determina la conformación social y cultural de los habitantes de

* UNR-CEI/PROMAS, UADER.
** UNR-CEI/PROMAS.
*** FCM/UNR.

El proyecto pertenece a los campos disciplinares de la Salud Pública, la Medicina Social y la Antropología médica y ecológica (Brown, 2009); estos campos, desde diferentes enfoques y concepciones sobre el ambiente, han estudiado la relación de los sujetos con él, y las relaciones de éste con la salud y la calidad de vida. En ellos se parte de considerar que "la relación del hombre con la naturaleza y del ambiente con la salud, también inciden directamente sobre la calidad de vida del hombre" (Baldi López y García Quiroga, 2005:10).

Las representaciones sociales como categoría teórica central del proyecto cuentan con un gran alcance para el análisis de esta relación. Éstas se conciben teóricamente como una ligazón entre el sujeto y el ambiente; ellas son la manera en la cual los grupos hablan de lo que los rodea (Durkheim, 1992). En tal sentido, una representación social siempre remite a un objeto real, pero desde una forma de percepción selectiva de esa realidad, la cual puede ser mágica (el mundo es un todo) como sucede en los pueblos originarios, o puede ser analítica (el mundo es una sumatoria de partes) como sucede entre los integrantes de nuestras culturas occidentales y la ciencia moderna (Staffolani, 2018). La categorización hace que, entre los elementos que forman parte de una situación de la realidad, se establezcan jerarquías o preferencias -como sucede a la hora de priorizar el cuidado de la salud o el mantenimiento del capital económico (este último bajo el lema de la clásica ecología-política del desarrollismo[2])- ante la toma de decisión sobre la aplicación o no de una nueva tecnología productiva. Las representaciones sociales como categoría teórica han sido utilizadas en investigaciones del campo ambiental-sanitario, en estudios de polución del ambiente principalmente en poblaciones urbanas (Trimano y Emanuelle, 2012; Ursino, 2012; Rodriguez y Paba, 2013; Porras Contreras, 2016) y también en los procesos de salud-enfermedad (Girardo-Mora, 2009; Monteza *et al.*, 2014; Staffolani y Enria, 2018).

Otro aspecto central de nuestro problema de investigación es que las representaciones sociales cuentan con una forma de percepción de la realidad. Al analizar los factores de riesgo ambiental desde la percepción de quienes lo sienten y lo viven y que, de alguna manera,

---

estas poblaciones (Gras y Hernández, 2008; Grosso *et al.*, 2010).

2 Autores como Eduardo Gudynas identifica esta representación como parte de una cultura sudamericana que concibe a la región como dueña de un medio de enormes riquezas ecológicas que deben ser intensamente aprovechadas (Gudynas, 2012) y según, Castoriadis el desarrollo en los países del Tercer Mundo constituye un estado de madurez definible (pero hasta ahora no definida) que deben alcanzar (Castoriadis et.al, 1979).

suponen algún tipo de afección a partir de una supuesta exposición de origen ambiental, las conclusiones deben tener un cuidado especial, dado la cantidad de circunstancias (momentos históricos, sistemas de producción imperantes, existencia de políticas públicas, etc.) e intereses (económicos, productivos, inmobiliarios y de clases) que atraviesan a los actores involucrados, así como la incertidumbre que puede generarles (Auyero y Swistun, 2008). La percepción del riesgo ambiental ha sido objeto de numerosos estudios, especialmente en EE.UU (Solé Arqués y Cruz Piqueras, 2000) que remarcan la injerencia en ella de factores cualitativos (Thacker *et al.*, 1996; Marris *et al.*, 1997) como la percepción de amenaza, el daño a generaciones futuras, los efectos a largo plazo, entre otros; así como que no son posibles de generalizar (Marris *et al.*, 1997).

Lo estadísticamente definido, cuando hablamos de percepción de riesgo, pasa a un segundo plano, dado la incidencia diferencial que tienen las circunstancias e intereses descritos *up supra*. En tal sentido, la percepción de riesgo de una comunidad se genera a partir de un proceso cognitivo que descansa en la información recibida acerca de diferentes cuestiones y que se procesa a través de la interacción interpersonal, organizando juicios o valores que, además, condicionarán el comportamiento colectivo y las decisiones (Burns y Slovic, 2012). Efectivamente, el riesgo percibido se genera a través de creencias o experiencias, de la misma manera que el riesgo "objetivo" se estima en base a modelos, por lo que, aunque se sustente en teoría y técnica, en última instancia es, al igual que el percibido, sólo una descripción fundada de la realidad (Rohrmann, 1998; Peluso, 2003). Conscientes de que no está ajeno de dificultades comprender las razones y fundamentos detrás de la ponderación del riesgo sospechamos que puede ser por ello por lo cual existen pocos estudios al respecto (Lupton, 1999; Tulloch y Lupton 2003). Una de las preguntas principales realizadas dentro de los estudios sobre el riesgo ha sido ¿cómo los sujetos perciben diferentes riesgos? y ¿cómo los diferentes factores influencian estas percepciones? Algunos ejemplos de este abordaje los encontramos en los trabajos de Rob Flynn, Paul Bellaby y Miriam Ricci al respecto de la percepción de riesgo sobre el uso de hidrógeno como fuente de energía (Flynn *et al.,* 2006)[3]. El riesgo, como categoría social, se ha convertido en la expresión de un cambio en el entendimiento y en la relación con el ambiente: cada vez se encuentran

3 Recientemente contamos en nuestro país con una tesis doctoral (Seehaus, 2019) que aborda la percepción del riesgo ambiental en una localidad entrerriana con un diseño mixto que contrapone los aspectos perceptivos con evidencia generada empíricamente por medio de metodologías cuantitativas.

menos implicadas las categorías de dioses o Dios y más aquellas que depositan la responsabilidad en lo humano (Bernstein y Boggs, 1997). Y, efectivamente, como categoría social, la percepción de riesgo es un proceso de construcción, y no un proceso evidente. Es por ello, que algunos autores resaltan la necesidad de incluir la participación comunitaria en los procesos de investigación (Klinke y Renn, 2002).

La deriva de la innovación productiva en la Argentina

La Región Centro (conformada por Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos) inició en la década de 1980 un proceso de profunda transformación económico-política liderada por el sector agropecuario. Éste estuvo marcado por la adopción a gran escala de nuevos cultivos y métodos de siembra que provocaron, en relativamente poco tiempo, aumento en la capacidad productiva de los suelos. En Argentina el gran cambio de paradigma se basó en tres pilares: la producción de soja tradicional (cuya introducción se sitúa en la década del ´80 del siglo XX), la siembra directa (o también llamada agricultura de conservación -sistema traído del vecino país Chile- y que se expandirá a partir de los ´90) y la biotecnología (principalmente aplicada a la producción de agroquímicos y fertilizantes que comenzó a florecer en torno de 1995 con la soja transgénica). La Argentina cuenta con el 20% de las hectáreas cultivables del mundo, encontrándose sólo un puesto por debajo de EEUU (que cuenta con el 21%) y compartiendo el segundo lugar con Brasil (Kassam *et al.*, 2012) Es decir, Argentina y especialmente la Región Centro (universo de estudio de este proyecto) se encuentra dentro de los tres países que, a nivel mundial, cuentan con más tierras cultivables. Ante estos datos, no es posible desatender la necesidad de estudios sobre el impacto amplio de estas transformaciones del manejo ambiental[4] en las poblaciones.

A la par de este cambio de paradigma agrícola, se ha sumado otro en el sector ganadero: el *feedlot,* es decir, la forma en la que actualmente se nombra a la producción intensiva de carne mediante engorde a corral y que en las últimas dos décadas se ha difundido ampliamente en nuestro país. La mayor proporción de los establecimientos están ubicados en la región centro, concordando a su vez, con la ubicación geográfica donde están instaladas las plantas de faena y los grandes centros urbanos de consumo (Robert *et al.*, 2009). La elevada carga animal produce alto retorno de excretas al suelo, generándose exceso de nutrientes con riesgo de contaminación del suelo, cursos de agua

4 Hasta el momento un manejo extractivista, caracterizado por la explotación de grandes volúmenes del recurso natural (suelo) que conforma sistemas económicos de enclave extractivista (Gudynas, 2012).

superficial y subterránea, y de la atmósfera por emisión volátil de amoníaco (NH2) y dióxido de carbono, también desechos nitrogenados que pasan, por la orina animal, al suelo contaminando las napas (Domingo *et al.*, 2013). Suponemos que estas transformaciones, reiteramos aún no rigurosamente estudiadas, impactaron en el modo en que las poblaciones -en su mayoría desde la dependencia económica y laboral- ponderan y experimentan el riesgo.

Diseño y metodología para conocer las representaciones y la percepción

Los objetivos del proyecto son describir las representaciones socia les sobre el impacto de factores ambientales de riesgo que afectan a la salud de poblaciones rurales de la Región Centro y analizar los comportamientos sustentados por estas representaciones sociales en escenarios de cambio para el cuidado de la salud de estas comunidades. El diseño que se enmarca dentro de los estudios de caso múltiple (Montero y León, 2007; Landini *et al.*, 2019) y los cualitativos (Smith *et al.*, 2006) comparativos. Es de carácter exploratorio y descriptivo (Sabino, 1986; Hernández Sampieri *et al.*, 2007, Borsotti, 2009) y se utilizan técnicas cómo entrevistas individuales a profesionales, representantes de la producción y actores sociales reconocidos; entrevistas grupales (grupos focales)[5] (Taylor y Bogdan, 1987; Denzin y Lincoln, 2012) y grupos de discusión; también se utiliza como fuente de información reuniones plenarias con la comunidad para la comunicación de los resultados parciales[6] y observación del espacio local a través del recorrido guiado por los ejidos urbanos y periurbanos (González, 2005). La unidad de estudio está constituida por 9 localidades rurales, 3 por cada una de las provincias que integran la Región Centro y cada una de estas localidades se identifica por la preponderancia de uno de los siguientes escenarios productivos: 1. predominantemente agrario, 2. predominantemente ganadero, y 3. mixto: agro-ganadera[7]. La información recopilada se analiza y categoriza constantemente (Cornejo

5 "Existen evidencias de que los resultados obtenidos a través de estudios cualitativos de corte antropológico (como el estudio de grupos focales), coinciden notoriamente con los datos registrados a través de técnicas epidemiológicas, alcanzando información estratégica respecto a problemas, donde éstas fracasan y obtienen información limitada" (González-Chévez y Hersch-Martínez, 1993:396).

6 Instancia que garantiza el principio ético de la investigación con comunidades sobre el acceso a la información recopilada posterior a la estancia en el campo y constituye un beneficio inmediato de la participación de las localidades en el estudio (Loewenson et.al, 2014).

7 Se descartaron de entre aquellas poblaciones rurales con las características descritas, las que cuentan con grandes industrias en su ejido urbano o peri-urbano.

Cansino, *et al.*, 2017) a través de la técnica de análisis de discurso (Ricoeur, 1995) buscando la significación (Vasilachis, 2014), rescatando la ponderación del riesgo de los factores, la comparación entre localidades y realizando una triangulación con las observaciones.

Representaciones sociales y percepciones colectivas de riesgo: análisis de la relación significativa medio, salud y poblaciones

Hasta el momento se han podido estudiar las tres localidades de la Provincia de Santa Fe: Santa Clara de la Buena Vista (Departamento Las Colonias), Saladero Mariano Cabal (Departamento Garay) y Los Molinos (Departamento de Caseros). La conformación de los espacios urbanos analizados muestran diferencias importantes respecto de: a. la cantidad de población, b. conformación a lo largo de la historia, y c. perfil productivo. Las tres poblaciones cuentan con tratamiento del agua de red obtenida de vertientes subterráneas, un sistema de educación básica, efectores de salud pública, empresas que se ubican en el ejido urbano y zona rural próxima a los espacios poblados.

Factores de riesgo ambiental percibidos por las poblaciones estudiadas

Respecto de lo que percibe la población entrevistada sobre factores de riesgo de cáncer, las fuentes sospechadas en Santa Clara de la Buena Vista son el polvillo y olor que desprende el cereal acopiado y el acondicionamiento de granos dentro del ejido urbano, olores derivados de *feedlots* de ganado ovino y porcino, humo por la producción artesanal de ladrillos a partir del uso de madera verde y de la quema en basural próximo, agua de red sin tratamiento de arsénico y distribución de agua para consumo en bidones con desconfianza del mantenimiento de la planta de ósmosis inversa que la potabilizaría. Otro elemento que apareció fuertemente entre los habitantes de Santa Clara, fue una gran preocupación por el presente y perspectiva de futuro respecto de la situación económica. La pérdida y/o fragilidad de la renta agropecuaria deja muchas familias, otrora acomodadas, en situación de vulnerabilidad, trabajadores rurales y de cooperativas que pierden el empleo y sin posibilidad de encontrar otro, ocupación ilegal de viviendas rurales (ocupas) de campos productivos y disminución de renta por alquiler de campos. Si bien los pobladores no asocian el sufrimiento psíquico como factor de riesgo de cáncer, es evidente que es un tema preocupante. Saladero Cabal tiene un perfil socioeconómico disminuido respecto de Santa Clara de la Buena Vista, a partir de la recorrida en terreno y por los relatos preocupados de los informantes, existe una parte de la población que vive sin las necesidades básicas

satisfechas, que migró como trabajadores golondrina. En esta parte de la población no aparece el riesgo como perspectiva, dado que su situación previa estaba signada por mayores carencias y asume su realidad como natural. En cambio, la población que se denomina autóctona percibe la trasformación económica/productiva como posible generadora de polvillos y olores a partir del aserradero, secadero y molino de arroz, también consecuencias no racionalizadas sobre las tuberías y bombas instaladas por empresas privadas para llevar agua del Río San Javier tierra adentro y utilizarla en la siembra de arroz. También identificaron consecuencias sociales de la desocupación de los trabajadores precarizados y desocupados para la vida interna de la comunidad.

No se ha encontrado hasta el momento preocupación por la calidad del agua de consumo, más allá de que Saladero Cabal esté ubicada en la deriva este de aguas subterráneas de la provincia de Santa Fe, con niveles altos de concentración de arsénico (ENRESS-Gerencia de Control de Calidad, 1999), niveles que también compartir la población de Los Molinos.

Al respecto de factores ambientales identificados, la población entrevistada de Los Molinos identifica el factor ocupacional, referi do a la cantidad de galpones al interior del ejido urbano destinados a estacionamiento de maquinaria agrícola, así como el tránsito pesado que genera esta condición. El personal sanitario no encuentra aspectos ambientales potencialmente riesgosos para la población. Los Molinos, de forma similar a Saladero, ubica su mayor preocupación en las transformaciones sociales recientes producto de la ola migratoria de habitantes desde Casilda en el Departamento de Caseros. Esto ha repercutido de forma importante en la percepción de comunidad tranquila y segura que la población poseía.

En general surge como hallazgo hasta el momento, en términos de percepción de riesgo ambiental, la aparición de un factor que no tiene una expresión en el ambiente químico, físico o biológico, sino psíquico que se presenta como malestar individual, pero remite a interacciones colectivas, que comienza a visualizarse como potencial productor de un impacto negativo en la salud, que es preciso describir con mayor profundidad en la continuidad de la investigación.

La encrucijada entre el *desarrollo* y la salud: lo micro, el espacio de la disputa y la omisión

Las poblaciones analizadas se manejan en sus representaciones sociales para los temas ambientales y sanitarios desde una percepción analítica, es decir, entendida la realidad como una sumatoria de elementos que interactúan entre si de una manera relación causa-efecto

formal. Esto los lleva a presentar hipótesis que se organizan en función de lo que ven y lo que sienten desde su universo más cercano de necesidades e intereses (el color y olor del humo, el polvillo, el gusto del agua, etc.).

De las categorizaciones presentes en el pensamiento respecto de los factores de riesgo ambiental para la salud, genéricamente podemos decir que: la productividad en los empresarios y el trabajo en la población que depende o ha dependido de un sueldo, se priorizan a la salud. En tal sentido, los casos de patologías que podrían relacionarse con determinantes ambientales, si bien no tienen el mismo impacto cuando esos casos son cercanos o muy cercanos, se entienden como un precio indefectiblemente que hay que pagar. Desde las significaciones, la salud colectiva es un posible freno del desarrollo; principalmente en su aspecto entendido de generador de confort**.** En Santa Fe los hallazgos dan cuenta parcialmente, que más allá del reconocimiento de los factores de riesgo, la dificultad se establece en la posibilidad de encontrar un ámbito donde dirimir la encrucijada (Beck, 1998) entre la ponderación de la salud y los ingresos económicos.

Desde el punto de vista ambiental, como señalamos anteriormente, las poblaciones de menos de 5000 habitantes poseen una morfología espacial homogénea y hallamos que la esfera social suele encontrarse en estrecha conjunción con la estructuración de las funciones y la distribución de roles. Hasta el momento se identificó que un criterio que también caracterizaría a este tipo de poblaciones es la limitación de desempeñar casi exclusivamente dos funciones económico-políticas ya descritas por Karl Marx (2003) a fines del siglo XIX: vender y comprar fuerza de trabajo. Esta situación, sumada a la escasa distancia espacial y las relaciones afectivas -y hasta consanguíneas- que se generan, obstaculiza las posibilidades de cambio, debido esencialmente a las altas probabilidades de que un cambio en los roles económicos desencadenado por conflictos entre el ambiente y la salud apareje como consecuencia inmediata la disminución de ganancia (parciales o totales) de los dueños de los medios de producción, o de la baja de ingresos y/o pérdida de los puestos de trabajo. Quienes en principio podrían ubicarse por fuera de esta *encrucijada* (Beck, 1998) (docentes, médicos, enfermeros, funcionarios o empleados comunales, etc.), no lo logran en su totalidad, ya que familiares o amigos sería los perjudicados, también porque además ellos mismo tienen o podrían tener otras participaciones en las funciones descritas por Marx. Hay una particular ecología política de concebir los recursos de la naturaleza y el desarrollo, que determina la marcha del Estado y condiciona la salida de un modelo exclusivamente extractivista o, como se denomina actualmente, neoextrativista (Gudynas, 2012). Parecería que en este

tipo de pequeñas poblaciones se configuran ambientes sociales que se traducen en *encrucijadas trágicas* (Ulloa, 1995) que no permiten el surgimiento de terceros de apelación ante los riesgos ambientales sanitarios, hecho que también repercute en el sufrimiento psíquico general de la comunidad; lo que nos lleva a reflexionar sobre la condición de dependencia mercantil de la naturaleza: captura de renta que condicionaría la organización de las actividades económicas y del Estado.

Bibliografía

Auyero, J. y D. Swistun (2008) *Inflamable: Estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Baldi López, G., y García Quiroga, E. (2005) Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental. *Universidades,* (30), 9–16. Libro Beck, U (1998) *Políticas ecológicas en la edad del riesgo: antídotos*. Barcelona, España: El Roure.

Bernstein, P. L., y Boggs, J. (1997*). Against the gods. The remarkable story of risk.* Toronto, Canada: Willey.

Borsotti, C, (2009) *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas.* Buenos Aires, Argentina: Ed. Miño y Dávila.

Brown, P y R. Barret (2009). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Nueva York, USA: McGraw-Hill Higher Education.

Burns, W. J., y Slovic, P. (2012). Risk perception and behaviors: Anticipating and responding to crises. *Risk Analysis*, *32*(4), 579-582. https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2012.01791.x

Castoriadis, C., Domenach, J. M., y Massé, N. (1979). *El mito del desarrollo.* Barcelona, España: Kairós.

Cornejo Cansino, M., Faúndez, X. y Besoain, C. (2017). El análisis de datos en enfoques biográficos-narrativos: desde los métodos hacia una intencionalidad analítica. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, *18 (1)* doi:http://dx.doi.org/10.17169/fqs-18.1.2491

Denzin, N Lincoln, Y. (2012) *El campo de la investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.

Domingo, M. N., Picone, L. I., Videla, C. C., y Maceira, N. (2013). Volatilización de amoníaco y emisiones de dióxido de carbono a partir de un sistema intensivo de producción de carne. *Ciencia Del Suelo*, *31*, 107–118.

Durkheim, E. (1992). *El suicidio*. Madrid, España: Ediciones Akal.

Enress (1999) Estado de Situación del Servicio de Agua Potable en la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: http://www.enress.gov.ar/docs/EstadodeSituaci%C3%B3nServiciosde AguaPotable.pdf

Flynn, R., Bellaby, P., y Ricci, M. (2006). Risk perception of an

emergent technology: the case of hydrogen energy. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 7 (1)* doi:http://dx.doi.org/10.17169/fqs-7.1.58

Girardo-Mora, C. (2009) Persistencia de las Representaciones Sociales del cáncer de Mama. *Salud Pública, 11* (4), 514-525.

González, Lilián, y Hersch, Paul (1993). Aportes para la contrucción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública de México, 35*(4),393-402 do: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10635409

Gudynas, E. (2012). Estado compensador y nuevos extractivismos: Las ambivalencias del progresismo sudamericano. *Nueva sociedad*, (enero-febrero, 237), 128-146.

Gras, C. Y Hernández, V. (2008). Modelo productivo y actores sociales en el agro argentino. *Revista Mexicana de sociología, 80* (2), 227-259.

Grosso, S.; Bellini, M.E.; Questa, L.; Guibert, M.; Lauxman, S. y Rotondi, F. (2010) Impacto de los *pools* de siembra en la estructura social: Una aproximación a las transformaciones en los espacios centrales de la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista de Estudios Regionales y Mercado de Trabajo* (6), 115-138.

Hernández Sampieri, R. (2007) *Metodología de la Investigación*. Bogotá, Colombia: Ed. McGraw-Hill.

Kassam, A., Friedrich, T., Derpsch, R., Lahmar, R., Mrabet, R., Basch, G., Serraj, R. (2012). Conservation agriculture in the dry Mediterranean climate. *Field Crops Research, 132*, 7–17.

Klinke, A., y Renn, O. (2002). A new approach to risk evaluation and management: risk-based, precaution-based, and discourse-based strategies. *Risk Analysis*, *22*(6), 1071–1094.

Landini, F. Beramendi, M y Vargas G.L. (2019) Uso y manejo de agroquímicos en agricultores familiares y trabajadores rurales de cinco provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública, 10*(38): 22-28.

Lupton, D. (1999). *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives*. Londres, Inglatera: Cambridge University Press.

Loewenson *et al.*, 2014. Esta citado en pie de página 6 y no en bibliografía

Marris, C.; Langford, I.; Saunderson, T. y O'riordan, T. (1997). Exploring the «Psychometric Paradigm»: Comparisons between aggregate and individual analyses. *Risk Anal 17*(3): 303-312.

Marx, K (2003) *El 18 brumario de Luis Bonaparte*. Madrid, España: Fundación Federico Engels.

Monteza, S.; Vera, L. y Gálvez, N. (2014) Representación Social

del Cáncer: Un Estudio desde la perspectiva del adolescente diagnosticado con Leucemia – Chiclayo, Perú. *Salud y Vida Sipanense 1* (1): 38-50.

Montero, I.; Leon, O.; (2007) Guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology,7* (3), 847-862.

Peluso, F. (2003) La percepción del riesgo ambiental. *Gerencia Ambiental*, 466: 1 – 4.

Porras Contreras, Y. (2016) Representaciones sociales de la crisis ambiental en futuros profesores de química. *Ciencia Educativa Bauru 22* (2): 431-449.

Ricoeur, P. (1995). *Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido*. México: Siglo XXI.

Robert, S., Santangelo, F., Albornoz, I., y Dana, G. (2009). *Estructura del feedlot en Argentina-Nivel de asociación entre la producción bovina a corral y los titulares de faena.* Buenos Aires, Argentina: IPCVA-CEPAL.

Rodriguez, U. y Paba, C. (2013). Representación social de la crisis ambiental. *Psicogente, 16* (29): 84-102.

Rohrmann, B. (1998) The risk notion: epistemological and empirical considerations. En: Sabino, C. (1986) *El proceso de investigación (154)*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Humanitas.

Sabino, C (1986) *El proceso de investigación (154)* Buenos Aires, Argentina: Ed. Humanitas

Seehaus, M (2019) *Análisis socio-ambiental del uso de plaguicidas agrícolas en el municipio de Oro Verde (Entre Ríos, Argentina). Percepción de la población y cuantificación de la depositación atmosférica de plaguicidas* (Tesis de Maestría) Facultad de Agronomía UNER, Entre Ríos. Argentina.

Smith, N., Cebulla, A., Cox, L., y Davies, A. (2006). Risk Perception and the Presentation of Self: Reflections from Fieldwork on Risk. *Forum Qualitative Sozial forschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 7,* No 1. doi: https://doi.org/10.17169/fqs- 7.1.54.

Solé Arqués, R. y Cruz Piqueras, M. T. (2000) Percepción de riesgos ambientales: estudio cualitativo realizado en la zona del vertido tóxico de Aznalcóllar, *Gaceta Sanitaria 14* (3): 226-232.

Staffolani, C. (2018) Prácticas y representaciones sociales. En: Staffolani, C. y Otros, *Antropología. Herramientas de la Antropología para el campo de la Salud Mental (239).* Paraná, Argentina: Editorial Uader.

Staffolani, C. y Enria, G. (2018) El pensamiento mágico en la percepción del VIH/Sida y la búsqueda de su cura. En:

Staffolani, C. y Otros, *Antropología. Herramientas de la Antropología para el campo de la Salud Mental (239)* Paraná, Argentina: Editorial Uader.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona, España: Paidós.

Thacker, S. B. *et al.* (1996) Surveillance in environmental Public Health: Issues, Systems and Sources. *Am J Public Health* 86: 633- 638.

Trimano, L y Emanuelle, P (2012) Representaciones sociales y prácticas ciudadanas en la comunidad rural: Un aporte desde la comunicación estratégica, *Revista Latina de Comunicación Social* (67): 494-510.

Tulloch, J. y Lupton, D (2003) *Risk and Everyday life.* Londres. UK: Sage Publications.

Ulloa, F. (1995) *Novela Psicoanalítica*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ursino, S. (2012) Representaciones sociales de la contaminación ambiental y prácticas espaciales en barrios periféricos de la localidad de Dock Sud, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Augmdomus* 4: 103-117.Vasilachis, I. (2014) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.

Riesgo, Espacio y Salud: Reflexiones en torno a la tuberculosis como problemática de salud pública de las ciudades

ANDRÉS MARTÍN PEREIRA*

Introducción

La presente ponencia forma parte de una investigación más amplia en torno a la incidencia de la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires en el período 2017-2020 que fue seleccionada dentro de la convocatoria de "Salud Investiga" en el año 2019, realizada por la Dirección de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud de la Nación. Más específicamente el proyecto general, del cual esta ponencia forma parte, se centra en un Área Programática delimitada que integra un Hospital General de Agudos del subsector público del sistema de salud.

El objetivo principal del presente escrito reside en la revisión bibliográfica para la incorporación de herramientas teóricas que permitan complejizar la dimensión espacial de la tuberculosis entendida como proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado (Michalewicz, Pierri y Ardilla Goméz, 2014). Como primer caso intentaremos visibilizar las particularidades de este tipo de padecimiento considerado como una metáfora (Sontag, 2012) para visibilizar procesos sociales e históricos. A partir de este punto tomando a la tuberculosis (TB) una problemática de salud pública y como objeto de intervención intentaremos abordar el interrogante: ¿Cuáles son aquellas variables

* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Maestría de Políticas Ambientales y Territoriales.

o perspectivas que nos permiten repensar la dimensión espacial de los obstáculos para las "metrópolis saludables" (Rovere, 2007)?

Como segundo objetivo de la ponencia, a partir de un análisis exploratorio de las diferencias conceptuales entre medio ambiente, naturaleza y territorio como herramientas teóricas propias de la geografía, nos proponemos problematizar supuestos tácitos en los saberes e intervenciones en torno a una problemática de salud pública específica. Desde una lectura crítica de las categorías dominantes de la modernidad occidental eurocéntrica, pretendemos incorporar una perspectiva de la "colonialidad de la naturaleza" (Escobar, 2010) que nos permita problematizar las conceptualizaciones acerca de la salud y repensar la lógica de las intervenciones. En relación a este último punto nos detendremos en el cuestionamiento de las prácticas de planeamiento y planificación dentro de los paisajes pos-políticos (Swyngedouw, 2011), para luego incorporar una perspectiva territorial como un paso para la repolitización de la relación entre la salud y el ambiente.

Como tercer punto de este escrito, colocaremos el foco sobre las particularidades de la tuberculosis como uno de los padecimientos que afectan a las poblaciones urbanas y al mismo tiempo como efecto del proceso de urbanización en el escenario de la Ciudad de Buenos Aires y su Área Metropolitana. La conformación de las ciudades y áreas metropolitanas latinoamericanas puede ser leída por un lado como proceso histórico de conformación de inequidades sociales y sanitarias. Desde la vinculación entre hábitat urbano y salud realizaremos una lectura de los "archipiélagos" (N/A, 2010) que conforman un espacio fragmentado y productor de vulnerabilidad sociodemográfica (Rojas *et al.*, 2008).

En cuarto lugar se analizará el proceso de construcción social del riesgo (Beck, 2000) en relación al análisis espacial y epidemiológico de la tuberculosis en un contexto urbano poniendo en diálogo los sentidos del término "riesgo" como objeto de análisis propio de la epidemiología (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009). En este marco introduciremos desde una perspectiva que incorpore la complejidad (Rojas *et al.*, 2009), una mirada sobre las configuraciones de la vulnerabilidad global.

Finalmente, la presente ponencia pretende aportar elementos conceptuales que permitan construir interrogantes como elementos de una mirada crítica sobre los datos construidos por la vigilancia epidemiológica en específico, y en un sentido más amplio sobre la implementación de políticas públicas en salud en escenarios urbanos caracterizados por fuertes inequidades sociales.

Representaciones del espacio urbano y la tuberculosis

La TB como padecimiento de la salud cargado de significaciones ha sido objeto del interés de investigaciones en el marco de las relaciones entre cultura, historia y salud (Armus, 2007). Si bien no es el objetivo de esta ponencia realizar una revisión exhaustiva, sí cabe mencionar algunos enfoques que se han centrado en la fuerte carga de sentidos que intentan observar más allá de la TB a partir de un trabajo de interpretación y análisis de sus metáforas (Sontag, 2012). Este tipo de perspectivas, como herramientas de trabajo, nos permiten hacer referencia a las transformaciones en los procesos poblacionales, sociales y culturales en la forma de convivir y dar respuesta a este particular proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a lo largo del tiempo. Desde este punto podemos problematizar las respuestas colectivas, institucionales y las políticas públicas para la TB incorporando la dimensión histórica de los sentidos y las percepciones asociados al padecimiento.

La problemática de la TB en la actualidad, como problemática del campo de la salud pública, se encuentra asociada a características específicas en escenarios caracterizados como las grandes ciudades latinoamericanas por organismos internacionales (OPS, 2017). En la descripción de estos escenarios se concibe a las grandes ciudades latinoamericanas y sus periferias, como espacios habitados por poblaciones en situación de pobreza extrema entendida como la combinación de múltiples condiciones que facilitan la diseminación de la infección y su desarrollo.

La identificación en los ambientes urbanos, entendidos como "*oikos* construidos" (Rovere, 2007), de aquellos factores protectores o de riesgo para la TB resulta un línea de trabajo para repensar intervenciones concretas ¿Cómo operativizar la compleja relación entre ambiente urbano y salud en el caso de la TB? Algunos estudios señalan la necesidad del análisis del transporte, las condiciones de la vivienda y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica como variables en las que se puede identificar una asociación a la no adherencia al tratamiento de la TB (Herrero *et al.*, 2015). Otros analizan el amparo económico como forma de mejorar la adherencia al tratamiento (Chirico, 2019). Consideramos que el aporte de la metodología cuantitativa y el análisis espacial en dialogo con perspectivas hermenéuticas e históricas es un camino a transitar para repensar los obstáculos en las intervenciones y políticas de la TB. En relación a este último, punto un paso necesario es la identificación de aquellas variables asociadas a la accesibilidad entendida como articulación conflictiva entre los equipos de salud y los/as usuarios/as (Landini *et al.*, 2014).

Territorio y Ambiente

Tanto el concepto de salud como el de ambiente pueden pensarse como significantes vacíos (Swyngedouw, 2011) sobre los que resul ta posible identificar una serie de sentidos que orbitan en busca de dominar su centro. Por un lado la salud ha sido definida históricamente como una condición individual de ausencia de enfermedad. En el transcurso histórico de esta definición es posible reconocer la incorporación de las dimensiones bio-psico-sociales que proponen una definición por la positiva y que persiguen incorporar factores que complejicen el fenómeno. Una tercera concepción de la salud la reconoce como una capacidad de lucha para el cambio de las condiciones de vida en las que las personas y los actores sociales desarrollan su vida cotidiana (Ferrandini, 2011). Esta última perspectiva añade elementos propios de los procesos históricos y sociales, de la historia y la cultura como elementos que determinan a la salud como concepto procesual y subjetivo. Ya no se trataría de una adición de elementos, sino que la salud es más que la suma de sus partes. En esta dirección podemos encontrar una similitud con los desarrollos de la epidemiología como disciplina que caracterizan al "efecto salud" (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009) como resultante de procesos poblacionales y sociales que pueden estudiarse en el tiempo y en el espacio (entre poblaciones distintas).

En relación al concepto de ambiente resulta interesante reconocer la "colonialidad de la naturaleza" (Escobar, 2010) entendido como un proceso epistémico que impone las visiones occidentales mecanicistas de la racionalidad moderna como proceso global inevitable. Si bien se ha cuestionado el discurso que identifica a la modernidad como edificio homogéneo y global omnipresente a partir de la identificación de procesos de desarrollo alternativo, modernidades alternativas y alternativas a la modernidad (Escobar, 2010) nos queda la pregunta: ¿Qué supuestos podemos encontrar implícitos, más allá de la complejidad que se desprende entre los términos desarrollo, globalización y modernidad, en las ideas de ambiente y naturaleza? Entre los supuestos implícitos de esta concepción de la naturaleza y del ambiente, propios de la modernidad occidental eurocéntrica, subrayamos por un lado las visiones esencialistas de la naturaleza como ajena al dominio de lo propiamente humano, y por otro lado la subalternización de todas las articulaciones entre la biología y la historia, la naturaleza y la cultura no occidentales. ¿Por qué suponer que existe un quiebre entre el mundo de la naturaleza y la cultura? En este interrogante podemos encontrar fuertes cuestionamientos a la racionalidad occidental dominante que dan lugar a propuestas de identificación de objetos y entidades insertas en la continuidad entre lo humano y lo no humano (Latour,

2004). De esta forma la naturaleza y el ambiente como conceptos ahistóricos son el resultado de asociaciones y agrupamientos realizados a partir de la participación humana. En esta dirección el ambiente y la naturaleza no son ajenos, anteriores y exteriores a la cultura y la historia. Todo *oikos* es una construcción social.

En la definición de la salud ambiental como concepto seidentifica una fuerte vinculación histórica con el desarrollo de las ciencias de la salud. Un primer punto reside en las teorías miasmáticas que a partir de la comparación de factores ambientales (aires, aguas, climas, etc.) identificaban su influencia en la salud de las poblaciones (Glacken, 1996:27). Un segundo punto podemos vincularlo con algunos de los grandes procesos históricos que modificaron a las poblaciones humanas y su ambiente: la urbanización acelerada y la conformación de las grandes ciudades, la industrialización y la conformación de los Estados-Nación. En el marco de la complejidad de estos procesos se destacan dos movimientos: el higienismo y la medicina social. El primero se refiere a una preocupación por los estados nacionales de garantizar un ambiente urbano saludable (top down) y en el segundo caso a la incorporación de la salud en las demandas de las organizaciones de trabajadores y obreros (bottomdown) (Machado de Freitas y Firpo Porto, 2006). En ambos casos el ambiente afecta la salud de la población a partir del deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, el quiebre entre lo social y el ambiente es un supuesto subyacente en tanto las condiciones de trabajo y de vida afectan de forma exterior a la salud de las poblaciones. Y en segundo lugar aquellos saberes y experiencias que proponen otro tipo de articulaciones entre lo biológico, lo humano y lo suprahumano quedan excluidos de la comprensión de la relación entre la salud y el ambiente.

A partir de visibilizar los supuestos y representaciones de la naturaleza y el ambiente que subyacen en las conceptualizaciones de la salud, una herramienta conceptual que abre nuevas miradas es el concepto de *territorio*. Este concepto nos permite identificar las mediaciones espaciales que proporcionen un control sobre la reproducción de los grupos sociales (Haesbaert, 2011). La salud pública históricamente se ha desempeñado como campo de saberes en esa dirección, cuyo objetivo es evitar los padecimientos que recaen sobre las poblaciones. Tomando en consideración la territorialidad como proceso multiescalar y multidimensional (material, económico, político, simbólico, relacional) podemos observar una perspectiva integradora (Haesbaert, 2011: 64) para una lectura crítica de las intervenciones sanitarias desde una perspectiva que incorpore las mediaciones que intervienen en la producción de territorialidades en la apropiación y disputa del espacio.

Tomando en cuenta el contexto actual en donde la cuestión ambiental se ha convertido en un elemento ineludible de cualquier agenda de gobierno es necesario remarcar el efecto que produce la proliferación de las "ecologías del miedo" (Swyngedouw, 2011). La narrativa ambiental contemporánea reproduce imágenes pobladas de peligros y amenazas perturbadoras para las sociedades urbanas del siglo XXI entre las que podemos mencionar la producción descontrolada de basura, las grandes devastaciones producidas por grandes accidentes de la naturaleza y la proliferación de enfermedades infecciosas. Frente a esta situación, la salud ambiental se convierte en un campo para la implementación de dispositivos técnico-científicos-administrativos de planeamiento y planificación que producen una despolitización no solo de la naturaleza sino también de la salud. Asimismo, un segundo efecto que podemos subrayar resulta complementario al anterior: sea la naturalización de las políticas en un régimen policial siguiendo a Rancière o sea la gubernamentabilidad siguiendo a Foucault (Swyngedouw, 2011), la contracara es la naturalización de lo posible. La imposición de un orden que permita la construcción del consenso en torno a los problemas, objetivos y medios para intervenir en térmi nos de salud produce un efecto de invisibilización del disenso. Las políticas participativas en este marco se presentan como principales herramientas de construcción de un régimen policial que naturaliza el ordenamiento de las relaciones sociales, los recursos, la distribución espacial y la identificación de los problemas prioritarios. Podemos traer como ejemplo a la vigilancia epidemiológica, aquella práctica que tiene por función el monitoreo y la construcción de conocimientos sistemáticos sobre la distribución de los padecimientos y los factores de riesgo en las poblaciones, como una tecnología de control que produce un conocimiento experto para garantizar el gobierno y la gestión de los servicios de salud. El proceso de construcción de los datos se presenta como técnico y al mismo tiempo invisible, incuestionado.

¿Cómo pensar entonces intervenciones que permitan trascender el acto violento de la negación de lo existente previamente (Swyngedouw, 2011)? ¿Hay algo que resulte posible realizar frente a las contradicciones señaladas en relación a los regímenes policiales de gestión o será que nada es posible? ¿No es acaso la inacción capaz de ser caracterizada como una acción por omisión? ¿Habría una forma de no intervenir desde los equipos de salud sobre los padecimientos de las poblaciones?

¿Cómo considerar la posibilidad de una práctica de planificación que incorpore al disenso como elemento fundamental para la participación democrática y real de las poblaciones sobre su propia salud? El concepto de territorio (Haesbaert, 2011), múltiple en sus dimensiones

y escalas, puede permitir una mirada reflexiva sobre las propias prácticas que permita vislumbrar las formas de integración de saberes en una "contra-labor" (Escobar, 2010) para la construcción de miradas desde las "ecologías de las diferencias" (Escobar, 2010). El armado de un tejido con lógicas y prácticas de vida no modernas en dialogo con los discursos dominantes puede ser un camino para la repolitización de las prácticas en salud urbano.

Urbanización y Salud

Específicamente la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano Bonaerense se identifican como espacios atravesados por procesos de fragmentación y superposición de jurisdicciones en el proceso histórico de conformación de un sistema de salud público considerado inequitativo (PNUD, 2011). La descentralización en niveles gubernamentales (nacionales, provinciales y municipales) y en sectores (público, privado y seguridad social) presenta grandes obstáculos para la articulación de las intervenciones en salud frente a problemas poblacionales. La observación del entrecruzamiento de las "relaciones intergubernamentales" (Chiara, 2018), entre los distintos niveles y dependencias estatales de gobierno en salud, resulta un elemento iluminador en la comprensión de la conformación histórica de los servicios y políticas de salud.

Otro punto a subrayar es que la fragmentación de los equipos de salud ocurre al mismo tiempo y en el marco de patrones masivos de diferenciación poblacional que caracterizan los procesos históricos de urbanización. Estos patrones producen una amplia gama de condiciones socioespaciales (Brener y Schmid, 2016) que dificultan la integración. Los ambientes considerados urbanos, complejos y heterogéneos, involucran elementos que reproducen inequidades y factores asociados a la TB que se traducen en la formación de distribuciones espaciales con forma de archipiélagos (N/A, 2010). Estos conjuntos conformados por la población vulnerable y/o afectada por la TB, forma un mapa de islas dispersas y fragmentadas que son una parte de una dinámica de reproducción de la gran ciudad en términos generales:

> *"Puede llamarse ciudad-archipiélago a esta forma urbana, porque no es el mero resultado del crecimiento de la desigualdad y la miseria, sino de un conjunto de cambio sistémicos que ha generado una lógica urbana que ya no requiere de la integración (en el mercado o en el espacio público) como forma de reproducción eficiente…"* (Gorelik, 2015:62)

Los procesos de movilidad cotidiana y distribución de los grupos sociales en el espacio urbano en conjunto con la fragmentación del

sector salud, resultan en la producción de vulnerabilidades sociodemográficas en relación a la TB y no solo frente a este padecimiento. En este punto un desafío es analizar los procesos no lineales de reproducción social y espacial como productores de facetas protectoras o destructivas para los grupos sociales (Rojas *et al.*, 2008) en relación a su salud. En este sentido la determinación del riesgo y la vulnerabilidad pueden resultar en herramientas conceptuales útiles en combinación con el análisis histórico.

Desde la categoría de riesgo a la vulnerabilidad

En el marco de la identificación de la salud como un campo en donde se producen intervenciones a partir de procesos de planeamiento y planificación pos políticos (Swyngedouw, 2011), un elemento de análisis fundamental para una lectura crítica es el concepto de riesgo. En el ámbito de la salud el desarrollo de intervenciones preventivas y de protección de la salud dependen de varias definiciones: una de ellas es la del riesgo (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009). La aproximación probabilística y operacional del riesgo conlleva a una lógica pragmática que determina las intervenciones y la evaluación de las mismas sin necesidad de problematizar supuestos.

Este marco forma parte de una racionalidad que no aporta necesariamente certeza, confianza o tranquilidad en relación a la salud. Los desarrollos en la epidemiología del riesgo han dado lugar a pseudo predictores: los factores de riesgo como sinónimos de peligrosidad que provocan una homogenización de la particularidad de los procesos históricos de desarrollo de los padecimientos en las poblaciones. A partir de una asimilación acrítica de lo probable, el dispositivo estadístico-epidemiológico, produce diagnósticos determinísticos y homogeniza las particularidades en el tiempo y en el espacio. Este desdibujamiento entre las personas/poblaciones sanas y las enfermas encaja en el modelo de la "sociedad del riesgo" (Beck, 2000) en donde domina una moralidad matematizada (Beck, 2000:12) que combina de manera tácita la lectura de los riesgos con las definiciones y percepciones culturalmente considerados aceptables. En este punto es necesario señalar que no existe riesgo sin una percepción histórica-social- cultural del mismo como (in)tolerable.

En este sentido el análisis y cuantificación del riesgo, es decir, las consecuencias potenciales, es un elemento para abordar el impacto de un suceso peligroso. Sin embargo, esto produce fragmentación como efecto a partir de la consideración de estos elementos como variables separadas una de la otra. Este efecto dificulta la incorporación de perspectivas que se propongan recuperar una mirada integral del fenómeno ¿Cómo realizar análisis que permitan una mirada más amplia del

fenómeno? En esta dirección un elemento a considerar como parte de respuesta, además del riesgo, es considerar la capacidad para soportar el impacto (resiliencia) por parte de los grupos sociales y poblaciones (Rojas, 2004). Esta dimensión permite comprender el impacto más allá del riesgo en los diferentes grupos sociales expuestos a la TB.

La incorporación de la categoría de vulnerabilidad global (Rojas *et al.*, 2008) en el análisis de los determinantes sociales de la distribución de la TB en la población es otro elemento a considerar. Esta categoría implica realizar una síntesis comprensiva de las múltiples dimensiones involucradas (fragilidad, resiliencia, exposición) en las susceptibilidades de las poblaciones al daño a la salud y al cuidado (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009) ¿Qué saberes y relaciones están vinculados pragmáticamente a la vulnerabilidad global? ¿Qué intervenciones pueden diseñarse en la búsqueda de respuestas a estos interrogantes? En este punto la incorporación de estas dimensiones puede permitir comprender la construcción social del riesgo en conjunto con la dimensión histórica y particular de las respuestas organizadas frente a la TB.

Consideraciones finales

A lo largo de esta ponencia hemos propuesto la revisión de herramientas teóricas que nos permitan ampliar nuestra perspectiva sobre una problemática de salud pública y a su vez sobre las intervenciones que se despliegan como intento de respuesta en un escenario urbano.

A partir de la revisión de conceptos propios de la geografía en el marco de los procesos de urbanización, nos hemos centrado en el dialogo entre el ambiente urbano y la salud en el caso específico de la TB en Buenos Aires como Área Metropolitana. Poniendo el ojo en la despolitización como efecto de la matriz colonial sobre las que se planifican las políticas públicas en salud, planteamos el interrogante sobre las otras miradas que pueden complementar los abordajes y repensar los roles desde una ecología de las diferencias.

En la observación de los supuestos subyacentes de los análisis del riesgo que fragmentan en múltiples elementos la complejidad de la realidad, reconocemos el efecto de la colonización del presente por un futuro que podría ocurrir en el marco de una lógica de control que presupone un horizonte amenazante ¿Cómo llevar adelante una revisión que permita un conocimiento epidemiológico reflexivo que permita la acción participativa en pos de la salud? ¿Qué datos necesitamos construir para la reducción de la TB en un escenario urbano fragmentado y poblado de inequidades? ¿Cómo repensamos nuestras intervenciones considerando el espacio desde una lógica territorial? El reconocimiento de saberes mediadores que permitan una mirada

sobre la vulnerabilidad social de las poblaciones, la caracterización de las susceptibilidades al daño y las capacidades protectoras de los grupos sociales, puede abrir a un dialogo que permita que *la jaula de la modernidad se abra* en búsqueda de nuevas modernidades (Beck, 2000).

Bibliografía

Almeida Filho, Naomar de; Castiel, Luis David; Ayres, José Ricardo (2009): Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, 323-344.

Armus, Diego (2007): La Ciudad Impura. Buenos Aires. Edhasa. Beck, Ulrich (2000): "Retorno a la teoría de la `sociedad del riesgo´", Boletín de la AGE N° 30, 9-20.

Brenner, Neil, &Schmid, Christian. (2016). La "era urbana" en debate. EURE (Santiago), 42(127), 307-339. Recuperado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0250-71612016000300013

Chiara, Magdalena (2018) La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011. Ediciones UNGS. Los Polvorines. Buenos Aires.

Chirico, Cristina, Iannizzotto, Alejandra, Hugo Telles, Juan Valiante, Silvia Rojas y Mirta Etchevarria (2019): El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Recuperado en: https://www.siicsalud.com/dato/experto. php/159135

Escobar, Arturo (2010): Territorios de diferencia: lugar, movimientos, vida, redes. Bogotá: Envión Editores, 2010. Capítulos: "Naturaleza" (pág. 133-182) y "Desarrollo", 183-229.

Ferrandini, D. (2011). Salud: opciones y paradigmas. Recuperado de: https://investigacion-salud.buenosaires.gob.ar/pluginfile. php/3404/mod_resource/content/5/Ferrandini paradigmas.pdf

Glacken, Clarence (1996): Huellas en la playa de Rodas. Naturaleza y cultura en el pensamiento occidental desde la Antigüedad hasta finales del siglo XVIII, Barcelona: Ediciones del Serbal. Prefacio, pág. 27-35. Capítulo 13, El medio, la población y la perfectibilidad del hombre, pág. 571-599. Capítulo 14, La época del hombre en la historia de la naturaleza, 600-646.

Gorelik, Adrián (2015) "Ensayo introductorio. Terra incógnita. Para una comprensión del Gran Buenos Aires como Gran Buenos Aires". En Gabriel Kessler (dir.) *Historia de la Provincia de Buenos Aires*. *El gran Buenos Aires*. Tomo 6. Buenos Aires: Editorial Edhasa.

Haesbaert, Rogério ([2004] 2011), "Cap. 2 Definir territorio para

entender la desterritorialización. “Cap. 5 Múltiples dimensiones de la desterritorialización”, “Cap. 7 Territorios, redes y aglomerados de exclusión”. El mito de la desterritorialización. Del fin de los territorios a la multiterritorialidad. México, DF: Siglo XX, 31-83, 141-193, 231-278.

Herrero, María Belén, Arrossi, Silvina, Ramos, Silvina, & Braga, JoseUeleres. (2015). Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. Revista de Saúde Pública, 49, 49. EpubAugust 07, 2015. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100231&script=sci_arttext&tlng=es

Landini, Fernando, Cowes, Valeria Gonzalez, & DAmore, Eliana. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Cadernos de Saúde Pública, 30(2), 231-244. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000200231&script=sci_abstract&tlng=es

Latour, Bruno (2004): Políticas da natureza. Como fazerciênciana democracia. São Paulo: EDUSC Cap. 1.: Por que a Ecologia Política nãosaberia conservar a natureza?, 25-105

Machado de Freitas, Carlos y Firpo Porto, Marcelo (2006): Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.

N/A (2010): Hábitat Urbano y Salud (2010): Revista Posibles N° 6. Recuperado en: https://elagoraasociacioncivil.wordpress.com/revista-posibles/

Organización Panamericana de la Salud (2017): Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas. Recuperdoen: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires.

Rojas, María del Carmen (2004): Cuaderno Urbano N° 4, 145- 174, Resistencia, Argentina. Recuperado en: http://revistas.unne. edu.ar/index.php/crn/article/view/1763

Rojas, María del Carmen, Meichtry, Norma Cristina, Ciuffolini, María Beatriz, Vázquez, Juan Carlos, & Castillo, Julio. (2008). Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. Salud colectiva, 4(2), 187-201. Recuperado en 14 de septiembre de 2019, de http:// www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851- 82652008000200009&lng=es&tlng=es

Rovere, Mario (2007): ¿Pueden ser las metrópolis saludables?

Informe digital metropolitano. N° 34. Recuperado en: http://saludambientalpl.blogspot.com/p/biblioteca.html

Sontag, Susan ([1977] 2012): La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas. Buenos Aires. Editorial DEBOLSILLO.

Swyngedouw, Erik (2011): "¡La naturaleza no existe! La sostenibilidad como síntoma de una planificación despolitizada". Urban No1, 41-66.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 11

Procesos de salud /enfermedad / atención /cuidados en migrantes y refugiados/as

Coordinadorxs

- Alejandro Goldberg, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras UBA/CONICET.
- María Florencia Linardelli, Instituto de Estudios de Género y Mujeres, Universidad Nacional de Cuyo.

Comentaristas

- Brígida Baeza, Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia (UNPSJB)/CONICET.
- Lila Aizemberg, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba/CONICET.

Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba (Bolivia) en las ciudades de Comodoro Rivadavia (Chubut), Caleta Olivia (Santa Cruz) y Colonia Caroya (Córdoba)

BRÍGIDA BAEZA*, LILA AIZENBERG**
Y LORENA SALETTI-CUESTA**

Introducción

Proponemos el análisis de los itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba y Tarija (Bolivia) en las ciudades de Comodoro Rivadavia (Chubut), Caleta Olivia (Santa Cruz), y Colonia Caroya (Córdoba). Desde una perspectiva cualitativa, analizamos los datos obtenidos a partir de sus testimonios y de quienes las "atienden" y cuidan dentro y fuera del sistema público de salud. Hemos estudiado diversas problemáticas asociadas a las barreras sanitarias (Aizenberg y Baeza, 2017; Baeza, Aizenberg y Barria Oyarzo, 2019) y a diversos condicionantes que se presentan en la atención y cuidados sanitarios a los que se ven sometidas las mujeres migrantes que provienen del sector rural cochabambino y que en gran parte se trata de quechuablantes que comienzan su proceso de aprendizaje del idioma español en las ciudades de la Cuenca del Golfo San Jorge (Comodoro Rivadavia y/o Caleta Olivia) y en el centro y la periferia de la ciudad de Córdoba.

En las múltiples dificultades y obstáculos que las mujeres migrantes deben ir sorteando se encuentra la posibilidad de recurrir al autocuidado, a la pesquisa de soluciones a través de prácticas que traen

* CONICET/UNP.
** CIECS-CONICET/UNC.

desde sus lugares de origen, así como de redes con otros lugares de residencia de sus paisanxs o bien a redes establecidas con familiares del lugar de origen. Entre estas posibilidades se encuentra la consulta y el seguimiento de tratamientos vinculados a prácticas curanderiles a la cual no sólo acuden migrantes sino también la población nativa ligada al mundo rural mapuche-patagónico o bien semi-rural cordobés. Además de activar una serie de dispositivos que forman parte de los conocimientos que "todas" dominan o se encuentran en camino a dominar, tal como el empleo de plantas y hierbas curativas o determinados rituales de curación. De este modo, orientaremos el análisis no sólo de los itinerarios terapéuticos sino también del pluralismo asistencial presente en los casos que nos encontramos indagando desde una perspectiva etnográfica en dos ciudades patagónicas –de mediana escala- de la Cuenca del Golfo San Jorge y en una comunidad semirural como lo es Colonia Caroya (Córdoba). Estos itinerarios terapéuticos, aunque transitan por terrenos divergentes, están atravesados por dos determinantes sociales de relevancia: a) un contexto sanitario restrictivo y expulsivo, b) un contexto de alta explotación laboral, semiesclavitud y/o precariedad de las condiciones de trabajo y de vida en general, para el caso de Colonia Caroya.

Metodológicamente intentamos situarnos desde una concepción de investigación que busca entender y reconstruir las nociones de las personas, considerando la premisa básica "…de que los datos son siempre socialmente construidos" (Ramírez Hita, 2009: 65-66). Los datos aquí presentados son producto de líneas de indagación de larga data, así como otras más recientes que se encuentran en fase exploratoria.

Acerca de sistemas, accesos y atención sanitaria en las ciudades de "la Cuenca" y en Colonia Caroya

Si bien no es nuestra intención diferenciar o establecer comparaciones sistemáticas entre los tres tipos de sistemas de salud presentes en los casos de Santa Cruz, Chubut y Córdoba, es necesario considerar al menos el modo de acceso a la atención sanitaria. Por un lado, necesitamos mencionar que en el caso de la localidad de Caleta Olivia (Santa Cruz) se accede a la atención en el sistema público de salud a través de la tramitación de un "Carnet hospitalario", o el pago de las prestaciones médicas, dado que se trata de un sistema arancelado[1].

1 En 1988 la provincia de Santa Cruz creó el fondo de asistencia financiera al sistema provincial de salud, mediante la Ley 2901, que si bien tuvo modificatorias a lo largo del tiempo, básicamente sigue sosteniendo el cobro de aranceles por atención y prestaciones médicas, a todas aquellas personas que no logren demostrar ser carenciadxs.

Sólo aquellas personas que pueden acceder al status de carenciadxs están habilitados a gozar de la atención sin aranceles. Para obtener la categoría de carenciadx es necesario realizar la tramitación del "Carnet hospitalario" para lo cual hay que realizar una serie de trámites ante AFIP y demás dependencias que demuestren ser carente de trabajo en relación de dependencia o monotributista. Entonces, el personal del sistema de salud de la ciudad de Caleta Olivia, define la atención sanitaria como *"la atención en salud es gratuita pero arancelada"* (Nota de trabajo de campo, Caleta Olivia, 12 de julio de 2019). El personal administrativo no ve como un obstáculo la existencia de la normativa mencionada, al contrario, explican los pasos a seguir tal como si se tratase de una serie de engranajes concatenados por donde las personas que necesitan del servicio de salud no pueden/deben quedar fuera. (Nota de trabajo de campo, Caleta Olivia, 12 de julio de 2019).

En términos generales, nada representaba un obstáculo para la agente sanitaria, dado que para ella y las otras personas que se encontraban presentes en la sala lo viven como algo "natural", dado que el arancelamiento estuvo "desde siempre", desde que ingresaron a su empleo en el sistema de salud. En la puerta de acceso al servicio se encuentra la lista de trámites que se deben realizar para acceder al denominado Carnet hospitalario.[2] En el caso de Comodoro Rivadavia (Chubut) el acceso es gratuito y no se cobra ningún tipo de arancel para la atención hospitalaria, a pesar de los sucesivos intentos que se produjeron desde el año 2010 no tuvo aceptación la implementación del cobro a "extranjeros" tal como se lanzó en varias oportunidades.

Además de las diferencias a nivel del acceso entre ambas ciudades patagónicas, se encuentran aquellas vinculadas a las características del "espíritu" de trabajo en lo que refiere a la Atención Primaria de la Salud. En el caso santacruceño la legislación existente refiere con énfasis a los aspectos ligados a la prevención y profilaxis del trabajo en terreno y por sobre todo se dedica un apartado especial al modo en que se distribuirán los fondos provenientes del arancelamiento y los requisitos con los que deben cumplir las personas que tendrán a cargo el "trabajo en terreno": los agentes de salud. Básicamente se solicita que el/la agente cumpla con el denominado "tiempo de residencia" (Baeza, 2009) o sea que sea nativx o que tenga 5 años de residencia[3].

---

2 En un Cartel que figura en la puerta de ingreso a la oficina de atención para la realización de los trámites del Carnet hospitalario, se detalla toda la documentación a presentar con énfasis en que en caso de "Extranjeros con precaria en mano", entre otros requisitos. Hospital Zonal de Caleta Olivia, Santa Cruz).

3 En el caso de Santa Cruz en 2018 se aprobó la Ley 3621 de fortalecimiento y

En el caso de la localidad de Colonia Caroya la atención sanitaria es pública y gratuita pero limitada desde el punto de vista de la atención y los servicios que se ofertan. Dividida por la ruta nacional 9, la localidad de Colonia Caroya se encuentra ubicada frente a la localidad de Jesús María, uno de los principales centros agrícola-ganaderos de la provincia e ícono provincial terrateniente del festival de la doma y el folclore. Colonia Caroya tiene unos 20.821 habitantes, el 21,5% de la población se encuentra en área rural y el 78,5% en urbana. A diferencia de Jesús María, la localidad de Colonia Caroya es una de las localidades con mayor porcentaje de población migrante boliviana en la provincia de Córdoba, la cual se concentra en el área rural donde se encuentran 6 cortaderos de ladrillos y 4 huertas dedicadas principalmente a la plantación de papa. En los últimos dos años, la Municipalidad ha ofrecido cerca de 20 puestos de "barrenderas" a mujeres de la comunidad, las cuales se organizan a través de una cooperativa de trabajo.

La ruta marca el límite político entre ambas ciudades y también las distancias en términos de recursos y servicios. Mientras que Je sús María concentra el principal hospital de referencia de la región del norte de Córdoba y posee un sistema de atención primaria y secundaria donde confluye el área programática y de referencia/contra referencia de la región norte de la provincia, Colonia Caroya se caracteriza por tener un sistema de salud primario dependiente de la Municipalidad organizado en 5 centros de salud (dispensarios) con recursos materiales limitados y con contrataciones de recursos humanos precarias. Estos dispensarios conviven con clínicas y consultorios privados de salud. Un trabajo previo realizado en la zona señaló que el área de salud de dicha localidad ha pasado por diversos cambios de gestión municipal lo que ha dificultado la definición de roles y la implementación de acciones a mediano y a largo plazo para el abordaje de la salud pública.

Asimismo, se evidenciaron diversos obstáculos en relación al abordaje de la violencia de género. Destacan la falta de capacitación de los y las profesionales sobre el tema, la mirada biologicista de la salud y muy especialmente la falta de políticas coordinadas e integrales

---

jerarquización de la atención primaria de la salud en la Provincia de Santa Cruz En: https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/11/15/fortalecimiento-y-jerarquizacion-de-la-atencion-primaria-de-la-salud-provincia-de-santa-cruz/ (Consulta realizada el 22 de agosto de 2019). Para el caso chubutense, la legislación provincial no hace referencia a este tipo de requisitos y si se pone énfasis en el perfil profesional. En: Organización del trabajo en terreno. Dirección de Promoción y Prevención. Secretaría de Salud. Chubut. Año 2007.

y de recursos para abordar la violencia de género en la zona (Saletti-Cuesta *et al.*, en prensa). En relación a la población migrante, las entrevistas realizadas con las profesionales de salud de Colonia Caroya dan cuenta de un sistema de salud primario que actúa principalmente en un vacío, también para abordar a esta población. Allí conviven una multiplicidad de barreras de acceso como falta de recursos humanos, alta rotación y precariedad laboral del personal sanitario, barreras idiomáticas y vinculadas a la organización expulsiva del sistema, principalmente asociadas a horarios de atención incompatibles con las necesidades y organización de las familias migrantes.

Es necesario un análisis intersectorial para comprender cómo las múltiples desigualdades sociales se vinculan en el abordaje de problemáticas de salud, muchas veces produciendo y reproduciendo inequidades (Saletti-Cuesta y Aizenberg, en prensa). El concepto de interseccionalidad aplicado a la salud ha permitido cuestionar la supuesta homogeneidad de grupos poblacionales, como por ejemplo el migrante o las mujeres víctimas de violencia, a la vez que ha destacado que la salud es el complejo resultado de las estructuras de dominación social y de discriminaciones históricas (Kapilashrami y Hankivsky, 2018). En ese sentido, complejiza la mirada para entender que, por ejemplo, una mujer blanca, de clase social desfavorecida, que vive situaciones de violencia de género es discriminada por su género y su clase, pero tiene probablemente más ventajas en relación a su etnia en comparación con una mujer migrante, de población originaria, de clase social desfavorecida que también vive situaciones de violencia de género.

Las diferencias entre Colonia Caroya, Caleta Olivia y Comodo ro Rivadavia –que no es intención analizarlas en su profundidad- se traducen en modos de acceso al sistema de salud diferenciados, que se reflejan en las historias que nos fueron compartiendo nuestrxs entrevistadxs a lo largo del trabajo de campo. En el caso de Caleta Olivia la burocratización del sistema –a pesar de que se presenta como ordenado y "amigable" en términos de atención- genera confusión y alejamiento de quienes deben realizar algún tipo de práctica médica. Aunque como veremos en el segundo apartado de esta ponencia existen similitudes entre los casos dado que las dificultades sobreviven más allá del acceso a la consulta médica o a los beneficios que otorgan determinados programas de salud. La coordinadora del APS destacó los déficits y problemas que posee el sistema de salud en Santa Cruz, con falta de profesionales, escasos incentivos y sobre todo con Centros de salud (6) provinciales donde tan sólo dos tienen médicos a cargo. Y en todos los casos quienes son directores no necesariamente son médicos, dado que son cargos políticos. Sumado a que agentes de salud no reciben formación específica para trabajar en APS.

En el mismo sentido, una médica y una enfermera de un dispensario de Colonia Caroya señalaron que el bajo nivel salarial y la falta de recursos llevaba a que los profesionales asignados, vean al siste ma primario como un trabajo provisorio a la espera de que surja una mejor oportunidad. La entrevista dio cuenta de un tipo de atención que funciona principalmente como un vacunatorio, porque "es una exigencia por el tema de la escuela entonces es como que se tienen que adaptar sí o sí por el tema del Anses" (entrevista, enfermera dispensario Colonia Caroya, 2019). A pesar de ser el principal servicio ofrecido, el dispensario carece de una heladera para el guardado de las vacunas lo que genera que lxs usuarixs tengan que ir una vez a pedir turno y luego volver otro día programado una vez que la enfermera le informe que la vacuna está disponible.

La APS en Colonia Caroya decimos, funciona en un vacío restrictivo y expulsivo para profesionales sanitarios y para posibles usuarixs. Una pequeña construcción indicada por un cartel roto ubicado al costado de una ruta interna y horarios de atención segmentados y limitados en función de la disponibilidad del personal y escritos a mano en una hoja pegada en la puerta dificulta la ubicación de uno de los centros de salud, así como la identificación del mismo como un servicio con capacidad resolutiva. El propio personal entrevistado indicó que el hecho de que el centro estuviese "retirado" y que no funcionase "de corrida", además de que "antes no había nadie acá, la médica que estaba ya no está y no hay un horario para que la gente sepa cuándo hay médicos", hace que no "llegue mucha gente" (entrevista, enfermera dispensario Colonia Caroya, 2019).

La alta y constante rotación del personal y la limitada disponibilidad de horarios conducen a un alto nivel de desconocimiento respecto a la población migrantes que vive en la zona. Según las entrevistadas la principal barrera para conocer a la población de referencia está relacionada con la falta de salidas al terreno. La APS en Colonia Caroya de hecho no tiene asignada la figura del agente comunitario por eso "no hay seguimiento en las comunidades, no hay agentes de salud… no conozco como vive la gente de acá de la zona…. Acá desde la ruta parece que no hay nada, pero si hay cortaderos sembraderos de papa pero no sabemos porque no se abordó nunca, no hay terreno" (entrevista, enfermera dispensario, Colonia Caroya, 2019). Este enfoque asistencial, y no preventivo ni de promoción de la salud que deberían caracterizar a la APS, también ha sido evidenciado en relación a la violencia de género siendo un obstáculo importante para el abordaje de problemáticas de salud que requieren miradas integradoras y que deben situar a las usuarias como principales protagonistas de sus procesos (Saletti-Cuesta, *et al.*, en prensa).

En todas las entrevistas realizadas al personal que asiste a quienes concurren a las oficinas de APS tanto en Caleta Olivia como en Colonia Caroya, sin consulta previa identifican a lxs migrantes como "bolivianos", a pesar de que en el segundo caso, por ejemplo, el flujo migrante boliviano convive con otros internos principalmente provenientes de la provincia del Chaco. En el caso de Caleta Olivia, quien coordina el área de APS rescata la meticulosidad y paciencia que tiene el grupo de migrantes bolivianos, en particular las mujeres para sacar turnos, y seguir los tratamientos a pesar de los obstáculos que la lengua representa al momento de la comunicación e intercambios. Ante nuestra consulta acerca de cómo se abordan aquellas cuestiones ligadas a presencia y conocimiento de prácticas vinculadas a la medicina denominada como "alternativa/indígena", para la coordinadora de APS el grupo de –sobre todo- mujeres bolivianas sería "ideal" para trabajar recuperando prácticas de la medicina indígena, tal como la utilización del arrope de chañar para las afecciones de garganta y que la población descendiente de migrantes catamarqueños actualmente desconoce. Pero considera que la falta de tiempo y los obstáculos que provienen de la necesidad de cumplir con la carga de programas de salud entre otros motivos imposibilitan generar espacios de intercambio entre distintas medicinas.

También en Córdoba se destaca la buena voluntad de lxs migrantes bolivianos para cumplir con la atención a pesar de la barrera lingüística. La "adaptación" a las exigencias sanitarias del Estado argentino principalmente asociadas con la vacunación como requisito para el cobro de asignaciones sociales/familiares y para la matriculación es reiteradamente señalada como un elemento que define el tipo de atención y relación médico-paciente. Como en otras investigaciones realizadas (Aizenberg y Baeza, 2017, Aizenberg *et al.*, 2017) volvemos a ver aquí que las representaciones que se tienen de las mujeres bolivianas están vinculadas a la figura tradicional que se le ha atribuido al colectivo boliviano en la sociedad argentina, especialmente a las mujeres, asociada a la sumisión y a la docilidad, como un cuerpo pasivo/a que debe adaptarse, someterse o resistir a las condiciones que atraviesa su vida cotidiana.

Lo vemos por un lado como señalamos en los relatos respecto a aquella adaptación a los requisitos sanitarios que demanda el Estado Argentino, "hay que explicar todo el tema de las vacunas hasta que te entienden pero te entienden y se tienen que adaptar sí o sí por el tema del Anses" (entrevista, enfermera, dispensario Colonia Caroya, 2019) pero también en la descripción de un cuerpo dócil que resiste a las condiciones de trabajo propias de los cortaderos de ladrillos "El argentino llega con un cuadro de lumbalgia pero el boliviano los veo

más fuertes, no consultan por esas cosas pero el boliviano no y eso que están con trabajos más duros y no vienen más allá de que se estén muriendo" (entrevista, médica, dispensario Colonia Caroya, 2019).

Por supuesto no podemos entender la salud de la población migrante que vive en Colonia Caroya sin profundizar las condiciones que atraviesan sus vidas en los cortaderos de ladrillos. En la provincia de Córdoba, la situación que viven migrantes bolivianos en los cortaderos de ladrillos entró en la escena pública a principios del 2019 a través de un fallo histórico del tribunal oral de la provincia que condenó a 8 años de prisión a una persona oriunda de Córdoba por someter a explotación laboral y trata de personas a un grupo de 30 personas de nacionalidad boliviana. La investigación del caso develó que las familias que vivían en el cortadero padecían hacinamiento y altos niveles de precariedad de la vivienda que se les ofrecía a cambio de su fuerza de trabajo[4]. Si bien desconocemos aún en esta instancia de indagación el tipo de relación laboral de las personas migrantes que trabajan en los cortaderos de nuestro caso de estudio, nuestras observaciones en el terreno dan cuenta de contextos de trabajo y vivienda altamente precarizados.

Las inserciones laborales en el sector de los cortaderos de ladrillos están atravesadas por adscripciones étnico-nacionales que atribuyen al colectivo boliviano como el que mayores aptitudes y posibilidades de adaptación presentaría al trabajo duro y precario que suponen los cortadores (Pizarro *et al.*, 2009). Distintas investigaciones han señalado el alto impacto ambiental y sobre la salud de la población que vive y trabaja en los cortaderos en la provincia de Córdoba. En el 2017 una investigación periodística señaló que, en menos de 10 años, 11 niños y adolescentes fallecieron en los más de 200 cortaderos de ladrillos cordobeses en contextos vinculados con el trabajo de sol a sol, o por las propias características de las viviendas ubicadas a pocos metros del horno y que carecen de infraestructura y condiciones básicas[5].

Durante 2019, el contexto general de ajuste y pobreza sumado a la particularidad del trabajo en los cortaderos, puso en alerta a informantes claves que trabajan en proyectos de alfabetización en la zona quienes presenciaron distintos casos de gravedad y un retraso en la búsqueda de atención sanitaria, la cual es utilizada en casos de extrema urgencia cuando la enfermedad está altamente avanzada. Las informantes señalaron que en los cortaderos la jornada de trabajo es

---

4 https://www.perfil.com/noticias/cordoba/un-juicio-desnuda-la-exclusion-en-los-cortaderos-de-ladrillos.phtml

5 https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/muertes-infantiles-y-marginalidad-tras-los-ladrillos

de "12 horas de 9 a 21 hs" y que a las mujeres "se las ve cansadas como muy agobiadas" por la carga adicional del trabajo reproductivo en tan tanto "ellas trabajan como 12 horas arrancan a las nueve pero arrancan más temprano porque preparan la comida y llevan los chicos al colegio, y van al barrido de 8 a 8, hacen cuadrillas" (entrevista, informante clave, Colonia Caroya, 2019). Así señalaron casos en los que una situación de enfermedad "común" deriva en cuadros que afectan la vida, pero no se abandona el trabajo (entrevista, informante clave, Colonia Caroya, 2019).

Considerando lo descrito, es importante tener en cuenta el contexto, la cultura y las prácticas estructurales donde se insertan los sistemas de salud para comprender su rol en el mantenimiento de barreras.

Acerca de los itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Bolivia

Por itinerarios terapéuticos entenderemos qué es lo que hacen las mujeres migrantes que en nuestro caso provienen de Bolivia, al momento de enfrentar un problema de salud. En particular, considerando los usos sociales de la enfermedad, los distintos componentes tanto en relación a los condicionantes como el agenciamiento de quienes deben sobrellevar los obstáculos y limitaciones que se enfrentan al momento de asistir al sistema de salud. En este sentido, nos interesan "las experiencias personales como parte fundamental en la comprensión del pluralismo médico" (Perdiguero, 2006: 41). Dentro del pluralismo médico se consideran los distintos modos de entender la salud y la enfermedad, así como los diversos diagnósticos y tratamientos (Perdiguero, 2006), que de acuerdo a componentes y contextos políticos y socioeconómicos varían entre los distintos grupos sociales.

En los casos analizados, si bien el acceso al sistema de salud varía de acuerdo a componentes vinculados a los sistemas provinciales y municipales, una vez que ingresamos a qué es lo que sucede en el transcurso y luego de la consulta médica, vemos que los itinerarios en todos los casos están caracterizados por la sinuosidad, dificultades y problemas que se presentan ante los problemas de salud. Y en los casos de la "Cuenca del Golfo San Jorge", los lleva a acudir al sistema privado de salud y tal como explicaremos más adelante a buscar otros modos de sanación.

Podemos tomar algunos casos, tal como el de Raúl[6] (migrante cochabambino) que nos contó los problemas que tuvo con su hija

6 Los nombres de lxs entrevistadxs fueron modificados, no así los de funcionarios y personas públicas.

adolescente. Hace alrededor de 5 años atrás su hija menor enfermó de epilepsia, en principio –en las primeras consultas-vivió situaciones muy difíciles y feas, vinculadas a "sospechas" que los médicos inducían, como ejemplo de abuso sexual. Raúl relata: "Así hasta que por intermedio de quien era Ministro de Salud: Dr. Corchuelo Blasco en el gobierno de Buzzi, consiguieron el avión sanitario para trasladar a su hija a Buenos Aires, donde confirmaron que era epiléptica" (Entrevista realizado el 18 de mayo de 2019, Comodoro Rivadavia). El itinerario hasta llegar a la consulta en Buenos Aires donde fue medicada de acuerdo a su enfermedad, fue larguísimo porque en Comodoro Rivadavia dudaban de que fuese epiléptica, al punto que Raúl tuvo que amanecer noches enteras esperando el brote del ataque para dejar registros fílmicos de los momentos del ataque para mostrar a los médicos.

En el último período de ataques su hija llegó a tener 9 desmayos en un día. Luego de idas y venidas finalmente llegó el momento que más deseaba su hija: viajar a Bolivia, participar del carnaval de Oruro, donde bailó horas y horas sin parar y lo más importante sin desmayos. En el verano de 2016-2017 su hija –junto a su madre- pasó todo el verano sin problemas en Bolivia, vivió una experiencia única que hizo que ella decidiera querer ir a vivir a Bolivia. No alcanzaron a ir a ver los médicos kallawayas, pero su sobrino vino especialmente a dejar el pajarito que cura la epilepsia, luego de dos intentos fallidos logró pasar la frontera con el pajarito y una vez aquí, su hija tomó la sangre y luego se cocinó el pajarito y se lo convirtió en polvo que ella también ingirió[7].

Luego de pasar por todos los itinerarios mencionados su hija pudo tener una vida normal, actualmente regresó a la escuela y espera terminar sus estudios para una vez jubilado Raúl puedan vivir en Bolivia. Ella sintió que "ese es su lugar". (Notas de trabajo de campo, 18 de mayo de 2019, Comodoro Rivadavia). Contamos con un trabajo de campo con diversas historias de múltiples itinerarios de combinaciones de tratamientos, consultas y seguimiento a curanderxs, donde mujeres de diversas edades deben viajar a Bolivia para las consultas médicas y/o combinan con medicinas naturales su modo de curarse.

---

7 Evidentemente se trató de la jurkuta: "La sangre del murciélago y de la paloma de los Andes o Jurkuta todavía se utiliza como uno de los remedios más populares contra la epilepsia en Cochabamba. Los cazadores las entregan vivas para que los curanderos obtengan el líquido para sus pacientes". Violeta Soria: "Usan animales silvestres para "curas milagrosas", Cochabamba", en: "Los Tiempos", http://www.lostiempos.com/actualidad/local/20160508/usan-animales-silvestres-curas-milagrosas

A modo de cierre

Como tratamos de desarrollar en este trabajo, los itinerarios terapéuticos de la población migrante boliviana están atravesados por distintos determinantes sociales que cobra particular relevancia en el proceso migratorio en Argentina: a) un contexto de alta precariedad y explotación laboral y de calidad de vida que caracteriza a las personas de origen boliviano y b) un contexto sanitario restrictivo y expulsivo que aquí pusimos en evidencia a través del análisis -exploratorio- del sistema de APS, principal entrada de acceso al sistema público de salud en Argentina. Aunque escenarios con características diversas, los itinerarios que aquí recuperamos dan cuenta que los modelos del pluralismo médico conviven en paralelo y en algunos casos termina siendo "efectivo" aquel que no forma parte del sistema hegemónico. Las situaciones aquí relatadas nos conducen a recuperar el interrogante de Knipper cuando se pregunta acerca de "…si la meta es brindar atención digna y de calidad para todos los pacientes, es necesario dinamizar tanto las mentes como las estructuras. Pero mientras en el campo de la medicina la categoría "cultura" no deje de ser percibido como algo exótico, apto para excluirlo, por ejemplo, en "sistemas" e instituciones paralelas a la "medicina académica", queda mucho por hacer (Knipper, 2006: 427). En este sentido, comprender las barreras de acceso de la población migrante en el acceso a la salud requiere analizar cómo los diversos determinantes sociales de la salud intersectan y se manifiestan en los sistemas sanitarios reproduciendo desigualdades sociales en un contexto determinado (Saletti-Cuesta y Aizenberg, en prensa).

Justamente nuestro trabajo intentó mostrar que "queda mucho por hacer", académicamente nos encontramos en la etapa inicial de estudiar el modo en cómo se presenta entre las comunidades migrantes que provienen de Bolivia el pluralismo médico. Sin duda, intenta ser un aporte al desarrollo de políticas sanitarias que desde los distintos niveles de atención de la salud breguen por mayor inclusión de modos de entender el cuerpo y el malestar y que no concuerdan con el modelo médico hegemónico.

Bibliografía

Aizenberg, L. y Baeza, B. (2017). Reproductive health and bolivian migration in restrictive contexts of access to the health system in Córdoba, Argentina". *Health Sociology Review*, 26(3). 254-265.

Baeza, B., Aizenberg, L. Oyarzo Barría, C. (2019). Salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Americanos, 19*(1). 43-66.

Baeza, B. (2009). *Fronteras e identidades en Patagonia Central.*

Rosario, Argentina: Prohistoria.
Kapilashrami A, Hankivsky O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet, 391.* 2589-2591. doi: 10.1016/ S0140-6736(18)31431-4.
Knipper, M. (2006). El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En Fernández Juárez, G. (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural.* Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En Fernández Juárez, G (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural.* Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
Pizarro, C., Fabro, F y Ferreira, M. (2016). Los discursos laborales legitimados y las prácticas de migrantes bolivianos en relación al mercado laboral en su lugar de trabajo: el cortadero de ladrillos en una zona rural de Córdoba. Ponencia presentada en el 9no. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo.
Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud Colectiva*, 5(1). 63-85.
Saletti-Cuesta, L. Ferioli, A., Martínez, FV., Viel, E., Baudin, V., Romero, P. Funk, N. González, AC., Rodríguez, A. (en prensa). El abordaje de la violencia de género desde la mirada de las comunidades del norte cordobés. *Cadernos de Saudé Pública*.
Saletti-Cuesta, L. y Aizenberg, L. (en prensa). Intersectional innovative analysis of how providers' discourses interact with universal healthcare access. *Tavares*, AI. Universal Health Coverage. IntechOpen.

Políticas focalizadas en salud y sus tensiones sobre el cuidado. Mujeres migrantes en Comodoro Rivadavia

CARLOS BARRIA OYARZO*

Introducción

En este trabajo se presentan algunas aproximaciones que forman parte de una investigación en curso que busca caracterizar las relaciones entre los agentes estatales del sistema de salud y mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia en la ciudad de Comodoro Rivadavia. Particularmente, se analiza en el contexto local la producción y la gestión de la salud y el riesgo por parte de agentes estatales que dan cuenta de lógicas de la salud pública que exceden este espacio y se codifican en la aplicación de la política pública en contextos de desigualdad.

Este proceso de investigación surge de un interés por comprender y dar respuestas a algunos conflictos ligados a los desentendimientos en el sistema de salud, particularmente en los procesos de embarazo parto y puerperio, entre mujeres migrantes provenientes de Bolivia y agentes del sistema de salud en la ciudad de Comodoro Rivadavia. Profesionales del hospital de alta complejidad, donde se atienden todos los partos hospitalizados, dan cuenta de algunas dificultades que presenta la atención a estas mujeres, a quienes definen como "dóciles", "frías", "sumisas", como miembros de una "comunidad machista", con "otra cultura", con quienes tienen problema de entendimiento, en

* CONICET – IESyPPat – UNPSJB.

algunos casos por el idioma, ya que muchas hablan quechua. Esto confirmaba los postulados de la bibliografía producida en otras zonas de Argentina, donde también se da cuenta de las dificultades en el acceso a los beneficios que puede proveer el sistema de salud, en algunos casos acentuado por factores de clase y étnico-culturales, ya que, generalmente, las mujeres migrantes presentan pautas reproductivas y de cuidado diferentes a las esperadas por el sistema de salud, dificultando el acceso a la información como a la atención (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Cerrutti, 2010; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015). Para el caso de Comodoro Rivadavia, Baeza (2013) ha estudiado las particularidades que adquiere la memoria de algunas mujeres migrantes de zonas rurales de Bolivia sobre el "parto indígena", como práctica que entra en conflicto en el sistema de salud, produciendo desentendimientos y llevando a las mujeres a silenciar saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias que se podrían generar.

Los y las profesionales comentan que a la mayoría de las mujeres las conocen recién cuando van a parir, ya que los controles previos y posteriores se realizan en los centros de atención primaria de salud (e adelante, CAPS). Es por esto que decido acercarme a estas instituciones, donde presumiblemente existía mayor contacto con estas mujeres. En estos centros de salud además de médicas/os y enfermeras/os, existe la figura de "trabajadoras comunitarias de salud en terreno" (en adelante "trabajadoras comunitarias"), que tienen como función ser un nexo entre la comunidad y el sistema de salud, trabajando particularmente a través del seguimiento de indicadores de salud y controles médicos de grupos familiares "de riesgo socio-sanitario"[1] con el fin de disminuir las "barreras en la implementación de los programas propios del sector salud"[2]. Estas se constituyen como miembros de los equipos de salud en la provincia de Chubut desde el año 2006 a través de la propuesta de profesionalización de la figura de "agentes sanitarios". A través del acompañamiento en las actividades cotidianas de estas trabajadoras en dos barrios periurbanos de la ciudad pude comenzar a conocer otras dimensiones de interacción entre la población migrante y agentes del sistema de salud.

---

1 El "riesgo socio-sanitario", se define a través de tres o más de las siguientes características que las efectoras tienen detalladas en planillas: falta de vacunación, tener niños de 0 a 5 años, embarazos y puerperios, falta de Papanicolaou al día (hecho al menos dentro de los últimos dos años), "procreación responsable" (seguimiento acerca de la utilización de métodos anticonceptivos), salud ambiental (evaluación de características de vivienda, forma de provisión de servicios básicos y eliminación de residuos), hipertensión, tuberculosis, diabetes, lesiones violentas, consumo de sustancias y discapacidades.

2 Diseño curricular de la tecnicatura superior en salud comunitaria. Recuperado de: https://isfd804-chu.infd.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf

Para la política sanitara, las condiciones de vida determinadas por la vivienda y el medio ambiente se constituyen en factores de riesgo a los que están expuestos los y las migrantes, pero cuya mejora no requiere de la intervención directa. Según expone una trabajadora comunitaria (2016), los indicadores ligados a las condiciones de vivienda "*van mejorando solos a medida que pasa el tiempo*", no así los factores de riesgo ligados al "cuidado", que se atribuyen directamente a la cultura de las migrantes o a características personales de estas que pueden ser modificadas con una intervención adecuada. El "no cuidado" aparece como una categoría de los equipos de salud que hace referencia a la falta de utilización de métodos anticonceptivos, a la falta de controles gineco-obstétricos y pediátricos, lo cual se establece como un problema en el sistema de salud. En este sentido, las prácticas sociales de las migrantes cobran un relieve particular para el sistema sanitario, en contraposición a las prácticas médicas.

En el problema percibido, las trabajadoras comunitarias cumplen un rol fundamental, como estrategia de atención primaria de la salud, representando un nexo entre los y las profesionales de los CAPS y las usuarias del sistema de salud. En este sentido, amparados en su interpretación de las políticas de salud se evidencia un modo de pensar a través del cual establecen herramientas de intervención. A partir de la generación de datos estadísticos y su apreciación como factores de riesgo para la salud, se instrumentan lógicas de control y seguimiento por parte de las representantes del sistema de salud. Es así que en este contexto comencé a preguntarme por las particularidades que adquiere la gestión de la política pública de salud; cómo se produce y gestiona del riesgo; de qué manera el "no cuidado" es definido, interpretado y abordado; cuáles son las obligaciones, valoraciones y moralidades que intervienen en la gestión de la política; y qué tipo de relaciones construyen y cómo estas inciden en el cuidado de la salud. De este modo, busco caracterizar la gestión cotidiana de la política pública en salud que tiene como destinatarias a las mujeres migrantes en sus procesos de cuidado.

Aquí recupero parte del trabajo de campo que vengo realizando desde el año 2016 en la ciudad a través del registro de observación participante en dos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), ubicados en dos de los barrios periurbanos de la ciudad con mayor número de población migrante, a través del acompañamiento en la tarea cotidiana de trabajadoras comunitarias de salud en terreno y el encuentro con mujeres migrantes. Recupero también algunas charlas y entrevistas con profesionales del Hospital de la ciudad y de estos dos CAPS, entre ellos/as médicos/as generalistas, ginecólogos/as, pediatras, enfermeras y trabajadoras comunitarias.

Este trabajo de investigación toma la modalidad de una etnografía multilocal (Marcus, 2001), en tanto se busca seguir al conflicto que se presenta entre equipos de salud y mujeres migrantes, así como se busca acompañar a algunas personas que hacen parte de estas relaciones, en diferentes escenarios. El acompañamiento a las trabajadoras comunitarias "a terreno", me permitió conocer algunas dinámicas interaccionales entre estas y las mujeres migrantes, así como algunas experiencias y relatos, que luego pude ir profundizando a través de una separación de la institución de salud pública, que había marcado mi ingreso, pactando entrevistas y visitas sin la presencia de efectoras de salud. En este sentido, mis implicancias en el proceso de investigación, al momento, me llevaron a ocupar diferentes roles y espacios simbólicos en el intercambio con las personas involucradas. De este modo, poder hacer consciente mis propias pertenencias de clase, de género, nacional y profesional me permite realizar el constante ejercicio reflexivo de descentramiento necesario para el trabajo de mirada, escucha y escritura analítica, que se reactualiza en cada encuentro con los y las interlocutores/as.

La gestión de política sanitaria como problema

Diferentes autores han dado cuenta de las características de la biomedicina (Menéndez, 1978; Mishler, 1981; Hahn y Kleinman, 1983). Los procesos de hegemonización de la medicina profesional y descalificación de otros saberes fueron producto de procesos históricos a través de los cuales se produjo una progresiva intervención de profesionales médicos en diversas áreas de la vida social que anteriormente no eran objeto de intervención (Rosen, 1985; Haro Encinas, 2000). Particularmente, en la conformación de los Estados-nacionales modernos, los saberes médicos y de salud pública funcionan como decisores en las políticas públicas, práctica que se ha sostenido desde el siglo XVIII (Foucault, 1977).

Se hace necesario recuperar aquí una perspectiva antropológica sobe el Estado, que permite poner atención sobre el modo en que las personas lo perciben, cómo se forman estos entendimientos y cómo el Estado se manifiesta en la vida de las personas, entendiendo que éste se produce en prácticas cotidianas, en encuentros, en representaciones y performances culturales (Sharma y Gupta, 2006). Si bien el Estado moderno se basa en una idea abstracta de comunidad nacional, ésta es una institución basada territorialmente, impersonal, soberana y autónoma que define sus márgenes a través de prácticas administrativas (Asad, 2008). Siguiendo los planteos de Shore (2010), las políticas públicas del Estado reflejan un modo de pensar sobre el mundo, siendo herramientas de intervención para

administrar, regular, cambiar la sociedad, presentándose como técnicas racionales y soluciones "naturales".

En palabras de Fassin (2004) la noción de riesgo se ha convertido en una mediación insuficientemente problematizada entre naturaleza y cultura, donde la salud pública en tanto escena cotidiana de puesta en práctica de esta mediación ofrece un objeto de estudio particularmente heurístico poco estudiado. Para este autor la salud es un producto social, en tanto es la sociedad quien define qué posee salud y a qué se da expresión sanitaria, donde las dimensiones de objetivación y subjetivación develan la tensión que existe entre la realidad objetivada y su traducción subjetiva en las representaciones y las acciones (Fassin, 2004).

Dada las particularidades del fenómeno en estudio, se destaca la importancia de recuperar una perspectiva de género interseccional que dé cuenta de las categorías que se producen y reproducen en las experiencias y discursos en relación a la política sanitaria. Como exponen Pessar y Malher (2003) para el análisis de las migraciones transnacionales es necesario entender el género operando en diferentes escalas sociales y espaciales que afectan la posición de una persona o grupo en diferentes momentos, interactuando con otras categorías de clasificación dentro de jerarquías de poder que determinan la capacidad de agencia de las personas. Esta perspectiva da cuenta del modo en que imbrican la raza, clase, sexualidad, género, nacionalidad, edad, entre otras posibles fuentes de desigualdad (Lugones, 2008; Viveros Vigoya, 2016). De este modo, este trabajo buscará dar cuenta de diferentes niveles de análisis en lo que respecta a la producción y transformación de relaciones de poder que tienen que ver con lo representacional, lo experiencial, lo interaccional y lo organizacional (Anthias, 1998).

La construcción del riesgo y el (no) cuidado

Una médica comenta, "algunas son de riesgo, que nos complican. De riesgo social, de riesgo materno... cuesta que vengan" (Charla con médica, 2016). El riesgo en este caso se presenta pasible de ser modificado a través de la intervención, mejorando así las estadísti cas de la población con la que se trabaja, ligada a comportamientos interpretados como sociales o que tienen que ver con la responsabilidad del rol materno. En algunos casos el riesgo se liga a "pautas culturales" de las migrantes, como afirma un médico: "Volviendo a las pautas culturales, se embarazan al poquito tiempo de haber tenido el primer hijo y no usan método anticonceptivo." (Entrevista a médico, 2016). Por otro lado, otros/as efectores de salud atribuyen la "falta de cuidado" a características personales y motivacionales de las mujeres. Una

médica ginecóloga (2016) dice: "Yo creo que es una cuestión de dejadez de ellas. Sí, de tranquilidad o de comodidad", cuando explica las causas por las que las mujeres no acuden a los controles ginecológicos y no utilizan métodos anticonceptivos. Otro médico comenta que hay mujeres que se dejan estar, ya que les fue bien con otros partos (Charla con médico, 2017). Estas conductas son leídas como una carencia en el interés del cuidado del cuerpo y su salud. En este sentido otros profesionales explican la importancia de las trabajadoras comunitarias, ya que gracias a un asesoramiento adecuado hacen que las mujeres se acerquen al CAPS (Entrevista con Médico, 2016).

Es preciso realizar una distinción entre el cuidado como categoría de efectores de salud y el cuidado en tanto categoría analítica, que nos permite comprender un proceso complejo en el que intervienen saberes expertos y legos, redes sociales, tecnologías, políticas, sistemas de atención, instituciones, tradiciones, tareas, acciones y cuerpos que está orientado tanto a promover y/o mantener el bienestar y la salud como a aliviar el dolor y el sufrimiento (Epele, 2012). En este sentido, el cuidado como categoría de los y las agentes estatales se encuentra ligado a la concepción de riesgo que, en palabras de Lorenzetti (2012), se constituye en la distinción de comportamientos inadecuados que tienen como fin modificar "estilos de vida" según determinadas normas y valores sociales de referencia. Por lo tanto, el riesgo siempre se encuentra bajo responsabilidad del sujeto, de quien dependen sus condiciones de existencia (Menéndez, 1998), intentando así dirigir la conducta de las personas a modos prefijados. Así, el riesgo establece conexiones de causalidad entre eventos, comportamientos y sus posibles efectos indeseables, planteando prioridades en el diseño de las políticas sociales (Renn, 1992; Lurve i puerto, 2010).

En la gestión de la política sanitaria se interpela a las mujeres, focalizando el seguimiento en patologías gineco-obstetricas, el control de la reproducción, particularmente sobre la anticoncepción ligada al cuerpo de las mujeres y en su rol de madres ligada al cuidado de sus hijos. En este caso, la interpretación generizada que realizan los equipos de salud sobre el cuerpo de las mujeres se encuentra atravesada por un sistema de valores y categorías que tienen que ver lo su adscripción nacional, étnica, de clase social, etaria que determina una estructura representacional, por parte de los y las profesionales, y organizacional, a nivel de política pública. En este sentido, el riesgo ligado al (no)cuidado de las mujeres migrantes se presenta en algunos casos atravesado por una lectura etnicizada (Briones, 2005) detrás de la categoría de adscripción nacional, en tanto subyace una concepción de "la cultura de las mujeres" pasible de ser modificada.

Esto se imbrica con una concepción acerca del modo de ser madres, hipervisibilizando a las mujeres en edad reproductiva, así como se encuentra atravesado por la pertenencia de clase social, en tanto algunos profesionales realizan comparaciones con otras mujeres con las que trabajan en el sector privada, a quienes definen como "más agradecidas", "quienes los entienden", "cultas" y "educadas" en contraposición a "las bolivianas", realizando distinciones de riesgo según condiciones socioeconómicas (Notas de trabajo de campo, 15 de diciembre de 2015).

Como afirma Pozzio (2011:29), los y las agentes estatales actualizan, disputan y reinterpretan sentidos que hacen inteligibles sus prácticas, conformando así los rasgos que efectivamente adquiere la implementación de las políticas públicas. En este caso, los múltiples sistemas de desigualdad estructuran un discurso que ubica a las mujeres migrantes en un espacio de alteridad a través del cual los y las profesionales se explican las dificultades en la interacción con ellas y sus problemas en relación a la salud, justificando la intervención y el seguimiento sobre estas y sus pautas de cuidado. De este modo, podría pensarse en una "economía moral" (Fassin, 2009) sobre las formas de cuidados de la salud, donde las características del riesgo dependen de la estructura social y se suele estar más atento cuando las personas portadoras de este presentan mayores distancias con los valores del grupo de referencia (Lurve i puerto, 2010).

Contrario a lo que podría presumirse en torno a la falta de acceso al sistema de salud por parte de mujeres migrantes o el conflicto en relación al ejercicio de derecho como se ha evidenciado en otras zonas del país (Caggiano, 2007), en la práctica cotidiana de los y las agentes del sistema de salud se da una hipervisibilización de esta población, instrumentándose una política focalizada, no explicitada, hacia las mujeres migrantes provenientes de Bolivia, quienes no se adscriben a las pautas de cuidado de sí y de otros, en tanto mujeres y madres, esperable para la política estatal. Esto coexiste con lógicas restrictivas de derechos para migrantes, dándose discusiones vinculadas a proyectos de arancelamiento del sistema de salud pública a nivel local, desde el año 2016[3], y a nivel nacional, en 2018[4] en medios de comunicación y en altos círculos de decisión de política pública.

---

3 "Se analiza el posible cobro a pacientes extranjeros que se atienden en el Regional" Diario El Patagónico, 21 mayo 2016. Disponible en: https://www.elpatagonico.com/se-analiza-el-posible-cobro-pacientes-extranjeros-que-se-atienden-el-regional-n1487833

4 "El oficialismo impulsa un proyecto para cobrarles a los extranjeros por la salud y la educación" Diario Clarín, 27 febrero 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/politica/diputados-oficialistas-impulsan-proyecto-arancelamiento-salud-educacion-residentes-permanentes_0_rJG2kNXuf.html

Salir a terreno

La tarea cotidiana de las trabajadoras comunitarias se constituye por las "salidas a terreno", caminata hacia las zonas del barrio donde realizan las visitas a cada "familia a cargo", generalmente a las "extensiones barriales" donde vive la población "de riesgo". En estas visitas establecen un vínculo generalmente con las mujeres, ya que son las que están en la vivienda durante el día, a quienes se busca como referentes de los grupos familiares y sobre quienes recae la responsabilidad de los "cuidados" en salud. Las trabajadoras comunitarias pueden tomar familias "a cargo" a través de censos espontáneos, el señalamiento de algún otro profesional que conoce algún grupo familiar con factores de riesgo o a través del libro de partos del hospital, con el cual buscan "captar" familias con niños recién nacidos. Una trabajadora me explica: "*nosotras vemos un bebé y ahí nos vamos, tratamos de captarlos*" (Charla con trabajadora comunitaria, 2017).

Cada trabajadora comunitaria tiene "a cargo" aproximadamente 120 familias, las cuales pueden darse de baja por dejar de ser consideradas de riesgo o por traslado del grupo familiar. En cada casa visitada, estas realizan el control de libretas sanitarias y a través de algunas preguntas recogen esta información, datos sociodemográficos, datos sobre algunas enfermedades, vacunaciones y "salud sexual y reproductiva". Asimismo, en cada caso, según crea pertinente la trabajadora comunitaria, se brinda información sobre prevención de algunas enfermedades y cuidados.

Una de las particularidades que presenta esta población es su procedencia de zonas rurales, en su mayoría de la provincia de Cochabamba, quechua hablantes que migran por lazos familiares y posibilidades de trabajo en la ciudad. Estos desplazamientos generalmente se realizan desde otras ciudades de Argentina, que se constituyen como ciudades de paso, o directamente desde las zonas rurales, como se observa en las movilidades más recientes. El poder llegar a la casa de un familiar, donde vivir por un tiempo hasta poder conseguir armar una casa y traer a parte de la familia que quedó en el lugar de procedencia, fortalece y construye lazos de mutua ayuda.

Asimismo, los vínculos de "paisanaje" que se materializan a través de la cohabitación en un espacio, permite sostener prácticas que rememoran y resignifican las prácticas del lugar de origen, en algunos casos, a través de la cría de animales, la cosecha, las celebraciones de eventos sociales y aquellos ligados al "mundo andino" fortalecen vínculos en un territorio que por momento se presenta hostil. La mayoría de los núcleos familiares está constituida por parejas heterosexuales, de entre 20 y 50 años de edad, e hijos. Los varones, en general, se insertan en el mercado de trabajo en la construcción, en menor medida

en servicios petroleros y pesqueras. Las mujeres se dedican al trabajo doméstico, el comercio ambulante y en menor medida se emplean en pequeños comercios y en empresas pesqueras.

El tipo de visita domiciliaria de las trabajadoras comunitarias varía siempre, dependiendo del vínculo que haya establecido la trabajadora con miembros de las familias, el estilo personal de trabajo y las características de quien la reciba. Cada encuentro puede darse en el espacio público, un patio o dentro de una casa, así como puede variar entre una visita más administrativa, donde la trabajadora pide libretas sanitarias y recoge datos en su planilla a través de preguntas concretas o puede darse a través de un diálogo más distendido, donde se pueden hablar diferentes temas.

Para con las mujeres quechua hablantes, que utilizan la lengua española con dificultad, predomina un tipo de diálogo modulado en volumen alto y pausado, siendo las trabajadoras, muchas veces, traductoras simbólicas de las indicaciones o recetas médicas. En todos los casos cobran fundamental relevancia los seguimientos y la insistencia hacia las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia sobre los controles ginecológicos, controles de embarazos, niños, niñas y la utilización de métodos anticonceptivos, lo cual es fundamentado por la percepción acerca del "no cuidado" de estas mujeres.

Las trabajadoras comunitarias desde una perspectiva preventiva y de control epidemiológico, monitorean y administran riesgos (Lorenzetti, 2012) con la responsabilidad de las mujeres que tienen a cargo. El "tener a cargo" implica para éstas una responsabilidad con el sistema de salud, sobre las mujeres y con las mujeres. Ellas deben responder ante el sistema de salud con mejoras que se visibilicen en los relevamientos estadísticos. El objetivo de éstas es mejorar los indicadores de salud, siendo esperable que en tres años, como máximo, se deje de realizar el seguimiento de una familia por considerarse fuera de riesgo socio-sanitario. De este modo, cada familia y en particular cada mujer es una "carga" de responsabilidad para las efectoras, por las cual deben responder y hacer todo lo posible para lograr las pautas de cuidado esperables para ellas y sus hijos/as, de los cuales son responsables. Asimismo, las mujeres migrantes en algunos casos demandan la atención de las trabajadoras y negocian su posición a través de lo que estas pueden ofrecerles.

Si bien las trayectorias de cada una de las trabajadoras comunitarias son diferentes en cuanto a su formación y "compromiso", en muchos casos las exigencias del sistema de salud hacen que las visitas domiciliarias se tornen en entrevistas administrativas. De este modo, los problemas de salud en este contexto se individualizan, desconociendo

las condiciones sociales que los generan, buscando comprometer particularmente a las mujeres en su "cuidado", en lo que puede pensarse como tecnologías de subjetivación y regularización que buscan encauzar sus conductas (Castro-Gómez, 2010; Foucault, 2001). A pesar de esto, las migrantes agencian algunas estrategias para evadir la atención o las consecuencias que implicaría esta, así como sostienen y reconfiguran prácticas de cuidado que subvierten o coexisten con las prácticas que promueven agentes sanitarios, quienes en las visitas domiciliarias o consultas médicas tienden a proscribir otras formas de cuidado.

Si bien, a través de la construcción de relaciones de confianza con migrantes, algunas trabajadoras comunitarias se interesan por prácticas de cuidado alternativas a la biomedicina, fue a través de mi progresiva separación del personal sanitario, por medio del cual entré en contacto con varias mujeres quechua hablantes, que pude conocer otras experiencias ligadas al sostenimiento de la salud que se mantenían vedadas para mí en tanto mi figura estaba ligada a aquellas de autoridad, representantes del sistema de salud. Es así que pude comenzar a escuchar y observar otras lógicas de cuidado de la salud que "no se cuenta a los médicos", diferentes a las instituidas por el sistema de salud que implican la autoatención a través de la utilización de yuyos o el poder acudir a sanadores/as, "paisanas/os", de la misma zona de procedencia de las mujeres ante algunos malestares. La cercanía espacial en la que habitan las y los migrantes facilita la recuperación de conocimientos ligados al sostenimiento de la salud a través de redes comunitarias. En este sentido, existen "personas que saben curar" referentes por cada zona donde habitan los y las migrantes, así como relaciones que posibilitan la transmisión de saberes ligados al cuidado de la salud, generalmente, en relaciones intergeneracionales con mujeres de la misma zona de procedencia.

Discusiones

En la gestión cotidiana de los y las agentes estatales se evidencia una política focalizada, tutelar y no explicitada en lo que respecta a la salud de las mujeres en edad reproductiva y "madres", especialmente aquellas consideradas como población con "necesidades básicas insatisfechas", migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, interpelando sus prácticas de cuidado gineco-obstétricas y pediátricas, para con sus hijas/os, consideradas "de riesgo". Estas interpretacio nes velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional que invisibiliza las condiciones estructurales de existencia, fundamentando técnicas de control y subjetivación. Aquí los aportes de la perspectiva de género interseccional permiten evidenciar la

imbricación de clasificaciones sociales que generalmente se esconden en supuestos universales, en este caso "las bolivianas" ubicándolas en un espacio de alteridad e hipervisibilización. A través de la visibilización de estas mujeres y la percepción como población de riesgo, sustentada en una interpretación de la política pública y atravesada por un marco de inteligibilidad que alteriza las prácticas de éstas, se instrumentan mecanismos de control y subjetivación. En este caso se da un doble proceso, de identificación y cualificación que se convierte en objeto de intervención sanitaria. Este es el trabajo de "producción de la salud" (Fassin, 2004), donde los agentes movilizan competencias y alianzas para imponer su propio sentido del orden de las cosas en contraposición de otros.

Bibliografía

Aizenberg, L., Rodríguez, M.L. y Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales, 8*(1). 65-94.

Anthias, F. (1998). Rethinking Social Divisions: Some Notes towards a Theoretical Framework. *The Sociological Review, 46*(3). 505- 535.

Asad, T. (2008). ¿Dónde están los márgenes del estado? *Antropología Social, 27*(3). 53-62.

Baeza, B. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo, N°11*. 179-197.

Briones, C. (2005). *Cartografías Argentinas Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Antropofagia.

Caggiano, S. (2007). Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la Reproducción. *Revista de Ciencias Sociales, N°27*. 93-106.

Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Foucault*. Bogota, Colombia: Siglo del Hombre Editores.

Cerrutti, M. (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Latingráfica S.R.L.

Epele, M. (2012). *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropógicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de

la vida. hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología, N°40*. 283-318.
Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales, 64*(6). 1237-1266.
Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. En Dreyfus, H. L. y Rabinow, P. *Michel Foucault. Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Distrito Federal, México: Siglo XXI.
Hahn, R. y Kleinman, A. (1983). Biomedical practice andanthropological theory: Frameworks and Directions. *Annu. Rev. Anthropo, N°12*. 305-333.
Haro-Encina, J. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (Ed.), *Medicina y cultura.* Barcelona, España: Bellaterra.
Jelin, E; Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006). Los pacientes extranjeros en la mira. En Jelin, E. (Ed.), *Salud y migración regional.* Buenos Aires, Argentina: IDES.
Lorenzetti, M. (2012). La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del Dpto. de San Martín. *Publicar, 10*(11). 65-86.
Lugones, M. (2008). "Colonialidad y género". *Tabula Rasa.* N° 9. 73-101.
Lurve i Puerto, K. (2010). Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: Instrumentalizar el riesgo. En Comells, J. M. *et al.* (Ed.), *Migraciones y salud*. Tarragona, España: URV.
Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades, 11*(22). 111-127.
Menéndez, E. (1998). "Estilos de vida, riesgos y contrucción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociologicos, 16*(46). 37-67.
Menéndez, E. (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En Basaglia, F. *La salud de los trabajadores*. Distrito Federal, México: Nueva Imagen.
Mishler, E. (1981). *View Point: Critical Perspectives on the Biomedical Model. Social Context of Health, and Illness, and Patient Care*. New York, United States of America: Cambridge University Press.
Pessar, P. y Malher, S. (2003). Transnational Migration: Bringing Gender Back In. *International Migration Review, 37*(3). 812-846.
Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas públicas*. Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.

Renn, O. (1992). Concepts of Risk: A Classification. En Krimsky, S. y Golding, D. (Ed.). *Social Theory of Risk*. London, England: Praeger.

Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. Distrito Federal, México: Siglo XXI Editores.

Sharma, A. y Gupta, A. (2006). *The Anthropology of the State*. London, England: Blackwell.

Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la 'formulación' de las políticas. *Antípoda, N°10*. 21-49.

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad. Una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista,* N°52. 1-17.

Violencia contra las mujeres en contextos migratorios. Experiencias, estrategias e implicancias en la salud/enfermedad/cuidado

MARÍA FLORENCIA LINARDELLI*

Introducción

En las últimas décadas, la violencia contra las mujeres migrantes constituye un tema de creciente interés en el campo de estudios sobre género y migraciones. Distintas investigaciones señalan que el contexto migratorio expone a las mujeres a diversas situaciones de violencia patriarcal: en ocasiones huyen de esta en sus países de origen, pero también las acecha durante el tránsito y es recurrente en el destino, agudizada por las extremas condiciones en que se realizan los desplazamientos, las políticas migratorias expulsivas y la persistencia de prácticas xenofóbicas y racistas en las sociedades de acogida.

En ese marco, en esta ponencia abordamos las experiencias de violencia, su incidencia en la salud/enfermedad y las estrategias de afrontamiento y cuidado vivenciadas por mujeres migrantes. Específicamente, nos enfocamos en mujeres campesinas originarias de Bolivia y del norte argentino que realizan movilidades asociadas con el trabajo agrícola estacional cruzando distintas provincias argentinas.

Utilizamos la estrategia metodológica de relatos de vida, reconstruidos en un trabajo de campo realizado entre 2014 y 2018 en la provincia de Mendoza, Argentina. Teóricamente nos valemos de

* IDEGEM UNCuyo.

perspectivas feministas y de la antropología de la salud para analizar estas experiencias de violencia como vivencias singulares que se inscriben en procesos políticos, económicos y culturales más amplios.

Existen pocos estudios que vinculen la problemática de la violencia y la salud para analizar la situación de las mujeres migrantes que se realizan movilidades en el Sur global. Frente a esta vacancia nuestro artículo busca aportar a la temática, sugiriendo que la violencia patriarcal, xenofóbica y racista que sufren las mujeres migrantes que circulan por territorios argentinos trabajando en el agro, se vincula estrechamente con los contextos de vulnerabilidad social en que viven y trabajan (Grimberg, 2006). Asimismo, buscamos hacer visible que ellas no soportan pasivamente esa situación, sino que desarrollan distintas estrategias de cuidado en procura de sustraerse de las agresiones y reparar los daños que estas provocan.

Antecedentes y perspectivas teóricas para el análisis de la violencia contra mujeres migrantes

En las últimas décadas, la violencia contra mujeres migrantes constituye un tema de creciente interés en el campo de estudios sobre género y migraciones. Existe un cúmulo de investigaciones desarrolladas en España, Estados Unidos y México. En el primer caso, los estudios señalan que la tasa de violencia contra mujeres migrantes es significativamente mayor que en mujeres nativas, situación que ha seguido una evolución creciente en los últimos años. Además, se abocan a analizar la violencia en el ámbito de la pareja y construyen su argumentación en torno a la idea de una vulnerabilidad estructural de las mujeres migrantes frente a la violencia (Montañés y Moyano, 2006; Ladino, 2011; Arnoso, *et al.*, 2012; Bello Morales, 2012; Alencar-Rodrigues, Cantera, y Strey, 2013; Mena Mosquera, 2015).

En Estados Unidos encontramos investigaciones que focalizan en las experiencias de violencia doméstica sufridas por las migrantes latinoamericanas. Las investigaciones sostienen que las políticas de control de la inmigración comprometen la seguridad de las mujeres migrantes, al tiempo que afrontan diversas desigualdades cuando acuden a diferentes ámbitos institucionales en búsqueda de ayuda, lo que las empuja a desarrollar múltiples estrategias en procura de sobrevivir (Erez y Adelman, 2009; Deusdad-Ayala, Moya, y Chávez-Baray, 2012; Silva-Martínez, 2012).

Otras autoras son críticas con las investigaciones llevadas a cabo desde países del Norte global, porque consideran que suelen criminalizar y estereotipar las sociedades de procedencia de las migrantes y ocultan la responsabilidad de la sociedad de acogida en la aparición de la violencia. Las investigadoras cuestionan la utilización de los conceptos

de víctima/vulnerable, por cuanto homogeniza y subalterniza a las migrantes, contribuye a construir perfiles rígidos sobre las mujeres, condiciona el acceso igualitario a los derechos y favorece políticas persecutorias de las sujetos que debieran proteger. Además, considerar a las migrantes como víctimas invisibiliza su autonomía y protagonismo en los procesos migratorios (Albertín, 2016; Cea Merino y Montenegro-Martínez, 2014; González-Prado y Bacci-Tamburlini, 2014).

En el caso de México, existen estudios que indagan la violencia y la dominación de género, étnica y de clase que pesa sobre las mujeres indígenas implicadas en movimientos migratorios internos asociados al trabajo agrícola (Lara Flores 2003). Otras investigaciones recorren las diversas formas de violencia a las que se ven expuestas mujeres indígenas, mexicanas y provenientes de distintos países de América Central, al transitar por México para ingresar a Estados Unidos (Ruiz, 2004; Morett Sánchez y Pizano, 2015; Suárez Escobar y Durand Alcántara, 2014). Algunos de estos trabajos examinan la violencia contra las migrantes a la luz de las restrictivas políticas migratorias y las relaciones internacionales entre estos países (Pérez Oseguera *et al.*, 2008; Woo Morales, 2004).

En Argentina, se destaca un estudio etnográfico realizado por Alejandro Goldberg (2013) en el Área Metropolitana de Buenos Ai res, en el que abordó las trayectorias migratorias y los itinerarios de salud de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos. La investigación evidenció que son las mujeres quienes sufren con mayor intensidad y con peores consecuencias las distintas situaciones de violencia (estructural, física, psicológica) y de riesgo para su salud presentes en el modo de vida/trabajo/vivienda en los talleres. También se dispone de investigaciones que analizan la violencia doméstica contra migrantes bolivianas y señalan la naturalización de este fenómeno por parte de las mujeres (Buccafusca, 2010).

Comprender la relación entre violencia patriarcal y la salud de las mujeres requiere una perspectiva conceptual que pueda situar estas temáticas en el seno de los procesos sociales que las producen. Por una parte, en este trabajo sostenemos una perspectiva teórica sobre la violencia hacia las mujeres que la inscribe en el seno de la reproducción de sociedades patriarcales y la comprende como una situación social, estructural y política, antes que un problema asociado de psicopatología individual de un agresor o con la presunta vulnerabilidad de las mujeres (Crenshaw, 1998; Segato, 2003). Por otra parte, definimos la salud-enfermedad-cuidado en los términos propuestos por las ciencias sociales en el campo de la salud, esto es como un proceso sociohistórico y una construcción social que no se reduce a sus manifestaciones biológicas e individuales (Grimberg, 1997).

La violencia contra las mujeres participa como uno de los mecanismos principales mediante los que se garantiza la obediencia a la jerarquía patriarcal. En palabras de Rita Segato "el mantenimiento de esa ley dependerá de la repetición diaria, velada o manifiesta, de dosis homeopáticas pero reconocibles de violencia" (Segato, 2003: 107) que recuerda a las mujeres su lugar en la sociedad. Para la autora, la violencia es una faceta constitutiva de las relaciones de género en su aspecto percibido como "normal". Es decir, no se trata de un fenómeno extraordinario, del orden de lo atípico o de una tragedia, sino que las expresiones extremas -violencia física, sexual y asesinato- forman parte de un gradiente de situaciones más solapadas, capilares, invisibles o de difícil percepción, que se confunden en el contexto de relaciones incluso aparentemente afectuosas (Segato, 2003).

En un sentido similar, existen autoras que destacan la ligazón entre discriminación, estigmatización y violencia (Grimberg, 2006). En efecto, el ejercicio de diversas formas de violencia suele anudarse con prácticas discriminatorias que forman parte necesaria su funcionamiento y eficacia:

> "[…] los procesos de estigmatización no pueden comprenderse fuera de su ligazón a prácticas de discriminación social que afectan la vida y los procesos identitarios de vastos conjuntos sociales. Estas prácticas de discriminación articulan dispositivos de sujeción y opresión que se traducen en diversas formas de violencias y abiertas persecuciones contra sujetos y grupos." (Grimberg, 2006: 37).

Ahora bien, los feminismos antirracistas señalan que la violencia patriarcal no afecta a todas las mujeres del mismo modo. Kimberlé Crenshaw (1998) destaca que el maltrato contra las mujeres de color resulta frecuentemente de la intersección de patrones racistas y sexistas y, por tanto, su experiencia no está determinada por los márgenes tradicionales de la discriminación de género. La autora postula que la agresión física sufrida por las mujeres de color es la manifestación más inmediata de la subordinación en la que viven, vinculada con el desempleo, el trabajo precario y la pobreza. Por tanto, cuando analizamos la violencia patriarcal que se dirige a mujeres migrantes debemos reconocer que las mujeres no experimentan la misma opresión de género, sino que ésta se transforma según diferentes contextos y de acuerdo con "múltiples pertenencias" (Anthías, 2006).

Estrategia metodológica

La temática abordada se desprende una investigación más amplia sobre la relación entre condiciones de vida y trabajo y experiencias

de salud/ enfermedad/cuidado de mujeres migrantes que se insertan laboralmente en la agricultura de Mendoza. En dicha investigación, aunque no lo indagamos explícitamente, durante el trabajo de campo surgió como un dato recurrente las experiencias de violencia. En las diferentes entrevistas, las mujeres relataron recorridos migratorios atravesados por diversas formas de violencia patriarcal, xenofóbica y racista acontecida en hogares, comunidades, ámbitos laborales e institucionales.

En términos generales, seguimos un enfoque etnográfico (Grimberg, 2001) con la finalidad de producir datos primarios que pudiesen dar cuenta de las perspectivas de las mujeres involucradas en el proceso. En el marco de ese enfoque, priorizamos técnicas cualitativas específicas: relatos de vida (Bertaux, 1999; Saltalamacchia, 1992) y técnicas observacionales con diferentes grados de estructuración y participación (Jociles Rubio, 2017). La técnica del muestreo utilizada correspondió al muestreo intencionado o teórico. Entrevistamos migrantes internas y originarias de Bolivia, mujeres de distintas edades -entre los 29 y los 57 años-, algunas trabajadoras activas y otras retiradas, migrantes de mediana y de larga permanencia. Realizamos observaciones en la localidad de estudio entre 2015 y 2018 y, en el mismo período, reconstruimos los relatos de vida de seis mujeres.

El trabajo de campo de la investigación fue desarrollado en su totalidad en la localidad mendocina de Ugarteche entre 2014 y 2018. Este poblado se encuentra situado en el departamento de Luján de Cuyo, en el oasis Norte, a cuarenta kilómetros de la ciudad capital. Es una localidad de trabajadores/as agrícolas que se gestó de la mano de la migración sostenida de personas originarias de Bolivia. También aloja a migrantes provenientes del noroeste argentino, sin embargo, muchas/os estas/os últimas/as son quienes llegan en temporada de cosecha y luego retornan a sus provincias de origen.

Resultados. Experiencias de violencia en contextos migratorios agrícolas

"Porque somos extranjeras mucha gente se abusa" La violencia contra las mujeres migrantes

En los relatos que siguen veremos que las agresiones en el entorno familiar y de la pareja resulta una de las manifestaciones de un mapa más complejo de violencias. La violencia institucional, la discriminación, la estigmatización y el abuso sexual en el trabajo, el acoso y hostigamiento en sus comunidades, conforman un entramado cotidiano de agresiones contra las mujeres migrantes. A fines de organizar la diversidad de narrativas presentamos las distintas experiencias de

violencia de acuerdo con el ámbito en el que acontecen/acontecieron: los espacios laborales, las relaciones familiares y de pareja, las instituciones públicas y los espacios comunitarios.

Las narrativas de las migrantes expresan que los ámbitos laborales constituyen el escenario de distintas formas de violencia -psicológica, económica y sexual- ejercida primordialmente por empleadores y cuadrilleros, pero también por compañeros/as de trabajo, identificados como "los criollos" o "los argentinos".

> *"Te dicen "esta boliviana de mierda que va adelante y nos hace quedar mal, por qué no se va a su país". Cuando te toca un cuadrillero que es criollo ¡te apura, te apura! y dice "estos bolivianos de mierda, para qué me los mandan". En algún momento, cuando me pasa eso, les digo "Soy boliviana y soy orgullosa ¡soy negra, sí, soy negra! todos somos únicos, cada persona es única. Yo aquí vine a trabajar por necesidad y creo que tú también vienes por necesidad. Porque nosotros trabajamos no tenemos que ser discriminados, porque somos personas como ustedes y como todos". Allá en Bolivia no tenemos esa discriminación y de esa manera uno se siente mal."* (Sonia, 35 años).

> *"Yo acá conozco gente buena, gente mala, gente odiosa, gente que se aprovecha de tu trabajo. Esas violencias no me gustan. A veces, supongamos, los patrones se aprovechan de las empleadas, o le engañan, no les pagan. Si no, trabajan un mes, dos meses, tres meses y la corren. Eso es la violencia y no hay que humillarse, no hay que callarse."* (María, 57 años).

> *"Cuando trabajaba en el tabaco el patrón tenía un hermano, que era muy atrevido también...me llevaba a descargar la estufa y me hacía subir, ¿viste? Hay un palo para atrancar las cañas y ahí tenés que montarte. Cuando terminaba me decía "bájate pues", al bajarme me empezaba a manosear... y alguien le contó al patrón, yo tenía miedo de contarlo. Pensaba que me iban a dejar sin trabajo y no hablaba, yo me callaba todo lo que me manoseaban. Me daba miedo ir a trabajar con él, pero tenía que ir porque yo necesitaba. Sino ¿dónde iba a ir a trabajar?"* (Rita, 37 años).

> *"Cuando fui empleada doméstica me tocó trabajar en una casa con personas que tienen plata. Trabajábamos tres mujeres, una era cocinera y con la otra limpiábamos, porque era muy grande la casa. Ahí fue de las experiencias que una pasa… Como nosotras éramos bolivianas comíamos en medio de los perros, en un patio, donde estaban los perros nos ponían una mesita y ahí comíamos. Usted dígame ¿está bien eso? Podíamos comer en cualquier rincón, pero no donde estaban los perros, donde hacían pis, donde hacían todo ¿Qué puedo pensar? A mi manera*

de ver, porque somos extranjeras mucha gente abusa.
Después en otra casa que trabajé de empleada el hijo nos quiso violar, a mí y a la chica que cocinaba. Salimos corriendo a las dos o tres de la mañana.
No nos pagaron nunca en esa casa, la mujer nos dijo que habíamos dejado abandonado nuestro trabajo. Hay otras familias muy buenas personas, pero hay mucha gente que es hipócrita en las casas de familia. Son así porque somos extranjeras, por eso nos tratan así. No seguí mucho tiempo en las casas de familia ¿quién puede aguantar? Yo de empleada doméstica no vuelvo." (Sonia, 35 años).

En el marco de las relaciones familiares y de pareja, la violencia física y psicológica se hace presente en la cotidianidad y suscita diversas estrategias individuales y colectivas para afrontarla. Tal como indica Segato (2003), figuras masculinas próximas como tíos, maridos y/o allegados propician de las "dosis necesarias" de violencia para sostener el mandato patriarcal.

"Una sola vez le abandoné a mi marido, le dije "me voy y listo, se acabó el problema". Fuimos a escardar cebolla y salió mucho yuyo y no podíamos terminar. Mi marido se enojó y me dijo "escardá ligero o te voy a hacer re cagar". Y yo agarré mis hijos y le dije "bueno, quedate con tu chacra", y me fui a la casa de mi mamá. Después en la tarde ya me dio pena y dije "pucha, si no le ayudo yo ¿quién le va a ayudar a mi marido?". Volví.
Después de eso, una vez nada más me pegó. Nos peleamos por un chisme que le llevaron y él me metió una piña en la cara. Yo estaba embarazada de cinco meses, con la piña que me metió, me tiró al piso. Cuando me levanté, agarré una jarra de vidrio que tenía al lado y le metí un golpe en la cabeza que casi lo maté. Le dije "a mí no me vas a levantar la mano por un chisme, primero preguntame cómo fue la cosa, no tenés ningún derecho de pegarme" ¿Sabe lo que había pasado? Yo le había dicho a su hermano que quería ser chacarera, yo con mi marido, allá en Maipú. Su hermano cuando se encontró a mi marido le dijo "¿Qué, te va a mandar tu mujer? Te va a llevar a Maipú habiendo tanta tierra acá". Por eso me pegó, por querer ir a hacer chacra allá en Maipú." (Alba, 52 años).

"Yo ahora estoy separada, él vive en el mismo terreno, pero no somos pareja. Yo tengo mi plata, me llevo los chicos a donde yo quiero y él se hace cargo de sus cosas, su ropa, su comida. Eso sí, no lo dejo que se lleve a los chicos a cualquier lado, porque él me pegaba cuando estábamos juntos, no confío. Lo que más le molestaba era que mi hijo mayor no es de él, yo lo tuve soltera. Entonces siempre peleábamos porque me decía que yo gastaba mucho en mi hijo. Además, lo trataba diferente de los hijos que tuve con él.

> *A mí siempre me dio mucha bronca que me pegara y le decía "ya vas a ver un día te voy a agarrar". Él se reía y me decía "¿Qué me vas a hacer? Mirá lo que sos". Me agarraba un brazo y decía "no podés hacerme nada". Me daba tanta bronca porque, es verdad, no se puede contra la fuerza de un hombre. Pero un día me largó con una herramienta que tenía en la mano y me cortó la mejilla. ¡Tenía una furia yo! y me fui encima de él, lo agarré de abajo, de los huevos, se los apreté hasta que se arrodilló y me pidió que lo soltara. Así hay que agarrar a los hombres, no hace falta tanta fuerza, también de los pelos de la nuca, ahí les duele muchísimo. Después de eso ya no fue lo mismo. Pero también cuando mis hijos crecieron eso hizo cambiar las cosas, ellos empezaron a meterse y le decían "¿qué le hiciste a la mamá que está llorando?"* (Sonia, 35 años, registro de campo, diciembre de 2015).

> *"A mí me cambió el grupo de tejido*[1]*, lo que charlamos. Desde ahí yo empecé a decir ¿por qué mi marido me tiene que tatar así? Yo no me tengo que dejar humillar. No puede gritarme, maltratarme o humillarme. Desde que hablamos con Caro [coordinadora del taller de tejido] yo no me dejé humillar más*" (Sandra, 29 años).

Desde la experiencia de las mujeres entrevistadas, el ámbito comunitario y las relaciones vecinales también resultan espacios donde se hacen presentes prácticas racistas y xenofóbicas. Son sus vecinos/as argentinos/as quienes ejercen distintas formas de estigmatización y discriminación, las insultan, descalifican y maltratan.

> *"Antes éramos pocos bolivianos acá. Los bolivianos que había éramos mugrientos, que se yo, éramos de todo. Los argentinos, hasta ahora, nos tratan mal. Mi vecina, ella es argentina, me dice boliviana mugrienta, de todo me dice. Y yo les digo a mis hijos ¿no habrá justicia para eso? Sí, yo soy boliviana, yo conocí este pago por mi papá, si mi papá no me hubiera traído no hubiera conocido la Argentina ¿Cómo no me fui? Yo estoy cansada de la gente que dice cosas, me da rabia. Yo decía cuando era chica "¿por qué nos dicen bolivianos mugrientos?, si no somos sucios". Yo por eso no salgo, más del portón para acá o para ir ahí al grupo de tejido, no soy de salir mucho. Yo estoy cansada con la gente que dicen cosas, me da rabia... no salgo yo casi nunca, es muy raro que salga... a no ser el domingo que voy para la feria*." (Alba, 52 años).

---

1 Se refiere al grupo de mujeres "Amarantas tejedoras", un espacio facilitado y coordinado por la Fundación Ecuménica de Cuyo en la localidad de referencia. Se trata de un espacio organizado desde la perspectiva de la educación popular, orientado a la producción de tejidos para venta y el autoconsumo. En términos generales, el espacio tiene como finalidad de favorecer procesos de organización política.

> *"Cuando llegué a Mendoza me empezaron a decir boliviana. En todos lados que te miran feo, en la forma como llegaste, como estás vestida y todo eso. Por ahí nosotros no hablamos como ellos hablan acá. No solo como te vestís, sino como hablás. Como es tu forma de hablar y eso se nota mucho. Nos tratan mal, nos dicen bolivianas. Y yo no les digo nada. Yo nací en Salta y no hablo quechua como las paisanas, entonces me dicen: "esta boliviana de mierda, qué se hace la argentina si es boliviana". Yo no digo que no… yo soy del campo. No soy de la ciudad, que hablan bien, ¿entendés? Hablo como hablan siempre en el campo, yo aprendí eso*." (Rosa, 40 años).

Ante esta variedad de narraciones, en distintas oportunidades preguntamos a las mujeres participantes del estudio si alguna vez habían acudido a instituciones públicas en búsqueda de asesoramiento o ayuda. En general, recibimos respuestas negativas y alusiones a la ineficacia de los espacios institucionales existentes. Algunas de las mujeres manifestaron temor de acudir al centro de salud o al área municipal ante situaciones de violencia puesto que podían ser cuestionadas en su rol materno. Otras expresaron aprensión especialmente de contactar a las trabajadoras sociales de las instituciones públicas puesto que "después te pueden quitar los niños" o bien por la posibilidad de que su situación se complejice o empeore. "A la asistente social de la sala no he ido porque me han dicho mis amigas que no vaya. Es buena ella, trata de ayudarte, pero al final termina complicando más las cosas" (Jessica 19 años, registro de campo en grupo de tejido, septiembre de 2016).

> *"Cuando fuimos a denunciar nos mandaron a la comisaría de Luján, y ahí tenés que esperar muchísimo para que te atiendan. Ese día recién nos tomaron la denuncia a la una de la mañana, como a esa hora ya no tenía micro para volver a mi casa tuve que pasar la noche con mi bebé y mi hija en la comisaría. Ni hablar de que tenemos que tener plata para el micro y no siempre tenemos. Además, si te están pegando, si te están robando, no vienen, la policía no se mete cuando le pegan a un boliviano.*" (Rita, 37 años, registro de campo septiembre de 2016).

La mención de Rita sobre la inacción policial ante los ataques dirigidos a migrantes bolivianos/as abre otra dimensión a explorar referida a la violencia institucional. Esto es, que las instituciones públicas no solo se presentan como lugares ineficaces, sino que también en ocasiones ejercen, reproducen y/o amparan las violencias patriarcales, racistas y xenofóbicas que se dirigen a las migrantes originarias de Bolivia y del noroeste argentino.

> *"Cuando vivía en la DINAF2 fue muy difícil. Ninguna de las chicas me quería porque era la única extranjera, aparte de ser morocha, porque acá todas son más bien blancas. No ser argentina era un problema para ellas, por eso se agarraban conmigo. En una de las casas de la DINAF estuve tres meses, hasta que un día me agarre a pelear con una chica porque molestaba a mi hijo, porque mi hijo es morochito y yo era la única boliviana. Ahí me trasladaron. Pero seguía todo igual. Todos eran criollos en esas casas, o sea todos eran argentinos. Me hacían burla, me molestaban todos los días, no podía estar tranquila. Me decían que era una negra de mierda, una boliviana, que qué es lo que hacía yo acá en donde no pertenecía, que venía a comer la comida de los argentinos, que nos sacan la comida, que nos sacan la plata, que el trabajo. Y yo le decía "con mucha honra, porque yo vengo a trabajar acá, no vengo a robar*." (Sonia, 35 años)

> *"Cuando voy a Chile a comprar ropa los gendarmes nos dicen "los bolivianos solamente están trabajando como burros, pero no entienden nada". Y yo digo ya sé que somos bolivianos, pero ¿por qué nos dicen así? "Son tercos los bolivianos", te dicen siempre, y para mí eso sería discriminación. Siempre con la policía hay mucha discriminación. Y te quieren quitar lo que traes."* (Sandra, 29 años).

De los múltiples relatos hasta aquí presentados quisiéramos destacar que estas experiencias -además de constituir dolorosas vivencias individuales- se inscriben en lógicas sociales, políticas, económicas y culturales más amplias. Las experiencias de discriminación que padecen en Argentina quienes son originarios/as de Bolivia han sido analizadas por investigaciones que indican estos grupos afrontan procesos de racialización y estigmatización a partir de ciertos rasgos fenotípicos asociados con la "indianidad". Por esta vía, también se define como extranjeros/as a sus hijos/as, aunque hayan nacido en Argentina, y a las/os migrantes internos que provienen del noroeste del territorio nacional, proceso denominado como desnacionalización o extranjerización (Briones, 2005; Mallimaci, 2012; Moreno, 2017).

La racialización y extranjerización realizadas por algunos sectores de la sociedad argentina, para Alejandro Grimson (1999), se asientan en -y refuerzan las- desigualdades de clase, además de nacionales o étnicas. El autor indica que el uso de la categoría "boliviano/a", en el marco de estos procesos de estigmatización, no

2 Se refiere a las casas de acogida de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia, habilitadas para niños/as y adolescentes que son separados de sus familias de origen por diversas situaciones de vulneración de derechos.

designaría tanto a quienes nacieron en el vecino país, como a quienes muestran un determinado tipo de inserción y comportamiento en el mercado laboral.

La triple discriminación racial, nacional y de clase, expresada en la subordinación histórica de los/as migrantes bolivianos/as en el mercado de trabajo, se profundiza cuando de mujeres se trata. Las prácticas xenofóbicas y racistas se entrecruzan con la violencia patriarcal y redundan en que la violencia contra las mujeres migrantes adquiera formas específicas. El hecho de que las migrantes se vean afectadas por este entrecruzamiento de violencias, antes que reflejo de su vulnerabilidad, se vincula principalmente con los contextos de vulnerabilidad social en que viven y trabajan (Grimberg, 2006). Algunas de las entrevistadas señalaron que debieron soportar situaciones de violencia sexual en el entorno laboral por temor a perder el empleo. También aludieron que el trazado de su recorrido migratorio se vio afectado por la necesidad de escapar de los perpetradores de las agresiones. Así, algunas de sus decisiones migratorias, antes que una respuesta a oportunidades laborales o mejores condiciones de vida fueron impulsadas por la necesidad de preservar su integridad física y psicológica.

"A veces a una le causa mucho daño". La incidencia de la violencia en la salud-enfermedad-cuidado

Para los estudios feministas del campo de la salud múltiples dolencias, enfermedades y sufrimientos que transitan las mujeres hallan su cimiento en las bases de las sociedades patriarcales. En estas últimas, las mujeres padecen problemáticas de salud distintivas, no sólo atribuibles a especificidades anatómicas y fisiológicas, sino a una posición social subordinada. También las prácticas de las instituciones sanitarias participan de la producción y reproducción de las desigualdades, los estereotipos y la violencia.

Concretamente, la incidencia de la violencia patriarcal en la salud de las mujeres constituye un asunto abordado por diversas investigaciones, debido a la gravedad de los padecimientos físicos y psicológicos que acarrea. Las investigaciones asocian este fenómeno con los cuadros depresivos, cefaleas, aparición o agudización de eventos alérgicos, trastornos menstruales, pérdida del deseo sexual, infecciones urinarias, embarazos no planificados e hijos/as con bajo peso al nacer (Tájer, Gaba, & Reid, 2011; Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, & Martín-García, 2004).

Entre las diversas narrativas reconstruidas en nuestro trabajo de campo un relato nos acerca el impacto de la violencia patriarcal en la salud y el cuerpo de las mujeres, así como también las estrategias

desplegadas para afrontar los daños que provoca. Se trata de una situación de violencia física y sexual experimentada por una de las migrantes que entrevistamos.

> "A veces cuando una viene de Bolivia muchas cosas pasan. El día que me escapé de la casa de mi tío fue porque él me pegó y me pateó en el piso… esa noche me violaron. Yo creo que mi tío mandó al hombre que me violó. Después de eso tenía toda la espalda golpeada. Me dolía todo el cuerpo, un poco también por la pelea con mi tío. No podía hablar, solo lloraba. Pasé el día siguiente sentada al sol, sentía mi cuerpo re mal, no podía hacer nada, no tenía fuerza digamos. Cuando me encontré con mi hermano le pedí que por favor nos vayamos a otro lugar. Me dijo que sí y me llevó a pasar la noche a un galpón con unos matrimonios para que me cuidaran. Una señora me llevó con ella y me prestó un colchón para dormir. Le conté lo que me había pasado, ella me decía que por qué no toqué su puerta esa noche. Yo no le podía contestar. No podía dormir del dolor de espalda que tenía, entonces la señora agarró un jarro de aluminio, en ese le vació alcohol y sal, le hizo hervir y con eso me lavó el cuerpo. Me dijo que mi cuerpo, mi espalda, estaba moreteada por los golpes que recibí. Lloraba mucho la señora cuando me lavaba la espalda.
> Antes no me gustaba hablar nada de eso, porque me sentía re mal. Pero después una vuelta en la finca nos sentamos así entre mujeres, ¿viste? Y empezamos a hablar y una de las chicas empezó a contarme que su mamá había ido a tener su hermanita al hospital y su papá se había abusado de ella. Y así, empezamos a contarnos, ella me contaba llorando, la otra contaba llorando, yo contaba llorando también lo que me había pasado... y desde ahí ya nunca más me da cosa para contar. Yo pienso que todo lo que tenía guardado le saqué afuera. Vi que no me pasó únicamente a mí, capaz lo de mi compañera de trabajo fue más feo todavía, porque fue su papá no otra gente, no sé cómo me sentiría si me pasara así con mi papá. Me puse a pensar eso y lo extraño es que a las tres mujeres que estábamos ahí, las tres pasamos las mismas situaciones casi.
> De ahí me siento tranquila, libre, de ahí pude contar, ya no tengo miedo, ni dolor. Pero antes no podía hablar de eso. Porque a veces a una le causa mucho daño... a veces nos cuesta recuperar, por lo menos a mí me costó mucho, muchísimo. Tenía miedo, aunque ya era grande. Yo sé que ya soy una mujer grande, que ya tengo hijos, pero igual yo tenía terror que me pudiera pasar eso ¿me entendés? Yo sé que ¿qué me puede hacer? Me pongo a pensar, ¿viste? digo "¿qué siempre me puede hacer? ya no va a ser como antes". Pero igual me daba terror, tenía miedo, apenas veía a los hombres me daba miedo, aunque me esté mirando ya, estoy sintiendo, parece que me esté tocando, que me está atacando. Pero después de que charlamos, no digo que no tengo miedo, pero ya no tanto como antes. Por ahí me da

> miedo ir a la sala cuando es de noche, que me pueden pasar esas cosas, pero es diferente porque el miedo me dominaba antes, me ganaba, no podía salir adelante. Pero ahora ya no." (Rita, 37 años).

A partir del relato precedente, y de las otras narrativas analizadas en la sección anterior, observamos las múltiples formas en que la violencia incide en la salud-enfermedad-cuidado de las mujeres migrantes.

Por una parte, ellas refieren que las distintas situaciones de violencia suscitaron sentimientos de dolor, rabia, furia, tristeza, bronca, cansancio, miedo y terror. Estas sensaciones, si bien se asocian manera precisa con los distintos acontecimientos experimentados, las acompañaron durante largos períodos de sus trayectorias y requirieron de arduos y prolongados procesos para recuperarse. Algunas de las mujeres identificaron con precisión que estas experiencias incidieron en su vida cotidiana, en sus relaciones interpersonales, en el desempeño de su trabajo e incluso en sus decisiones migratorias. Para otras mujeres no se trata de un asunto ubicado en el pasado, sino que el temor reaparece en su cotidianidad y se repone ante situaciones que identifican como amenazantes. Algunas de ellas manifestaron especial cansancio y agobio vinculado con las situaciones de discriminación en sus comunidades, que han conducido a limitar las interacciones comunitarias. Cada una de estas vivencias sugiere la afectación de distintas áreas de la vida cotidiana y redunda en una disminución de su calidad de vida.

Por otra parte, cabe mencionar los diferentes daños y lesiones provocadas por agresiones físicas y sexuales, como hematomas, cortes, dolores corporales y pérdida de energía o de vitalidad. Estos daños recibieron la atención y el cuidado del entorno próximo de las mujeres, sea amigas, familiares o allegadas. En ningún caso las mujeres acudieron a instituciones sanitarias para recibir atención debido a la aprehensión que suscitan las posibles intervenciones tutelares.

En relación con lo anterior, pudimos advertir que las respuestas estatales para prevenir, sancionar y erradicar la violencia patriarcal participaron en la producción de contextos de vulnerabilidad social para las mujeres migrantes. En Argentina, estas políticas públicas, tras décadas de omisiones, resultan esporádicas y poco sistemáticas. Además, el escaso presupuesto en materia de prevención y la ineficacia judicial en la investigación y la sanción de feminicidios y otras violencias, han contribuido a crear un clima de impunidad para los atacantes. Esto ha situado en reiteradas oportunidades al Estado como cómplice de las agresiones contra las mujeres. En particular, las instituciones de atención médica resultan espacios de reproducción de violencias patriarcales que atentan contra la autonomía de

las mujeres, las infantilizan y las tornan objeto de tratos crueles y degradantes, como se ha documentado especialmente en el caso de la atención obstétrica (Canevari, 2011; Yañez, 2016).

Durante el trabajo de campo pudimos observar que la impericia estatal se agudiza frente a las mujeres migrantes. De un lado, porque en las instituciones subyace su consideración como menos legítimas que las mujeres nativas para solicitar servicios públicos. De otro lado, por un prejuicio persistente entre los/as agentes institucionales que presupone que la violencia contra las mujeres provenientes de culturas andinas es un rasgo típico de sus grupos de origen, aspecto que contribuye a naturalizar las agresiones que sufren en distintos ámbitos de su vida cotidiana.

Frente a los padecimientos provocados por la violencia, y ante la carencia de espacios institucionales a los que acudir, las mujeres desarrollaron estrategias activas, individuales y colectivas, para protegerse y proteger a otras. Sea mediante la posibilidad de compartir sus experiencias, el afrontamiento de los golpes y de las humillaciones, o bien la huida de ciertos entornos violentos y de los perpetradores de las agresiones, los relatos exhiben formas de resistencia que, aunque no trastocan las relaciones estructurales que las constriñen, permiten cuestionar la consideración de estas mujeres como víctimas y vulnerables.

Conclusiones

Las violencias patriarcales y racistas y su repercusión en la salud-enfermedad-cuidado de las trabajadoras emergieron como un dato persistente en el trabajo de campo. Un complejo mapa de violencias integrado por agresiones en el entorno familiar y de la pareja, violencia institucional, discriminación, estigmatización y abuso sexual en el trabajo, acoso y hostigamiento en sus comunidades, fue tomando forma en las narrativas. En vínculo con estas experiencias surgieron distintos padecimientos psicofísicos: desde sentimientos de dolor, rabia, furia, tristeza, bronca, cansancio, miedo y terror, sensaciones de pérdida de la vitalidad y dolor corporal, hasta lesiones provocadas por agresiones físicas o sexuales.

Frente a la violencia las mujeres desplegaron estrategias individuales y colectivas, para protegerse y proteger a otras: compartir sus experiencias, enfrentar a los perpetradores de los golpes y las humillaciones o huir de ciertos entornos violentos y de los agresores. En estas prácticas de resistencia y afrontamiento hallamos una clave que permite discutir con el supuesto sostenido por algunas investigaciones sobre la presunta vulnerabilidad de las mujeres migrantes a la violencia. Si bien puede que se vean más afectadas que las mujeres nativas

por ciertas agresiones, antes que reflejo de su vulnerabilidad, esto es un resultado de lo que Mabel Grimberg (2006) denomina "contextos de vulnerabilidad social" en que viven y trabajan.

Bibliografía

Albertín, P. (2016). Subjetividades tejidas en historias de violencias de género y procesos migratorios: lugares liminales de transformación. *Psicoperspectivas. 15*(1), 66-78.

Alencar-Rodrigues, R., Cantera, L., & Strey, M. (2013). Violencia de género contra mujeres inmigrantes: un estado del arte. *La Ventana,* 37, 41-69.

Anthías, F. (2006). Género, etnicidad, clase y migración:interseccionalidad y pertenencia translocalizacional. En P. Rodríguez, *Feminismos periféricos* (págs. 49-68). Granada, España: Editorial Alhulia.

Arnoso, M., Arnoso, A., Mazkiaran, M., & Irazu, A. (2012). Mujer inmigrante y violencia de género: factores de vulnerabilidad y protección social. *Migraciones, 32*, 169- 200.

Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones,* 29, 1-23.

Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 182-188.

Briones, C. (2005). Formaciones de alteridad: contextos globales, procesos nacionales y provinciales. En C. Briones, *Cartografías Argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad* (págs. 9-40). Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.

Buccafusca, S. (2010). Un silencio que aturde. Mujeres bolivianas y violencia doméstica. *Temas de mujeres*, 31-42.

Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública.* Santiago del Estero, Argentina: Barco Edita.

Cea Merino, P., & Montenegro-Martínez, M. (2014). Marisela Montenegro- Martínez violencia de género en la pareja contra mujeres inmigradas en España. *Quaderns de Psicologia, 16*(1), 167-180.

Crenshaw, K. W. (1998). Cartografiando los márgenes: Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En R. (. Platero, *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (págs. 87-122). Barcelona, España: Bellaterra.

Deusdad-Ayala, B., Moya, E., & Chávez-Baray, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso,

Texas. *Portularia, XII*(Extra), 13-21.
Erez, E., & Adelman, M. (2009). Intersections of Immigration and Domestic Violence. Voices of Battered Immigrant Women. *Feminist Criminology, 4*(1), 32-56.
Falquet, J. (2002). La violencia doméstica como forma de tortura: reflexiones basadas en la violencia como sistema en El Salvador. *Revista del CESLA, 3*, 149-172.
Goldberg, A. (2013). Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo, 11*, 199-216.
González-Prado, P., & Bacci-Tamburlini, M. (2014). Mujeres-vulnerables, mujeres víctimas. Explorando perspectivas críticas sobre categorizaciones y prácticas institucionales en contextos de violencia patriarcal y migración. *Revista del Cisen Tramas/ Maepova, 3*(1), 121-135.
Grimberg, M. (2001). Género y vih/sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con vih. *Cuadernos médico sociales, 78*, 41-54.
Grimberg, M. (2006). Contextos de vulnerabilidad social al Vih-Sida en América Latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores subalternos. *Thule. Rivista italiana di studi americanistici, 20/21*, 31-54.
Grimson, A. (1999). *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires.* Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
Jociles Rubio, M. I. (2017). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*, 121-150.
Mallimaci, A. I. (2012). Revisitando la relación entre géneros y migraciones. Resultados de una investigación en Argentina. *Mora*.
Mallimaci, F., & Giménez Béliveau, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (págs. 175-212). Barcelona, España: Gedisa.
Mena Mosquera, L. E. (2015). *La violencia de género en las mujeres inmigrantes. Tesis de maestría.* Oviedo, España: Facultad de Derecho de la Universidad de Oviedo.
Montañés, P., & Moyano, M. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento Psicológico, 2*(6), 21-32.
Pérez Oseguera, M. L., Coppe Gorozope, L., Pérez Petrone, T., &

Trujillo Viruega, T. (2008). Mujeres migrantes y violencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, XVIII* (1), 229-250.

Saltalamacchia, H. (1992). *La historia de vida: reflexiones a partir de una experiencia.* San Juan de Puerto Rico, Puerto Rico: CIJUP.

Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia.* Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Silva-Martínez, E. (2012). Retos para mujeres inmigrantes sobrevivientes de violencia doméstica en nuevos destinos migratorios en Estados Unidos. *Migraciones Internacionales, 6*(3), 109-138.

Tájer, D., Gaba, M., & Reid, G. (2011). *Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires.* Buenos Aires, Argentina: Informe Final de Investigación Dentro del proyecto PNUD AR.

Woo Morales, O. (2004). Abuso y violencia a las mujeres migrantes. En T. Fernández de Juan, *Violencia contra la mujer en México* (págs. 71-84). México DF, México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Yañez, S. (2016). *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio… y de lo que resta (Mendoza, 2001 - 2013). Tesis para optar al título de Doctora en Antropología.* Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.

GRUPO DE TRABAJO Nº 12

Tratamientos y padecimientos vinculados a los usos de drogas

Coordinadorxs

- Florencia Corbelle, ICA-UBA. CONICET.
- Ana Leticia Fitte., IIGG/UBA.

Comentaristas

- Silvana Garbi, IIGG-UBA.
- Ana Candil, UBA/UNPaz.

Procesos y Transacciones en la Legitimación de los Usos Medicinales del Cannabis en Argentina

MARCELO SARLINGO* Y GASTÓN BARRETO**

Introducción

El bienestar humano y la salud son construcciones colectivas. Queremos decir claramente que no alcanza con sistemas de autoayuda individualizados para poder lograr una plenitud biofísica y una vida que afronte positivamente el malestar y el sufrimiento inherentes a la condición humana. La dinámica de diferentes niveles de relaciones sociales, el despliegue de articulaciones de poder y políticas públicas con eficacia macro y micro social, la semiosis social sobre lo legal y lo ilegal, los imaginarios sobre lo sano y lo enfermo, generan contextos que influyen y frecuentemente definen las condiciones de la praxis cotidiana. La emergencia de múltiples ámbitos de debates y reclamos acerca de la legalización de los usos medicinales del cannabis que se dio en todo el territorio nacional desde 2016 puso en evidencia problemáticas del campo de la medicina, de la gestión de la salud, y aspectos oscuros del Estado de Derecho. Aquí puntualizaremos un conjunto de estas problemáticas, conscientes de que estamos lejos de lograr un recuento total o una descripción exhaustiva de todas las dimensiones problemáticas que se articulan alrededor de los usos medicinales del cannabis. El trabajo se basa en la participación de los autores en la coordinación

* NURES- Dpto. de Antropología Social- FACSO/UNICEN.
** Dpto. de Ingeniería Química- FIO/UNICEN.

de un curso de medicina cannábica para estudiantes avanzados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNICEN, en el desarrollo de un proyecto de extensión sobre usos medicinales del cannabis y en aportes a diversos ámbitos de divulgación y discusión sobre la lucha por la legalización del cannabis medicinal desde el año 2015.

Oscuridades de la relación médico-paciente

Argentina posee una ley nacional que regula las características de la relación médico-paciente. Se trata de la Ley 26.526, sancionada hace diez años, exactamente el 21 de octubre del 2009. Esta legislación especifica claramente los derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de salud, y regula también los procedimientos formales de construcción de la historia clínica y la comunicación en torno al consentimiento informado. Destinada a superar los aspectos negativos del paternalismo médico, vigente durante dos mil años, y sobre todo a ubicar como centro de la comunicación entre profesionales y enfermos la "autonomía de la voluntad", el trato digno y respetuoso y fundamentalmente la asistencia sin menoscabo ni distinción alguna, la Ley 26.526 es claramente un texto que contrasta con miles de experiencias de pacientes aquejados de enfermedades crónicas y discapacitantes. Cuando Arthur Kleinman y Peter Benson (2006) argumentan científicamente sobre la imposibilidad médica de abordar el sufrimiento del enfermo y captar aspectos sociales y morales de cada situación existencial, responden de antemano a lo que claramente expresan las personas que no encuentran ningún lineamiento o apoyo claro en la medicina biomédica e incluso están insatisfechos con la relación médico – paciente en el plano humano. Muchos admiten públicamente haber llegado al consumo de cannabis mediante diversas modalidades de reciprocidad en redes de ayuda conformadas por diversas organizaciones no gubernamentales que se arriesgan a cultivar y que tienen diferentes grados de inserción en el movimiento pro-cannabis, lo que implica ilegalidad peligros teniendo en cuenta la violencia física que ejercen los diferentes organismos represivos del Estado argentino cuando ejecutan allanamientos de domicilio o requisas en plena calle. En más de una docena de exposiciones públicas y entrevistas a pacientes con diversas dolencias como fibromialgia o epilepsias refractarias a la farmacología industrial se desnudan aspectos puntuales de la relación médico-paciente, y no solamente podemos escuchar un desgranamiento de los peores elementos del paternalismo médico, sino también descripciones concretas de aspectos microsociales de la crisis actual del Modelo Médico Hegemónico. Ya Eduardo Menéndez (2003) señaló acertadamente que el biologicismo extremo y la a-socialidad que estructura la mirada médica moderna y

que caracteriza fuertemente a este modelo de hacer medicina impedía dar cuenta de que el sufrimiento de un enfermo nunca es individual, sino que también implica a la red de relaciones que sostienen su existencia. O sea, los familiares y los amigos también son impactados por el hecho social que representa la emergencia de la enfermedad y de la muerte, y la biomedicina actual no les proporciona herramientas simbólicas y prácticas para tramitar este dolor. La publicación del libro "Sin dolor. Historias íntimas de cannabis medicinal (2016), escrito por dos hermanos con formación en biomedicina y nacidos en el pueblo de General La Madrid es el resultado de un proceso de compilación de discursos surgidos de la imposibilidad de tramitar el dolor. Marcelo y Mariela Morante escriben una prosa que emerge como narración en primera persona del impedimento de transitar el dolor desde la biomedicina, y de la búsqueda de un nuevo camino de conocimiento a través de la medicina cannábica, que logre nuevas articulaciones entre lo biológico, lo subjetivo y la ciencia institucionalizada. Partiendo del reconocimiento del derecho humano al alivio del dolor y del sufrimiento y de que el dolor humano es múltiple y diverso, el texto aboga por el recurso de la medicina cannábica para tratar problemáticas concretas, por un aprendizaje para usar nuevas herramientas y para desarrollar otras sensibilidades, diferentes al reduccionismo cuantificable. En este sentido, el libro es un excelente ejemplo práctico de algunos núcleos teóricos del campo de la bioética de los años `70 y `80, núcleos que se desarrollaron buscando afirmar el consentimiento informado, la confidencialidad y el uso situado de la regla de la veracidad como herramientas de re-humanización de la relación médico-paciente.

Dos de los más significativos hechos sociales que promovieron la puesta en escena y discusión de los usos medicinales del cannabis se dieron en la pcia. de Buenos Aires. Uno de ellos se dio en un pueblo pequeño, el municipio de General La Madrid. En este lugar, el poder político local enuncia un proyecto de producción de cannabis con fines medicinales destinado a proveer paliativos a pacientes que lo necesiten. Este proyecto convertiría al municipio en el primer sitio oficial de cultivo de cannabis autorizado en la Argentina. Más allá de haber avanzado muy poco en la concreción de la producción en términos reales, la presentación pública del proyecto alcanzó difusión nacional y permitió la generación de espacios de discusión y diálogo sobre la temática, generando una legitimidad de hecho que se fue ampliando por debajo del temible marco represivo que caracterizó la política policial durante todo el siglo XX. El otro hecho es más conocido aún, y es la puesta en escena de la necesidad de miles de personas de contar con medicinas eficaces y el hallazgo del cannabis como medicamento

útil en muchas instancias donde la farmacología industrial fracasó estrepitosamente. La aparición mediática de organizaciones de la sociedad civil, ONGs como "CAMEDA" y "Mamá Cultiva" y sus posicionamientos públicos basados en el afrontamiento de los terribles efectos destructores de las epilepsias refractarias, posibilitó una visibilidad social sin precedentes sobre tópicos de extensa estigmatización. Esta aparición generó una sinergia que movilizó el extraordinario trabajo de articulación de profesionales del campo de la salud, funcionarios de universidades, cultivadores, pacientes, ciudadanos comunes y decisores políticos, que logró avanzar en una ley que permite la importación de derivados cannábicos de potencial medicinal. Obligó también a las universidades nacionales a buscar desesperadamente actualizaciones en áreas del conocimiento transdisciplinares como la cannabinología y las ciencias cognitivas. Y dejó en evidencia que la emergencia social de grupos y organizaciones que utilizan de manera variada, casi siempre a-científica, el cannabis medicinal tiene un factor central en la incapacidad médica y del sistema de salud de ofrecer una respuesta satisfactoria a diversos padecimientos, especialmente la falta de acompañamiento y seguimiento en lo que respecta al uso cannábico. Las organizaciones como "Mamá Cultiva" o "CAMEDA" (Cannabis Medicinal Argentina) se formaron a partir de la falta de respuesta del sistema biomédico oficial y de la medicina privada ante la emergencia de determinados padecimientos (principalmente epilepsia refractarias en bebés y niños) y para comprender esta formación es clave el concepto de "espacio transaccional" (Menéndez, 2003), que permite pensar las formas que toman las negociaciones entre los sujetos que practican formas de autoatención y automedicación combinadas con el uso de diversas formas de medicina (biomédicas, tradicionales, populares o alternativas). Así vemos que las prácticas de autoatención o las derivadas de la medicina tradicional (que, lejos de desaparecer, se recuperan en los diferentes territorios de las megalópolis urbanas y se mantienen co-existiendo con las racionalidades científicas modernas y postmodernas), los procesos de apropiación popular de prácticas de atención originados en la biomedicina (como la administración de fármacos sin prescripción y sin consulta) o el recurso permanente a la farmacopea popular, tienen explicaciones ubicadas en el plano de la cultura. En lo que para el médico occidental de formación universitaria es una conducta anómala, el antropólogo encuentra racionalidad a partir de acceder a ciertos significados colectivos, y en la comprensión de estos significados se encuentran las claves para futuras estrategias de prevención de padecimientos y enfermedades. El recurso al cannabis medicinal no es accesible por vias formalmente transparentes, sino que solo es posible articulando una larga cadena de solidaridades

y además requiere enfrentar importantes incertidumbres. Son muchos los pacientes que no encuentran en el paternalismo médico un alivio o por lo menos el acompañamiento para moverse hacia un conjunto de prácticas que le permitan vivir con las consecuencias de su enfermedad.

Visibles sin querer serlo

Ocho décadas de represión estatal aplicada sobre múltiples circuitos de producción y consumo generaron en Argentina un contexto de ignorancia, temor y prejuicios ante la sola mención de palabras como marihuana o porro. La obsoletización programática de los enfoques prohibicionistas se mantiene vigente aun por la vigorosa capacidad del imaginario represivo para movilizar fantasmas moralizantes y representaciones fuertemente punitivas. Por esta razón siguen emergiendo los discursos de funcionarios argentinos que no se apartan una palabra del núcleo duro de lo legislado por la Ley 23.737, que pena la tenencia para consumo personal y que ha sido el marco legal que ha propiciado el encarcelamiento de miles de jóvenes. *Grosso modo,* esto marca una continuidad de casi cien años, ya que las primeras leyes de control de ciertas sustancias psicotrópicas en nuestro país se remontan a la década de 1920-30. Y las concepciones prohibicionistas se consolidan fuertemente en 1974, con la sanción de la Ley 20771, impulsada por José López Rega, entonces ministro del área de Bienestar Social y organizador de la Alianza Anticomunista Argentina. La vigencia de esta ley, fuertemente represiva, duraría una docena de años y bastarían para consolidar la estructuración de un imaginario basado en la tríada "consumo de drogas-perversión anticristiana-subversión comunista". Este imaginario se asentaría fuertemente como una argamasa durante los posteriores treinta y cinco años e impediría análisis y discusiones realmente plurales y democráticas sobre facetas tales como el consumo problemático de drogas o los efectos en la salud colectiva de la comercialización legal e ilegal de sustancias psicotrópicas diversas (desde el alcohol y el tabaco hasta la heroína y la cocaína, pasando por la marihuana o las anfetaminas e incluso los diversos psicofármacos producidos industrialmente). El uso medicinal de variedades cannábicas nunca fue, durante el siglo veinte y en Argentina, un tópico que haya intentado discutirse en profundidad y sobre la base de un paradigma integrativo que articule lo sociocultural y lo biológico. Apenas si había una militancia minoritaria que organizaba marchas pro-legalización una vez al año, acompañando reclamos a escala internacional que se daban en muchas ciudades occidentales desde 1999, y todas las demás cuestiones (consumo recreativos, experimentaciones botánicas, reciprocidad y solidaridad en el uso profano, etc.)

transcurrían en una clandestinidad forzosa y ciertamente peligrosa, asincrónica con las libertades superficiales de otros países. Miles de jóvenes detenidos por simple portación indican claramente esta peligrosidad.

Sin embargo, por debajo de este tinglado de legislaciones y prácticas represivas, se fue formando un movimiento a partir de la práctica cotidiana de miles de personas que cultivan cannabis en sus hogares con el fin de cosecharlo para usarlo ellos mismos, ya sea como consumo denominado "recreativo" (término que designa la búsqueda de placer personal y privado), o ya sea porque padecen alguna enfermedad y aprovechan las propiedades terapéuticas del cannabis, que se conocen desde hace miles de años. Lo que emergió ante las mismas narices de los ministerios y del sistema de salud es una muy extendida práctica solidaria que socializa conocimientos técnicos y productos artesanales, sustrayéndolos de los circuitos mercantiles fiscalizados por los poderes políticos y económicos. Efectivamente, la mayoría de los cannabicultores destinan una parte de su cosecha a producir extractos que reparten a otras personas enfermas, o a familiares de personas enfermas, para que quienes padecen diversas patologías puedan acceder también a estas propiedades medicinales disponibles. El reparto solidario de aceites y extractos de cannabis llegó incluso a institucionalizarse en el caso de la práctica de una ONG, "Cannabis Medicinal Tandil", quien logró una extraordinaria legitimidad regional al articularse a la Universidad del Centro de la Pcia. de Buenos Aires y lograr difundir sus propósitos de ampliar el acceso gratuito a toda persona que esté sufriendo de un padecimiento y que voluntariamente quiera usar el cannabis con fines terapéuticos o paliativos. Los segundos sábados de cada mes, los activistas y voluntarios de esta ONG entregan gratuitamente aceites a una larga cola de personas, que a su vez tienen luego un seguimiento médico mediante una articulación notable que se generó por la intermediación de la UNICEN y por la apertura mental de varias decenas de médicos formados en la biomedicina tradicional pero sensibles a estos procesos de cambio social.

Sin embargo, el problema de la obsoletización de los marcos represivos sigue existiendo, ya que en Argentina todavía los cannabicultores corren el riesgo de ir presos aun cuando su actividad demostrable sea la de combatir el dolor, la depresión, los problemas de falta de apetito y de sueño como consecuencias no deseadas de tratamientos oncológicos, o incluso como paliativo en procesos de enfermedades degenerativas sin tratamiento farmacológico conocido. Por lo tanto, muchos cannabicultores se agruparon en sociedades civiles bajo la forma legal de ONG con un doble propósito: asociarse voluntariamente para ampliar la práctica solidaria de brindar extractos cannábicos

y para informar abiertamente sobre prácticas vinculadas a los usos medicinales que puedan ser comprendidas claramente como una actividad solidaria y no una parte del tráfico de drogas "al menudeo", término usado en lenguajes legales y periodístico para designar la venta de pequeñas cantidades y a escala de uso personal.

Esta es otra faceta singular del fenómeno que es importante enfatizar. Todo el proceso actual hace emerger aspectos mucho más profundos acerca de personas para las cuales el cultivo de cannabis y el dominio de saberes técnicos, los conocimientos sobre botánica y la práctica cotidiana de control de las condiciones ambientales de un cultivo era mucho más que una militancia. En muchos casos es lo que les da sentido a sus vidas, vidas muy alejadas de estereotipos sobre los que se asienta el discurso represivo dominante y que son muy utilizados en el mantenimiento del actual orden social. El saber de los cultivadores es uno de los reservorios de conocimientos más amplio e interesante, ya que hay miles de experiencias sin documentar y solamente sería posible conocerlas si el marco represivo nacional se vuelve más laxo y tolerante con los usos medicinales del cannabis. Las corporaciones médicas argentinas son las últimas en reconocer que hay un conocimiento práctico, sin sistematización científica, en el saber de los cultivadores, y también se demoran en incorporar el campo de la medicina cannábica, ciertamente muy desarrollado en decenas de países, a los procesos de formación académica formales. Si bien en Argentina hay algunas carreras de medicina que han abierto materias electivas (como la de Olavarría, UNICEN, o la de Bahía Blanca, UNS), todavía no se ha podido desarrollar una articulación adecuada entre los saberes populares, científicos y los enfoques legales. Sin embargo, en el punto siguiente se pueden esquematizar algunos aspectos relativos a este punto.

La extensión universitaria como espacio transaccional

Si bien en Argentina, y en varios países de Latinoamérica, la discusión sobre las mesas gestoras que permiten tomar decisiones conducentes a regulaciones nacionales sesgan los argumentos hacia la jerarquía de la evidencia clínica existente, existen experiencias en distintos países del mundo donde las decisiones estuvieron basadas en las necesidades insatisfechas y en la posibilidad de abordajes terapéuticos complementarios entendiendo la mejora en la calidad de vida que muchos pacientes encuentran. En estas discusiones ha tenido un rol protagónico el compromiso de profesionales de la salud a la hora de analizar desde múltiples miradas la información científica y clínica existente (Tabla 1, MacCallum y Russo, 2018), sin dejar de valorizar la necesidad de avanzar en esquemas de generación de evidencia.

Tabla 1
Niveles de evidencia para distintos efectos

Nivel de Evidencia	Beneficios
Evidencia concluyente o sustancial de eficacia	Tratamiento de dolor crónico en adultos. Síntomas de espasticidad en esclerosis múltiple. Tratamiento de náuseas y vómitos durante quimioterapias. Tratamiento de convulsiones en síndromes de Dravet y Lennox-Gastaut
Evidencia moderada de eficacia	Mejora de los resultados en individuos con trastornos del sueño asociados con dolor crónico, esclerosis múltiple, fibromialgia, síndrome de apnea obstructiva del sueño. Disminución de la presión intraocular en el glaucoma.
Evidencia limitada de eficacia	Síntomas de demencia. Síntomas de la enfermedad de Parkinson. Síntomas positivos y negativos de esquizofrenia. Síntomas del trastorno de estrés postraumático. Apetito y disminución de la pérdida de peso asociada con VIH / SIDA Espasticidad de esclerosis múltiple (medida por el médico) Traumatismo craneoencefálico / hemorragia intracraneal asociada a discapacidad, mortalidad y otros eventos. Síntomas de ansiedad en los trastornos de ansiedad social (CBD). Síntomas del síndrome de Tourette
Evidencia limitada de ineficacia	Síntomas depresivos en pacientes con dolor crónico o esclerosis múltiple.
Evidencia insuficiente de eficacia o ineficacia	Abstinencia en adicciones Síntomas del síndrome del intestino irritable. Cánceres, incluido el glioma. Anorexia asociada al cáncer, síndrome de caquexia y anorexia nerviosa Síntomas de esclerosis lateral amiotrófica. Corea y algunos síntomas neuropsiquiátricos asociado con la enfermedad de Huntington Distonía

Las controversias surgidas en torno al uso terapéutico de cannabis suelen estar fundadas en que la evidencia se basa en distintas formulaciones empleadas al realizar los ensayos clínicos y construir información científica. El uso de cannabis en el nivel de desarrollo que se encuentra pone en evidencia la necesidad de una práctica médica distinta, compleja por la diversidad composicional de los derivados cannábicos que suelen usarse y muy diversa por la gran cantidad de variedades que se expresan en quimiotipos distintos. En este sentido,

definir estrategias de dosificación requiere conocer composición y cuantificación de principios bioactivos mayoritarios. Si bien parece una obviedad desde un enfoque de medicina occidental hegemónica, a la fecha en Argentina el único derivado cannábico que ingresa legalmente suele presentar formulaciones donde sólo se conoce la cantidad de resina (la mezcla de todos los componentes que derivan de la extracción de la planta) y no los miligramos de los componentes constituyentes. O sea, las reglamentaciones vigentes permiten la importación y uso médico de derivados donde no se conoce lo que los enfoques más conservadores reclaman. Mientras tanto, la realidad actual en nuestro país es similar a la de fines del siglo XIX en EE.UU., donde predominaba el sistema "Propietary medicines", modalidad de autocuidado que termina siendo el único recurso disponible para personas reales y concretas que están sufriendo. En este sentido, hay permanentes transacciones entre diferentes modelos médicos y modalidades de medicina popular y complementaria, entre las que se puede inscribir la práctica solidaria de producción y reparto gratuito de derivados cannábicos fabricados artesanalmente. Y un aspecto imposible de ignorar es que la demanda generada por pacientes cuya problemática no tiene contención en el actual sistema de salud provocó la generación de un mercado ilegal de venta de derivados cannábicos que se desarrolló aprovechando los mecanismos del "e-commerce", que genera prácticas diferentes a las del reparto solidario que realizan los cultivadores.

Pese a la promulgación de la ley nacional Nº 27350 en marzo de 2017, la construcción del entramado social continúa liderado por proyecciones gestadas en asociaciones civiles, agrupaciones profesionales y algunas universidades que van intentando acompañar una realidad legitimada por un gran número de usuarios y profesionales comprometidos con dicho uso. En la UNICEN, se dio un acuerdo entre cuatro facultades, tomando como base la actuación de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires, y articulando luego acciones con la Facultad de Ciencias de la Salud, Facultad de Derecho y con la Facultad de Ciencias Sociales, que ha permitido poner en marcha proyectos relacionados con la temática. Desde 2018, la FIO - UNICEN es la unidad ejecutora de un proyecto de investigación relacionado con la optimización de la obtención de derivados cannábicos, un proyecto de extensión que aborda la problemática desde un enfoque interdisciplinario y, durante 2019, ha firmado un acuerdo de colaboración y trabajo con una clínica médica de la ciudad de Olavarría. Somos conscientes de que estos procesos recién están en sus etapas iniciales.

Bibliografia

Kleinmann, A. y Benson, P. (2006) La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Humanidades médicas nº 5.* Dossier: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica.

MacCallum, C y Russo, E, (2018) Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *European Journal of Internal Medicine*, 49, 12-19.

Menéndez, E. (2003) Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia e Saúde Colectiva*, nro. 8, vol. 1, pp:185-207.

Morante, M y Morante, M. (2016). Sin dolor. Historias íntimas del cannabis medicinal. CABA, ed. Paidós.

Cannabis medicinal y recreativo

Ponderación antropológica de las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de marihuana

FERNANDO LYNCH*

Introducción

Se plantea una consideración antropológica sobre las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de drogas psicoactivas objeto de prohibición legal, de entre las cuales la marihuana asoma como un caso paradigmático. Instituidas socialmente, estas nociones subyacen y en última instancia convalidan a la política vigente. Han sido razones de orden sanitario que determinadas drogas, en función de su atribuida nocividad y su consiguiente pretendido alto grado de adicción, han sido declaradas ilegales y se ha dictaminado una sanción penal hacia quienes no acatan las disposiciones jurídicas correspondientes. Se considera así en principio que, debido a su alto grado de toxicidad, el consumo de estas substancias conlleva un perjuicio inevitable, en especial en lo que hace a las condiciones psíquicas que caracterizan a un sujeto normal. De allí la tendencia coincidente de los términos con los que se las (des)califica desde el discurso oficial, tanto científico en general como médico-jurídico en particular: tóxicas, estupefacientes, narcóticas, alucinógenas. Se ha diagnosticado que quienes recurren al consumo de estas drogas padecen una *patología*, la enfermedad de la drogadicción o toxicomanía. De acuerdo a esto, la única opción saludable es la completa abstención de su consumo, por cuanto la salud mental se identifica con un *ideal de sobriedad*.

* Sección de Etnología, ICA, F.F.y L., UBA.

Esta noción de sobriedad se concibe en términos de "lo natural", como aquel estado de bienestar que se obtiene llevando un modo de vida socialmente correcto, y que por supuesto evite los riesgos de consumos que se consideran insalubres. A su vez, a diferencia de cualquier enfermedad o dolencia que produce algún malestar al sujeto, quien en principio reconoce por sí mismo estar padeciendo un trastorno, en este caso, así como se presupone que la auténtica salud consiste en no consumir estas substancias, *se dictamina unilateralmente* la condición de enfermo de quien no se atenga a la prescripción de la abstinencia. No importa la percepción respectiva del sujeto consumidor, puesto que, dado el carácter estupefaciente de la droga, su poder enajenante, habría perdido su libre capacidad de decisión. De allí la necesidad de protegerlo de sí mismo, por cuanto el Estado acude a la prohibición, lo que conlleva que el diagnóstico sanitario se vea implicado con un mandato jurídico. La vida saludable, pues, no sólo se restringe a lo natural, la abstinencia, la sobriedad, sino que se la reduce a la *obediencia* a las autoridades.

En síntesis, la noción hegemónica de salud ha entronado a la sobriedad psicoactiva no sólo como un ideal sino como una *obligación*, y el consumo de cualquier substancia que altere dicho estado normal, que produzca experiencias de embriaguez que escapan a los criterios de la habitualidad establecida, se define como *patológico*.

Dimensión intercultural de la prohibición de las drogas Surge al respecto el interrogante acerca del criterio de selección de las drogas objeto de prohibición, puesto que no queda claro por qué se han incluido algunas que no producen adicción (L.S.D., mescalina), mientras que se han excluido otras substancias reconocidamente tóxicas (alcohol y tabaco). En perspectiva antropológica es manifiesto que los motivos de tal selección, antes que sanitarios, han sido en realidad de orden *cultural*: se trata de un notorio caso de *discriminación étnica*. Alentada por predicadores puritanos a fines del siglo XIX en EEUU, la propaganda prohibicionista tuvo un anclaje social en la asociación de las drogas perseguidas con minorías extranjeras: el opio con los chinos, la cocaína con los negros, y la marihuana con los latinos, mexicanos en particular (Escohotado 1994). Consecuentemente, a lo largo de siglo XX se ha constatado que existe a nivel mundial una relación inextricable entre las problemáticas de la migración y la drogadicción (Sorman 1993). En tal sentido, así como en lo social las drogas prohibidas son concebidas como algo de procedencia *extranjera*, como productos extraños, en lo personal sus propiedades se perciben como de propiciar experiencias de *extrañamiento*, de provocar una extrañeza mental inherente al desorden psíquico que promoverían.

De allí que, lejos de responder a criterios sanitarios objetivos, las nociones de salud y enfermedad que sostienen la prohibición de las

drogas están inspiradas en un singular caso de *segregación cultural*, que ha devenido una manifiesta *discriminación social*. En concordancia con la prédica puritana, esta cruzada contra las drogas conjuga una suerte de "sustrato religioso" –por un lado la lógica sacrificial propia del chivo expiatorio (Szasz 1993), por otro el ideal de sobriedad como un mandato absoluto- con dictámenes políticos que proscriben determinadas substancias hasta el extremo de sancionar penalmente a quienes transgreden la ley.

Otra incumbencia antropológica relativa a la variabilidad cultural de las nociones de salud y enfermedad concierne a sus transformaciones de índole histórica. Por ejemplo, hace algunos siglos fueron consideradas nocivas y por ende prohibidas substancias como el café, el té, el cacao, la yerba mate, el tabaco; no obstante ello, en el transcurso del tiempo todas ellas han ido siendo incorporadas a los regímenes alimenticios actuales –sin ignorar que, consumida en exceso, cualquiera de ellas puede ser perjudicial-. Dada la falta de fundamentos consistentes de su proscripción, surge la pregunta acerca de si no está llegando el momento de que suceda lo mismo con la marihuana. Lo cual, según entendemos, implicará un *replanteo de las nociones de salud y enfermedad* que se han impuesto en relación al consumo de drogas en general.

El diagnóstico de "enfermedad mental": el presupuesto naturalista

Lo que nos lleva a interrogarnos, ¿por qué estas experiencias psicoactivas que alteran la habitualidad de la conciencia son consideradas patológicas? Una cuestión clave, advertida por Thomas Szasz (1984), es la relativa a la (im)pertinencia de la misma categoría de "enfermedad mental". Aquí nos introducimos en otra dimensión antropológica, ya no concerniente a la diversidad cultural, a la discriminación étnica, sino a la fundamental distinción entre naturaleza y cultura –y correlativas distinciones entre materia y espíritu, cuerpo y mente, objeto y sujeto-. Lo equívoco de la noción de enfermedad mental reside en confundir estas dos esferas de la realidad, proyectando la facultad de diagnóstico de patologías orgánicas, de enfermedades corporales objetivas, hacia un dominio que, más allá de depender naturalmente de un soporte biológico para su existencia –en primer lugar el cerebro-, se desenvuelve en términos cualitativamente diferentes a los fisiológicos. En tanto se trata de órdenes netamente distintos, la caracterización de "enfermedad" del dominio de lo mental es en realidad *metafórica*.

En su sentido fisiológico, la noción de enfermedad nos refiere a disfunciones orgánicas en gran medida observables o detectables por

medios empíricos, las que son objeto de tratamientos médicos donde el componente subjetivo del paciente es mínimo. En cambio, enfermedad mental es un diagnóstico basado en una determinada teoría psicológica de la mente, y sus principales evidencias empíricas son los síntomas del paciente; los cuales son interpretados según los lineamientos teóricos respectivos –que no dejan de cambiar según el devenir histórico, así como cambia a su vez la noción de lo que se entiende por un sujeto "normal"-. En nuestro caso, más allá de las consecuencias conductuales efectivas, el síntoma en cuestión es el mero consumo de una substancia, la que se considera la *causa objetiva* de la enfermedad diagnosticada.

Es preciso destacar este presupuesto epistemológico del saber médico, la asunción *naturalista* que subyace a su sesgada definición de enfermedad mental.[1] A diferencia de otras patologías psíquicas que pueden deberse a factores genéticos o sociales, se entiende que la drogadicción es una enfermedad mental de carácter personal: se es enfermo por decidir consumir una substancia que se concibe como patogénica. Más allá de las consecuencias objetivas de tal consumo –con sus obvias variabilidades subjetivas-, si producen realmente desórdenes psíquicos, si generan efectivamente delirios mentales, o bien si simplemente potencian la imaginación o propician un buen estado de ánimo, ello no importa en absoluto; lo que se considera determinante es el mero *acto de consumo*. Tal poder enajenante se le atribuye a estas substancias que la única posibilidad de no caer en su dictadura psíquica es abstenerse por completo de consumirlas.

Y así como se produce cierta con-fusión ontológica en cuanto a la misma concepción de los desequilibrios psíquicos, proyectando un diagnóstico en esencia orgánico al orden de lo mental -con su consiguiente reduccionismo naturalista-, se produce a la vez una (con)fusión disciplinaria en lo que hace a las correspondientes disposiciones sanitarias y jurídicas. En síntesis, un consumidor de drogas no sólo es un *enfermo*, sino también un *criminal*. Se sanciona por ende un *doble castigo*, el supuestamente natural que se padecería al caer en la drogadicción, y el propiamente social infringido por las autoridades del caso. Viene al caso señalar que semejante reforzamiento disciplinario ignora la sabia indicación de James Frazer formulada en torno al tema del tabú del incesto: *"Lo que la naturaleza misma prohíbe y castiga no tiene necesidad de ser prohibido y castigado por la ley"* (citado en Freud 1985: 162).

No obstante, el carácter comprensivo de la legislación contem pla que los detenidos por las fuerzas del orden, en lugar de sufrir

1 Críticas del determinismo biológico en general y del farmacológico en particular pueden verse en Martínez Hernáez (2007) y en Muñoz Robles (2012), respectivamente.

encarcelamiento como los demás delincuentes, se sometan a un tratamiento de rehabilitación a fin de que puedan "curarse" de semejante enfermedad. Es menester empero advertir la baja proporción de personas enviadas a los centros terapéuticos que alcanzan el objetivo buscado. Se ha reconocido el problema de la falta de "demanda" de los allí enviados, es decir, la *falta de reconocimiento personal* de estar padeciendo un trastorno, y por ende aceptar someterse a un tratamiento –compulsivo-. Lo cual dificulta la instalación del proceso de transferencia, instancia esencial de la eficacia terapéutica (Kamenieki 2001). Por otro lado, se ha advertido la marcada impronta *moralizante* de los tratamientos (Renoldi 2012). Impregnados de una prédica religiosa, el pretendido proceso de curación toma la forma de una suerte de *conversión* –como lo da a entender el expreso propósito de "rehabilitación" de los afectados, una rehabilitación moral de una conducta desviada.

Desde la teoría psicoanalítica se ha cuestionado la validez del diagnóstico oficial de la enfermedad de la drogadicción (Le Poulichet 1987, Vera Ocampo 1987). En especial se han advertido las distorsiones conceptuales derivadas del supuesto naturalista: en tanto asume la lógica explicativa de las ciencias naturales, centrada en la linealidad mecanicista causa/efecto, dicho supuesto no sólo desconoce la dinámica *interactiva* del consumo de drogas, sino que conlleva una cancelación de la propia *subjetividad* del consumidor. En cuanto se presupone que la enfermedad es causada unilateralmente por la substancia, se deja de lado la *relación* que establece el sujeto con la misma, negando en última instancia tanto su capacidad de respuesta como su propia *responsabilidad* al respecto. Se trata de un caso paradigmático donde se produce lo que Michael Taussig (1995) ha llamado la *reificación del paciente*: según la "construcción clínica de la realidad" inherente al predominante enfoque instrumental de la medicina, se produce en consecuencia una cosificación de la persona. Ilustrativa al respecto es la condición de la *abstinencia*. En la medida en que se confiere semejante poder de sujeción a la substancia, se pretende que el paciente, según lo dictaminado por los expertos, simplemente se abstenga por completo de su consumo. Y así como se magnifica el poder de la droga, se minimiza la capacidad de decisión del sujeto, al punto de sumirlo en la mera obediencia a los dictados de la autoridad.

Un aspecto fundamental a poner de relieve es la cualidad *ambivalente* de las propiedades psicoactivas de las drogas; tal como lo revela la antigua voz griega *phármako*, una droga puede ser *tanto un remedio como un veneno*. Si bien en potencia es ambas cosas, que su consumo se actualice en uno u otro sentido depende fundamentalmente de las condiciones en que se lo realice. El punto clave al respecto es la *dosis*,

puesto que el margen de toxicidad de cualquier substancia depende en primer lugar de la *proporción* en que es ingerida.

Se puede aceptar que un consumo desmedido de cualquier substancia psicoactiva puede tener consecuencias perjudiciales en un sentido estupefaciente o narcótico; empero, ello no es correcto cuando el consumo se mantiene dentro de ciertos límites, cuando está adecuadamente auto-controlado. En estos casos, sin duda el de la mayoría de los millones de consumidores en todo el mundo, la atribución de un carácter patológico a dichas experiencias es por completo infundada. Tal como ha advertido Douglas Husak (2001), se ha producido el error de *generalizar a partir de los peores escenarios* –reverso especular de ignorar los mejores, por cierto-. Según el término predominante en la actualidad, el diagnóstico oficial se ha focalizado en los "consumos problemáticos", negando la realidad mucho más corriente de los satisfactorios.

De allí que, para quienes tienen experiencia en el tema, el mandato de la abstención absoluta resulta absurdo y sin sentido, basado más en la ignorancia y los prejuicios que se tienen al respecto que en un conocimiento fidedigno. Sin embargo, ha sido tan eficaz la propaganda oficial que, para la mayoría de la población, incluso para unos cuantos consumidores, el consumo de las drogas prohibidas sigue manteniendo su estatus patológico. Por ende, si bien en las últimas décadas se han realizado numerosas críticas serias y bien fundadas a la prohibición, a cierto nivel se mantiene prácticamente incuestionable –aunque ampliamente desobedecida.

Control social y medicalización de la vida

Entre otros autores, Carlos Rodofo Hügel (1997) ha interpretado que la política de drogas constituye un vehículo de *control social*, de afianzamiento del dominio que las autoridades, jurídicas y sanitarias en primer lugar, mantienen sobre la población en general. Advierte que, basado en una falaz descalificación y hasta infantilización de los consumidores, este dominio es consecuente con una pronunciada *medicalización* de la vida social. No sólo la concepción predominante de lo que es considerado una persona "normal" y "saludable" ha sido definida arbitrariamente por las autoridades jurídicas y sanitarias, sino que las condiciones concretas de la atención de cualquier patología deben descansar exclusivamente en manos de los expertos.[2]

---

2 Si algo se descalifica sin atenuantes desde la corporación sanitaria es la automedicación. En su postulación de una *teología de la medicina*, Thomas Szasz (1981) sugiere que con el pasaje del interés medieval en la salvación al interés moderno en la curación, los médicos han llegado a asumir el papel de genuinos "sacerdotes de la

El caso del consumo de drogas pone en evidencia que el diagnóstico oficial, al dictaminar la existencia de la enfermedad de la drogadicción unilateralmente desde la autoridad médica hacia el imputado enfermo, deja de lado la crítica cuestión de la existencia de un *reconocimiento* de algún malestar por parte de éste. Tal falta de reconocimiento es interpretada como un síntoma de la enfermedad padecida, una resistencia en sentido psicoanalítico, o bien una muestra de la "evasión de la realidad" producida por los mal llamados alucinógenos. Lo que está en juego es justamente *la capacidad de las propias personas para evaluar su condición saludable o enferma*.

A su vez, en el ámbito jurídico se ha producido un colapso de las categorías de víctima y victimario: la persona que es víctima de la droga es a su vez su propia victimaria, puesto que sería ella misma quien se estaría autolesionando. Estamos ante un atípico caso en el cual se dictamina una sanción penal para una conducta que, en principio, *no produce un daño hacia un tercero* (Husak 2001). Ello ha llevado a varios juristas a declarar *inconstitucional* la norma que dictamina dicha sanción, puesto que atenta contra la advertencia de nuestra Carta Magna según la cual el Estado no debe interferir en las decisiones que son de incumbencia personal de los ciudadanos (Neuman 1991). Se trata de una condición de tutelaje, quizás coherente en regímenes totalitarios, pero insostenible en un orden en verdad *democrático*. Se ha señalado que, en cuanto lesiona el derecho elemental a elegir los propios objetos de consumo, la prohibición de las drogas atenta contra la misma "salud democrática" de nuestras repúblicas modernas (Romaní 1999). En tanto la política prohibicionista mina el sentido de responsabilidad personal inherente a todo ciudadano de la nación, cuyo Estado de Derecho ha consagrado los valores democráticos de libertad e igualdad, conlleva una *minorización de la subjetividad* (Lynch 2018). Un instrumento idóneo para afianzar este nuevo modo de dominación, esta sujeción de los ciudadanos a la autoridad indiscutible de los expertos, es el creciente proceso de medicalización promovido desde las altas esferas. Al respecto viene a ser ilustrativo el paradigmático caso de la marihuana.

Cannabis medicinal y recreativo: percepciones encontradas de una misma planta

Resulta esclarecedor considerar las nociones de salud y enfermedad en juego en relación a la contraposición generada entre cannabis medicinal y cannabis recreativo. Que la marihuana tiene propieda des

---

salud", lo que les confiere una suerte de autoridad absoluta sobre sus pacientes.

beneficiosas para aliviar determinadas dolencias es algo que se sabe desde hace milenios. De hecho, hasta que advino la prohibición, diversos preparados de cannabis se ofrecían abiertamente como remedios para ciertos malestares. Sin embargo, desde su proscripción hace casi un siglo, de acuerdo a las autoridades médicas pasó a ser considerada exclusivamente como una substancia dañina, negándose en principio sus propiedades terapéuticas. Ahora bien, estos últimos años se ha producido un giro notable en la percepción social de la marihuana, uno de cuyos síntomas es el desplazamiento de este término, históricamente peyorativo por su sobrecarga de discriminación étnica hacia los latinos, por el más políticamente correcto, en virtud de ascendencia científica, de *cannabis*. Existen al respecto dos factores a tener en cuenta.

En primer lugar, una cualidad de esta planta es su bajo margen de peligrosidad -compatible con la práctica de numerosas actividades, algunas de alto riesgo físico, otras de índole artística e incluso intelectual-; ello es consecuente con el hecho de que su consumo se ha expandido a millones de personas en todo el mundo. A su vez, dada la facilidad de su producción doméstica, es creciente el número de sus consumidores que la cultivan -desafiando la prohibición por un lado, atentando contra el negocio del narcotráfico por el otro-.[3] En tanto muchas de estas personas se han organizado y manifestado públicamente para reivindicar la *licitud* y por ende su *derecho* al consumo y al cultivo de marihuana, se ha gestado un movimiento cannábico de alcance mundial.[4]

En segundo lugar está la incuestionable puesta en evidencia de las *propiedades terapéuticas* de la marihuana; aunque conocidas desde hace mucho tiempo, recién ahora son reconocidas a nivel general. Lo en verdad sorprendente al respecto es la amplia aceptación social de lo que se conoce como *cannabis medicinal*. De hecho, así como el uso terapéutico legal de la marihuana existe desde hace más de dos décadas en varios estados de la misma cuna de la prohibición (Grinspoon y Bakalar 1997), también son cada más los países que lo han ido contemplando en su legislación en estos últimos tiempos. En Argentina hace dos años se sancionó la Ley del Cannabis Medicinal, aprobada por unanimidad en la cámara de diputados. También fue unánime la

3 Un comentario sobre "la singularidad cannábica: la posibilidad del auto-cultivo" puede verse en Lynch 2017.

4 Durante 2013 y 2014 participé de la Agrupación de Agricultores Cannábicos Argentinos (AACA); en colaboración con algunos de sus miembros elaboramos el texto "Apología del cannabis. Reivindicación del consumo y el cultivo de marihuana", el cual puede verse en Lynch 2017.

celebración de este avance por parte de los medios masivos, tan conservadores en general al respecto. No tan unánime ha sido la conformidad respectiva de los miembros del movimiento cannábico, puesto que esta ley no sólo es muy restrictiva en cuanto a las enfermedades que contempla, sino también en relación a las condiciones de acceso a tales productos. Pero lo en verdad problemático, que evidencia los infundados prejuicios hacia la condición patogénica de esta planta, es que se ha dejado de lado una de las principales reivindicaciones de los militantes: el reconocimiento del *derecho al auto-cultivo* –como han dado el ejemplo en primer lugar Uruguay y después Canadá, así como algunos estados de EEUU.

Aquí es donde aflora la cuestión crítica relativa a la contraposición entre cannabis medicinal y recreativo. Lo que se ha legalizado, así como ha sido en gran medida aceptado por la población en general, es la utilización de la marihuana como un *medicamento* –por supuesto bajo el estricto control de las autoridades-. Pero lo que se mantiene estigmatizado, como lo indica el rechazo de habilitar el auto-cultivo, es el consumo *recreativo* de la misma planta. Sucede que la ambivalencia propia del fármaco, tal como han señalado tanto Szasz (1993) como Le Poulichet (1987), se actualiza como *remedio* cuan do es facultada por el *experto* del caso, pero lo hace como *veneno* en cuanto es consumida por *decisión propia*, no sólo sin autorización de algún facultativo, sino sin que exista una intención terapéutica. Dicho consumo, llamado recreativo, lúdico, que puede ser con fines sociales, festivos, espirituales,[5] artísticos, intelectuales o simplemente relajantes o placenteros, es descalificado como un *vicio*, y lleva todavía el estigma de ser de una u otra forma una conducta patológica.[6] De allí su rechazo legal y social, reverso especular de la amplia aceptación de su utilización medicinal. Esta situación ilustra la creciente medicalización de la vida social moderna, motivada por la confluencia de los intereses económicos de los laboratorios, de numerosos funcionarios políticos y de las autoridades sanitarias en general.

Es de destacar que, en consonancia con el presupuesto naturalista del diagnóstico oficial, la antítesis entre cannabis medicinal y recreativo pone de manifiesto el predominio de la *razón instrumental* en

---

5 Una breve reflexión sobre la "dimensión espiritual del consumo de cannabis" puede verse en Lynch 2017.

6 En su lectura de "la fabricación del vicio" concerniente al consumo de drogas, Henrique Carneiro (2002) sostiene que se ha gestado al respecto *un nuevo racismo*, de orden bio-político antes que biológico. Convergente con dicha lectura, un análisis de la prohibición en términos de un dispositivo de-subjetivante puede verse en Lynch 2018.

nuestra sociedad.[7] Se trata de la concepción de raigambre utilitarista según la cual "el fin justifica los medios", o bien, condiciona en gran medida la percepción de las cosas según su eventual utilidad: en tanto el fin es el alivio o curación de una dolencia, estamos ante una medicina, por lo que la marihuana es aceptable; en cambio, en cuanto el fin del consumo es el mero placer o el disfrute de experiencias alternas de conciencia, la misma substancia es condenable. Aunque pareciera que así se supera la preconcepción substancialista de las drogas en general, puesto que se reconocerían sus diversas propiedades según sus diferentes modalidades de consumo, en realidad se la está reafirmando para cada caso en particular: en el primero la marihuana es indudablemente un medicamento –certificado por los profesionales respectivos-, en el segundo, por el contrario, la misma planta es en cambio un producto nocivo, hasta patogénico.[8]

De acuerdo al discurso oficial, pues, saludable sólo es el consumo facultado por los expertos, el que cumple con la función de aliviar alguna enfermedad o dolencia. La salud, de acuerdo a la pregnancia del discurso medicalizante, es aquella que se atiene a los dictámenes de las autoridades, políticas en cuanto a los alcances legales de la prohibición, sanitarias en cuanto a su fundamentación científica. En contraposición, el consumo al margen de tales lineamientos oficiales se considera una conducta enfermiza. De allí la paradoja según la cual, mientras la implementación del cannabis medicinal se aprueba en general –o habría que precisar, *en teoría*-, en un sentido directamente proporcional se sigue rechazando la del cannabis recreativo.

Lo que deja de lado la mirada instrumentalista, que el cannabis medicinal pone en evidencia, es lo concerniente a la *dimensión política* de la prohibición en el marco de nuestro modo de vida democrático. Puesto que, más allá de la eventual utilidad de estos consumos tan singulares, lo que está en juego es el *reconocimiento de la licitud* del acto en cuestión, el ejercicio de la *libertad* correspondiente; y por

---

7 De acuerdo a Charles Taylor (1994), junto al exacerbado individualismo y la creciente tecnologización de la vida cotidiana, la primacía de la razón instrumental es una de las principales fuentes del "malestar de la modernidad". En concordancia con el planteo de Taussig de la reificación del paciente, advierte Taylor que el enfoque tecnológico de la medicina ha llevado a que los pacientes sean tratados como meros asuntos técnicos antes que como personas.

8 A su vez, en tanto se mantiene una estricta separación entre ambos campos, se deja de lado que la distinción entre medicinal y recreativo no es tan estricta como se supone, puesto que un consumo medicinal puede favorecer actividades recreativas –potenciar el disfrute de la audición musical, promover la actividad artística-, así como un consumo recreativo puede tener consecuencias terapéuticas o beneficiosas para el estado de ánimo del consumidor.

ende, el reconocimiento del *derecho* a consumir dichas sustancias sin un motivo medicinal –y por supuesto, sin la autorización correspondiente de los profesionales–. Lo que nos remite a la crucial disyuntiva sobre qué modelo de ser humano se sostiene, qué modelo de sujeto consumidor se prefiere, si uno *heterónomo*, atenido a acatar ciegamente los diagnósticos y dictámenes de las autoridades; u otro más bien *autónomo*, uno que confíe en su propia decisión sobre qué cosas consumir y cuáles no, y que asuma en consecuencia la *responsabilidad* de sus acciones.[9] Hay que tener presente que la política de drogas vigente, con su pesada carga moralizante a cuestas, no ha hace otra cosa que socavar la dimensión propiamente ética de la vida humana, la correspondiente a la facultad de evaluación personal de la bondad o malignidad de las conductas a seguir.

En fin, habría que considerar en qué medida una condición efectiva para mejorar la salud de la población en general es acabar con esta absurda prohibición, y en consecuencia, dejar libradas a las decisiones de los ciudadanos las elecciones relativas a sus objetos de consumo. Sería saludable en lo físico, puesto que una vez legaliza do el comercio de todas las drogas psicoactivas se podrían conocer fehacientemente las propiedades y cantidades de las substancias dadas. Saludable en los social/mental, ya que transparentaría muchos aspectos de las relaciones sociales que se han ido enturbiando por la imposición arbitraria e infundada de la prohibición. Saludable en lo democrático, puesto que se reconocería el ejercicio de una libertad humana básica y el inherente derecho republicano a practicarla bajo la propia responsabilidad ciudadana.

Bibliografía

Carneiro, H. (2002) "A fabricação do vicio". Recuperado de www.neip.info

Carneiro, H. (2008) "Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência". En Labate, Beatriz; Sandra Goulart; Mauricio Fiore; Edward Macrae; Henrique Carneiro (Organizadores), *Drogas e Cultura: Novas Perspectivas*, Salvador, Edufba, pp. 65-87.

Escohotado, A. (1994) *Historia de las drogas, Vol. 1*. Alianza, Madrid.

Freud, S. (1985) *Tótem y Tabú*. Alianza, Madrid.

Grinspoon, L. y Bakalar, J. (1997) *Marihuana. La medicina prohibida*. Paidós, Barcelona.

9 Un análisis sobre la autonomía y la heteronomía en la experiencia psicoactiva puede verse en Carneiro 2008.

Hügel, C. R. (1997) *La Política de drogas y el paradigma de enfermedad*. Depalma, Bs. As.
Husak, D. (2001) *Drogas y derechos*. F.C.E., México. Kameniecki, M. (2001) "Iluminados abstenerse". *Encrucijadas.Drogas ilegales: hipocresía y consumo*. Año 1, Nº 8.
Le Poulichet, S. (1987) *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu, Bs. As.
Lynch, F. (2017) *Mana y tabú. Notas etnográficas sobre la cuestión de las drogas*. Antropofagia, Bs. As.
Lynch, F. (2018) "Diagrama de un dispositivo. Prohibición de drogas y constitución de subjetividad". *Runa. Archivo de las Ciencias del Hombre*. Nº 28, pp. 137-152.
Martínez Hernáez, Á. (2007) "Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico". En Mari Luz Esteban ed., *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, OSALDE, Bibao, pp. 11-43.
Muños Robles, M. (2012) "Contra el determinismo farmacológico: sociología de las drogas y reflexividad". *Sociedad Hoy*, N° 23, Universidad de Concepción, pp. 21-31.
Neuman, E. (1991) *La legalización de las drogas*. Depalma, Bs. As.
Renoldi, B. (2012) "La salud como atributo moral: usuarios de drogas y tratamientos de atención". En María Epele comp., *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre el consumo problemático de drogas*. Antropofagia, Bs As., pp. 207-232.
Romaní, O. (1999) *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel, Barcelona Sorman, G. (1993) *Esperando a los bárbaros. Sobre inmigrantes y drogadictos*. Emecé, Bs. As.
Szasz, T. (1981) *Teología de la medicina. Los fundamentos filosófico-políticos de la ética médica*. Tusquets, Barcelona.
Szasz, T. (1984) *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu, Bs. As. Szasz, T. (1993) *Nuestro derecho a las drogas*. Anagrama, Barcelona. Taussig, M. (1995) *Un gigante en convulsiones*. Gedisa, Barcelona. Taylor, C. (1994) *La ética de la autenticidad*. Paidós, Barcelona.
Vera Ocampo, E. (1987) *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Paidós, Bs. As.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 13

Antropología, salud mental y diálogos disciplinares ante procesos transformadores

Coordinadorxs

- Ana S. Valero, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, LINEA, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.
- Eugenia Rouillé, ICA, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Comentaristas

- Silvia Faraone, Coordinadora GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Eugenia Bianchi, GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA- CONICET.
- Flavia Torricelli, GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Facultad de Psicología, UBA.
- Paula Cantor, Licenciada en Trabajo social, UBA. Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH), IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Milagros Oberti, Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH), IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Saber, poder y subjetivación. Los medios de comunicación ante los procesos de reforma en salud mental en Argentina: la internación como analizador

MILAGROS LUJÁN OBERTI*, ANA SILVIA VALERO**, EUGENIA BIANCHI***, PAULA CANTOR*, SILVIA FARAONE* Y FLAVIA TORRICELLI*

Introducción

Este trabajo se inscribe dentro del campo de las relaciones entre ciencias sociales y salud mental en Argentina y es resultado de un proyecto UBACYT[1] desarrollado por el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental y Derechos Humanos – GESMYDH[2] (Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires). En particular las articulaciones entre las ciencias sociales y salud mental en Argentina presentan en años recientes avances sustentados en múltiples aportes disciplinares fundamentalmente provenientes de la sociología, psicología, antropología y el trabajo social.

En oportunidad del presente trabajo, nos proponemos explorar los avances y dificultades en procesos actuales transformadores en el campo de la salud mental que se encuentran en curso en el país a partir de

---

1 Proyecto UBACYT (2016-2019) N°20020150100171BA "Salud Mental, Infancia y Derechos Humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI. Director: Dra. Silvia Faraone.

2 El Grupo de Estudios GESMYDH se encuentra integrado por Silvia Faraone (Directora) Eugenia Bianchi, Ana Valero, Flavia Torricelli, Paula Cantor y Milagros Oberti y Costanza Leone.

* IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
** IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; LINEA, FCNYM, UNLP.
*** CONICET, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA

la mirada disciplinar de las ciencias de la comunicación. La indagación propuesta posibilitará avanzar en la construcción de áreas de debate entre disciplinas para el abordaje de un fenómeno social complejo y valorar su pertinencia y alcance para la construcción de aproximaciones que reconozcan y, a la vez, permitan trascender las fronteras disciplinares.

La ponencia planteará un análisis innovador de tales procesos en tanto retomará la especificidad del encuadre disciplinar de las ciencias de la comunicación social. La ponencia se funda en una exploración del tratamiento en los medios de comunicación relativo a los procesos de internación por motivos de salud mental en instituciones monovalentes dentro del periodo enero 2019 - agosto 2019. Se toma como punto de partida que las construcciones semánticas en referencia al campo temático enunciado expresan áreas de confrontación y consenso que se conjugan con los intereses de los diversos actores y conjuntos sociales intervinientes.

El marco normativo que precedió a la introducción de la Ley 26.657 impulsó un modelo de abordaje de los padecimientos psíquicos que convalidó prácticas y saberes de carácter manicomial como componente central de respuesta al padecimiento psíquico. Siguiendo a Foucault (2005) la construcción del abordaje asilar de la locura se fundó en: la disciplina psiquiátrica, la internación como medida y el hospital psiquiátrico en tanto dispositivo. Poder, verdad y subjetivación/normalización constituyen tres ejes que atraviesan de manera permanente la perspectiva de Foucault sobre el abordaje asilar (Huertas, 2006). La vigencia de este marco normativo y modelo de abordaje de tipo asilar- manicomial se extendió en Argentina desde mediados de siglo XIX hasta ya iniciado el XXI.

En especial en Argentina los procesos de reforma que se instituyen a partir de la sanción en 2010 y reglamentación en 2013 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 introducen un profundo cambio en el marco normativo precedente impulsando una concepción de los sujetos con padecimiento psíquico en tanto sujetos de derecho y junto con ello, conlleva transformaciones en los modos de atención y abordaje en salud mental que resultan en una rearticulación de las relaciones de saber, poder y subjetivación previos a su sanción.

A pesar de encontrarse en plena vigencia un marco normativo contrapuesto al de carácter manicomial, el momento actual puede caracterizarse como una instancia de transición de carácter difuso en la cual es posible reconocer rasgos mixtos con continuidades y discontinuidades respecto del modelo manicomial (Valero y Faraone, 2019).

El proceso transformador del campo de la salud mental planteado en Argentina se expresa actualmente en una implementación parcial del marco normativo cuyo avance encuentra conjuntos sociales que

alientan tanto su promoción y ampliación como también su resistencia y rechazo. La ley 26.657 establece la sustitución de los hospitales monovalentes reconduciendo el proceso de atención en salud mental hacia un modelo basado en abordajes comunitarios. En este contexto, entendemos a los medios de comunicación como componente clave de los procesos transformadores enunciados en tanto constituyen dispositivos de saber, poder y subjetivación en razón de su potencial para contribuir a la construcción de sentidos, valores y representaciones relativos a la salud mental para una gran parte de la sociedad, empleando mecanismos de efectos múltiples en torno a la legitimación-des/legitimación, información-des/información y sensibilización-des/sensibilización.

Recuperamos el concepto de des/institucionalización postulado por Faraone (2012) en tanto, apoyado desde una perspectiva de política pública, permite dar cuenta de que los procesos transformadores en el campo de la salud mental comprenden, en una tensión permanente entre los procesos de institucionalización y de desinstitucionalización, un doble movimiento que implica a la vez la crítica, desmontaje y supresión de la institución y su reformulación bajo nuevas formas. En particular en el marco del presente trabajo, este concepto nos permite situar el carácter dinámico y contradictorio de los procesos en curso dentro del campo considerado.

Metodología

La investigación se cimenta en el estudio documental de fuentes secundarias. Según la clasificación de MacDonald y Tipton (Valles, 1999) las fuentes consideradas se ubican dentro de los documentos escritos. De este conjunto nos dedicaremos en especial a la prensa escrita online (periódicos y revistas) de alcance nacional, provincial y local. A partir de esta base, se desarrolló un análisis documental de artículos periodísticos (Valle, 2000), dentro del cual se relevaron 19 notas y artículos publicados en sitios web de medios gráficos correspondientes al período enero 2019 – agosto 2019.

La selección de las 19 notas se basó en un criterio intencional basado en las siguientes dimensiones: a) Temporal: responde al periodo comprendido de ocho meses que nos interesaba analizar en este primer acercamiento; b) Accesibilidad: se trata de las 19 notas arrojadas por el motor de búsqueda de INFOSALUD, no se seleccionaron notas por fuera de esta base de datos; c) Criterio de búsqueda: alude al conjunto de notas seleccionadas por el motor de búsqueda en base a tres Palabras clave: internación, internado e internada. Estas palabras clave utilizadas refieren a campos semánticos asociados a los procesos de internación.

El vector de análisis más relevante, ante la cantidad de categorías que precisamos utilizar para este primer acercamiento, fue el de las temáticas de las noticias, encontrando tres grupos diferenciados: a) Casos particulares de personas respecto de procesos de internación; b) Noticias informativas sobre el Censo realizado que dio sus resultados durante el mes de agosto; c) Otros temas de índole social, como la posibilidad de las personas internadas de votar, el consumo problemático, etc. Se comprende que estos agrupamientos responden a una primera aproximación, y que a futuro, se precisará de una redefinición de las mismas de ser necesario.

La estrategia de muestreo fue de tipo cualitativo, no probabilístico. La delimitación temporal para la selección de los artículos en los corpus comprendió en primera instancia enero 2019 – agosto 2019. La metodología de la investigación también es cualitativa (Vasilachis de Gialdino, 2006) y busca comprender y explorar la producción y circulación social de sentido sobre los procesos de internación de los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental y las problemáticas a vinculadas a la implementación de la LNSM en los medios escritos nacionales, provinciales y locales.

La elección de los medios gráficos para la realización de un análisis discursivo, responde principalmente a razones metodológicas. Son materiales de fácil acceso en tanto variedad y cantidad, gracias a la Consultora Infosalud, especialmente para este equipo. Dicha plataforma online realiza *clipping* de medios en salud, y recopila diariamente la información de las principales fuentes gráficas y on-line del mundo hispano-parlante. Su motor de búsqueda permite obtener una fina selección de artículos y notas según palabras claves, lugares, medios, etc. De esta forma, podemos acceder exhaustivamente al periodo de tiempo propuesto y reconstruir y sistematizar los horizontes de sentido en diferentes lugares del país.

Desarrollo

La investigación crítica en comunicación se ha vuelto de un tiempo a esta parte cada vez más relevante en los campos de estudio de la salud. En este sentido, los problemas de comunicación-salud detentan un carácter complejo en virtud de cuatro razones fundamentales: a) Conciernen a la vida biológica y cultural de los individuos y las sociedades; son problemas vitales; b) Son constitutivos de la coyuntura de las sociedades contemporáneas y configuran situaciones problemáticas que interpelan de modo práctico y urgente; c) Suscitan una perspectiva ética, ya que no es posible asumir una posición axiológicamente neutral frente a ellos y; d) Se revelan como desafíos epistémicos en virtud del carácter complejo de tales fenómenos (Rodríguez Zoya, 2017).

Por otro lado, en lo que respecta al estudio del campo de la salud mental, desde las diferentes disciplinas de las ciencias sociales podemos encontrar trabajos y antecedentes, no así desde el enfoque de las ciencias de la comunicación. Por ello, es que se vuelven relevantes estudios de dicha índole que permitan brindar nuevas perspectivas sobre el problema aquí construido.

En esta línea de abordaje, los medios de comunicación se presentan como actores relevantes pero ajenos a los equipos de salud que, sin embargo, desempeñan un papel crítico en las formas de vinculación entre la sociedad y las políticas públicas en el campo de la salud. Dado que los mismos producen y circulan significaciones, nos permiten acercarnos a fenómenos sociales en coyuntura, a sentidos fijados momentáneamente y a las transformaciones de las prácticas y los discursos. Es de esta forma que afirmamos que los medios son actores que conforman regímenes de visibilidad, interviniendo en la formación y circulación de representaciones sociales (Moscovici, 1979), proporcionando así su carácter de dispositivos en tanto "el poder de un medio de información es antes que nada el de una máquina capaz de organizar el espacio y el tiempo en que las palabras y las formas se agregan o desagregan, se refuerzan o se anulan" (Rancière, 2010: 85).

En particular, el rol de los medios cobra especial relevancia ante los procesos de reforma en salud mental en curso en Argentina tendientes a promover cambios desde un enfoque de derechos de los sujetos con padecimiento psíquico y las formas de atención y cuidado. De esta manera, los resultados de esta investigación preliminar presentarán, por razones de límites de extensión para esta ponencia, el análisis y resultados de sólo uno de los tres grupos de noticias encontrados, como una primera forma de acercamiento y agrupamiento en torno de la problemática. Hemos denominado al este conjunto "Noticias informativas generales: el caso específico del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental".

Para la presentación de resultados tendremos en cuenta, en primer lugar, un breve análisis mediático y semiótico de la construcción de la noticia de cada grupo, en torno a categorías como: medio, canal, presencia de fotografías, etc. Por otro lado, haremos especial hincapié en aquellos puntos en disputa como la concepción de los sujetos, las disciplinas intervinientes, la configuración del escenario, etc.

Para la consideración de dichas variables, nos resultan más que pertinentes las categorías bourdianas de "campo", específicamente, en contraposición a la de "aparatos" (Bourdieu, 1984). Los que dominan el campo tienen los medios para hacerlo funcionar en su provecho, pero a la vez, tienen que contar con la sujeción y, eventualmente, con la resistencia de los dominados. "Un campo se convierte en aparato

cuando los dominantes tienen los medios para anular la resistencia y las relaciones de los dominados" (Bourdieu, 1984:157). Entendemos, así, que en un campo –el de la salud mental- están en lucha agentes e instituciones –médicos, psicólogos, industrias farmacéuticas, abogados, etc.– con fuerzas diferentes, constitutivas de este espacio de juego de oposiciones y antagonismos, para apropiarse de las ganancias presentes en la dinámica –por ejemplo, los cargos de conducción–. Desde esta perspectiva teórico-analítica, aseveramos que, en este contexto particular, el "aparato" de la psiquiatría y de las disciplinas constitutivas de dicho aparato, han comenzado a resquebrajarse para convertirse lentamente en un "campo" donde coexisten fuerzas diferenciales.

Por otro lado, es el hito histórico de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 el que configura y redefine el campo de la salud mental y los derechos humanos, y con ello, la concepción de los sujetos y la participación de múltiples actores. Por una parte, el análisis y los resultados parten de la identificación de la construcción de los sujetos con padecimiento psíquico como sujetos de derecho como se propone en la normativa vigente. Por otra, en este campo en pugna y reconfiguración, aparecen otros actores sociales, algunos en el marco de lo esperado y otros en el orden de la novedad, que permiten un análisis más complejo, ya que existen muy pocos antecedentes desde las ciencias sociales que analicen la construcción de los múltiples actores involucrados en estos procesos de transformación en la prensa escrita. En este complejo proceso de transición entre dos modelos que confrontan sus modos de concebir el campo, los discursos y las prácticas de la salud mental, es donde nos encontramos con un mosaico de matices de actores y fuerzas sociales. Variables como las disciplinas de donde provienen, las estrategias de cada grupo, las lógicas con las que se rigen y su estado actual de fragmentación o fortificación, la capacidad de los discursos de calar y reconfigurar sentidos comunes, las prácticas en pugna, son los elementos que brindan una variación diferencial entre unos y otros y la justificación de comprender que existe una multiplicidad de actores sociales no regidos por una misma lógica o variables.

Noticias informativas generales: el caso específico del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental

El presente grupo de noticias se nos muestra como inminente ante el contexto y la coyuntura reciente, relacionado al primer Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental[3]. De las

3 Los resultados del Censo fueron difundidos el 2 de agosto de 2019 por las autoridades de la Dirección Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud y Desarrollo

19 noticias relevadas, 11 están relacionadas con la presentación de las características y resultados del proceso. En términos de un análisis mediático, todas tienen un carácter claramente formal que asume como motivo informar sobre un hecho. Las imágenes que acompañan la mayoría de las noticias son infografías que muestran de forma ordenada y rápida la información ya escrita o se tratan de fotografías tomadas el día que se presentaron los resultados, que apela a la seriedad de la información brindada para el lector. En este caso también encontramos que estas noticias se encuentran en la sección de "información general" o "sociedad", lo cual nos da una pauta importante sobre el campo que disputa la temática en la esfera de los medios de comunicación: el tema logra instalarse en agenda momentáneamente, pero sin generar un espacio específico ni particular dentro de los medios, y por ende, de las representaciones imaginarias de los lectores, ya que no es tratado como un tema referente a la salud. "Los medios confirman diariamente su autoridad para hablar de la realidad a la sociedad en su conjunto, a pesar de que las agendas periodísticas son selectivas y las noticias producen diferentes grados de visibilidad de los problemas, hechos y autores" (Martini, 2007: 179).

En esta línea, es la instalación del tema lo que vuelve relevante a este conjunto de noticias. Para Martini y Gobbi (1998) se habla de agenda pública o de agendas sociales cuando se refieren a un conjunto de problemáticas o temas que preocupan y se discuten en una sociedad o un vasto sector de ella y sobre los que se ha instalado un estado de opinión. Aunque no afirmaremos que se haya instalado un estado de opinión, sí se puede trazar un campo en términos bourdeanos en referencia a las diferentes posiciones que suscita la temática y al modo en que son recogidas estas voces, muchas veces en términos de decires alentadores y positivos con respecto al futuro. Por ejemplo, "Kaler[4] enfatizó que 'necesitábamos información y por primera vez se realizó el censo nacional con el esfuerzo de todos para contribuir a que ahora tengamos información para cambiar las cosas'" (Nueva Rioja, 05/08/2019). Muchas otras notas recogen decires más aflictivos y preocupados por la actualidad del campo y con respecto al panorama, en este sentido, "aseguró que el diagnóstico que arroja el censo 'confirma la persistencia de un modelo tradicional en el que la respuesta privilegiada a los problemas de salud mental es la internación. Hay gente que termina muriendo en un neuropsiquiátrico'" (Clarín, 05/08/2019).

Social de la Nación.

4 Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos de la Nación.

Por último, es posible reconocer un tercer conjunto en este abanico de posiciones, que se muestran como antagónicas a la realización y el resultado del proceso del censo que propone el Artículo 35 de la Ley: En paralelo desde la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA), criticaron el relevamiento y fueron enérgicos a la hora de manifestarse en relación por ejemplo al elevado promedio de tiempo de internaciones: "Rechazamos esta afirmación por falsa y por amañada. El promedio de internación en la mayoría de los hospitales de especialidad del país no supera los treinta días. Cualquier persona que se encuentre internada en un hospital monovalente por años es una persona abandonada por el Estado: no está allí por motivos médicos ni psicológicos sino por motivos sociales, económicos y políticos" (Santander, 11/08/2019)

Sin embargo, muchas veces es notorio cómo la selección de decires y el tono que toman respecto de los tres tipos de posicionamientos que ejemplificamos tiene más que ver con los recortes que los propios diarios hacen de esos decires, que con las personas que los dicen en cuestión. Nuevamente Hall (1977) brinda pistas para pensar esto a la luz de la producción de efectos ideológicos de los medios de comunicación. En las sociedades actuales los medios de comunicación sirven para realizar un trabajo ideológico de "clasificación del mundo" dentro de los discursos de las ideologías dominantes, de esta forma, se orquestan los diferentes elementos para la lograr la reproducción ideológica en la cual se manifestarán constantemente tendencias contractuales. En otras palabras, la búsqueda del efecto ideológico por parte de cada medio dependerá de los recortes y las organizaciones que pretendan realizar, para dar un orden coherente particular a sus lectores.

La noticia es el modo público más visible de producción social de sentido. Es un proceso en el cual se conjugan el intercambio de experiencias inscriptas en la cultura, la interacción de mensajes a través de la tecnología y la funcionalidad de aquella en el intercambio económico. La información massmediatizada acerca hechos y situaciones alejados a la experiencia cotidiana (Martini, 2007). Al tener esta función de acercamiento o alcance, es relevante preguntarse por cuáles temas de toda la completa problemática de la salud mental son lo que pone a disposición de las imaginerías sociales.

Ante esto, hemos detectado que los tópicos repetidos son los siguientes: a) Organizaciones que llevaron a cabo el censo "El relevamiento fue realizado por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud" (Diario La Tercera, 3/08/2019); b) Los resultados haciendo especial hincapié en la cantidad de perso nas internadas y el promedio de tiempo "Hay 12 mil argentinos en

neuropsiquiátricos y el promedio de internación es de 8 años" (Clarín, 05/08/2019); c) Opiniones de políticos y relevamiento decires "La directora de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud dijo que "por eso es tan importante cambiar el modelo de atención hacia un modelo de salud mental con base en la comunidad, y tener una perspectiva basada en derechos, con una cobertura universal de la salud que incluya a la salud mental" (OPS Argentina, 02/08/2019); d) Otros datos como género, edad, cobertura, vivienda, comunicación, pero no suelen ser los más relevantes "De esa población, el 60,4% no firmó un consentimiento informado para su internación y el 37,2% continúa alojada en hospitales psiquiátricos por problemas sociales y de vivienda" (Redacción Diario de Cuyo, 06/08/2019); y e) En mucha menor medida, menciones de la Ley Nacional de Salud Mental, más allá del Artículo que reglamentaba el censo "La misma ley exige que los hospitales monovalentes dejen de existir en el país, es decir, que se conviertan en hospitales de día o generalistas en los que la internación psiquiátrica sea una de sus especialidades" (Clarín, 05/08/2019).

Estas selecciones de temas sobre el amplio campo de la salud mental y propiciada por la realización del censo muestran una clara intencionalidad de informar sobre solo una parcela de las problemáticas de la salud mental en Argentina, cuando podrían ser oportunidades de aprendizaje y concientización para el resto de la sociedad. En este entonces, es cuando se traza y re-traza la línea divisoria entre las explicaciones y razones promovidas y excluidas: entre las conductas permitidas y desviadas, entre lo significativo y lo no significativo, entre prácticas, significados y valores incorporados y los de la oposición (Hall, 1977).

Por último, queremos destacar lo siguiente: "Una noticia es más noticia si todos los medios la replican. La televisión y la prensa gráfica de referencia se constituyen en fuentes de información e instaladores de agenda" (Martini, 2007: 187). Aunque algo de esto sucedió a partir de la realización del censo, el tema no se instaló totalmente y las notas aparecen como repetidas y como mucho, depuradas unas de otras: no agregan información diferente, ni definen especificidad en el tema. Esto constituye una preocupación y una alerta, ya que la esfera de los medios de comunicación es más que propicia para promover otros sentidos sobre el padecimiento mental, informar y educar a las sociedades sobre el tema.

Reflexiones finales

El trabajo presentado es un intento de avanzar hacia la puesta en valor del aporte de las ciencias de la comunicación como componente del diálogo interdisciplinar en ciencias sociales frente a fenómenos

sociales complejos, en este caso en particular, en torno a los procesos de transformación y des/institucionalización respecto del campo de la Salud Mental. En este sentido, retomamos las ciencias de la comunicación para brindar una nueva perspectiva de lectura y análisis, que retome los medios como dispositivos potenciales para la transformación, instalación y circulación de sentidos y horizontes compartidos. Se tuvo siempre presente el marco normativo de la ley 26.657 y, con ello, fundamentalmente la concepción de los sujetos con padecimiento psíquico en tanto sujetos de derecho.

Retomar el caso particular, pero no aislado, de la cobertura del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental por parte de los medios de comunicación, nos permitió la identificación de una doble dinámica: por un lado, hubo una significativa presencia en la agenda mediática que instaló el tema por cierto tiempo, por otro lado, muchas de estas noticias no brindaban información diferencial o material en términos de concientización, sino que se replicaban unas a otras, brindando más o menos información. Esto no evitó rastrear distintas voces y actores en el escenario planteado, muchos de ellos en pugna. Sin embargo, al poner la lupa sobre un mismo acontecimiento, decantan los recortes de cada medio, que retoman y descontextualizan decires de un mismo actor, acentuándolos según sus propios criterios de noticiabilidad. Finalmente, los medios de comunicación siguen siendo potenciales calificadores, orquestadores y organizadores del mundo del decir y del mostrar, y aunque en este caso el acontecimiento informó y visibilizó una problemática grave, no son utilizadas estas oportunidades para brindar conocimiento, sensibilizar, concientizar y remover sentidos comunes en las representaciones sociales generales sobre la salud mental.

Bibliografía

Bourdieu, P. (1984). El Mercado lingüístico. En *Sociología y Cultura*. (pp.145-158). México: Grijalbo.

Faraone, S. (2012). *Cartografía de la Des/institucionalización en Salud Mental (1983-2010): Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas.* Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. UBA

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Hall, S. (1977). La cultura, los medios de comunicación y el "efecto ideológico". En Curran, J. y otros (comps.). *Sociedad y comunicación de masas.* México: FCE.

Huertas, R. (2006) Foucault treinta años después. A propósito del poder psiquiátrico. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y*

de la Ciencia. 58, (2), 267-276.
Ley 26.657 Derecho a la protección de la salud mental, de 25 de noviembre de 2010 (B.O. N° 32041, 3 de diciembre de 2010).
Martini, S. y Gobbi, J. (1998). Agendas públicas y agendas periodísticas. En Ford, A. y Martini, S. (comps.). *Cuadernos de Comunicación y Cultura 51/*. Buenos Aires: CECSO.
Martini, S. (2007). Notas para la epistemología de la noticia. El caso del género policial en los medios nacionales. En *Boletín de la BCN: Medios y comunicación.* Buenos Aires: Biblioteca Nacional del Congreso de la Nación Argentina.
Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
Rancière, J. (2010). La imagen intolerable. En *El espectador emancipado* (pp.85-104). Buenos Aires: Manantial.
Rodriguez Zoya, P. (2017). Notas para pensar la complejidad del campo de Comunicación y Salud. En Mónica Petracci, Patricia Schwarz y Paula Rodríguez Zoya P. *Comunicación y Salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. Buenos Aires: Teseo.
Valero, A. y Faraone, S. (2019) Las capas de la violencia. Intersecciones entre Salud Mental y género en camino a la internación. En M. Miranda (comp.) *Las Locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: EDULP.
Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Artículos periodísticos:

Argentina presentó primer censo de personas internadas por motivos de salud mental. (2 de agosto de 2019a). *OPS Argentina*. Recuperado de: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10359:argentina-presento-primer-censo-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental&Itemid=227
Censaron a los pacientes internados por salud mental. (05/08/2019). *Nueva Rioja*. Recuperado de: http://www.nuevarioja.com.ar/ver_noticia.asp?id=41224
Más de 12 mil personas continúan internadas en clínicas y hospitales psiquiátricos. (3 de agosto de 2019b). *Diario La Tercera.* Recuperado de: https://www.diariolatercera.com.ar/nota/35808-mas-de-12-mil-personas-continuan-internadas-en-clinicas-y-hospitales-psiquiatricos/

Hay 12 mil argentinos en neuropsiquiátricos y el promedio de internación es de 8 años. (5 de agosto de 2019c). *Clarín*. Recuperado de: *https://www.clarin.com/sociedad/12-mil-argentinos-manicomios-promedio-internacion-anos_0_JSGYjutXZ.html*

Redacción Diario de Cuyo. (6 de agosto de 2019) Enfermedades mentales: 12 mil internados. *Diario de Cuyo*. Recuperado de: https://www.diariodecuyo.com.ar/argentina/Enfermedades-mentales-12-mil-internados-20190805-0080.html

Santander, A. (11 de agosto de 2019). Preocupación y dudas por los resultados del primer censo sobre salud mental: hay una persona internada hace 90 años. *Infobae*. Recuperado de: https://www.infobae.com/sociedad/2019/08/11/preocupacion-y-dudas-por-los-resultados-del-primer-censo-sobre-salud-mental-hay-una-persona-internada-hace-90-anos/

El peso de la Ley

Un acercamiento al modo en que la normativa vigente en salud mental es considerada en el desarrollo de los procesos de internación y externación de un Hospital monovalente de la CABA

EUGENIA ROUILLÉ*

Introducción

Esta ponencia parte de un trabajo antropológico que describe y analiza aspectos relativos al proceso de atención de los padecimientos mentales en un Hospital monovalente de la CABA, atendiendo específicamente a los procesos de internación y externación que resultan de una compleja articulación entre las condiciones institucionales, estructurales, las normas regulatorias, las formaciones disciplinares y singularidades de las/los profesionales implicados/as y las personas que demandan atención.

Este trabajo se centra particularmente en el modo en que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) es referida por los/as profesionales y sus posicionamientos al respecto, identificando la tensión existente entre el denominado *cambio de paradigma* y un efecto *como sí* [de aceptación y aplicación de la Ley] por parte de algunos/as profesionales. El interrogante se manifiesta entonces a modo de ¿cambio de *paradigma* o *ficción legal*?

Asimismo, se focaliza en la modalidad que adquiere diariamente el trabajo en equipo, relacionándolo con lo que la Ley estipula respecto al desarrollo del trabajo interdisciplinario.

* ICA, FFyL, UBA.

Metodología

Para el desarrollo de este trabajo, se han implementado técnicas propias del abordaje antropológico: observaciones, entrevistas en profundidad y otros encuentros conversacionales, recorriendo diferentes puntos de vista, posicionamientos y prácticas. El material recolectado es producto de la realización de 15 entrevistas semiestructuradas[1], la mantención de diversos encuentros conversacionales con trabajadores/as del equipo de salud, y la observación de rutinas y contextos principalmente en cuatro Servicios del Hospital: Guardia, Admisión, Hospital de Día, Hospital de Noche.

En relación con el material recolectado, se destaca la importancia del enfoque relacional en lo que hace al análisis del mismo. En este sentido, el intento de entendimiento de las relaciones entre los/as distintos/as profesionales de la institución, los distintos Servicios del Hospital, los diferentes espacios institucionales, requieren de un análisis que dé cuenta de las relaciones sociales en las que operan los procesos de internación y externación. Considerando que en todo proceso de salud-enfermedad-atención siempre intervienen dos o más actores, el foco de análisis ha estado puesto en las relaciones que se tejen entre los actores entrevistados, ya que constituye una realidad distinta de la proveniente de la descripción de cada uno de los actores de manera aislada. (Menéndez, 2002)

Ley Nacional de Salud Mental: ¿cambio de paradigma o ficción legal?

> *"El verdadero problema no es estudiar la manera como la vida humana se somete a las reglas –pues no se somete-; el verdadero problema es cómo las reglas se adaptan a la vida"*
> Malinowski, Bronislaw. Crimen y Costumbre en la sociedad Salvaje-1926:151

Esta cita refleja el modo en el que la LNSM se ha hecho presente durante el desarrollo del trabajo de campo. En este sentido, resulta interesante poner foco en el vínculo existente entre ciertas prácticas y

1 Las mismas han sido grabadas y luego desgrabadas completamente. Se utilizará J, cuando el profesional tenga categoría de Jefe en el Servicio correspondiente, C de Coordinador, R, cuando el profesional sea Residente. Se empleará F o M, para hacer referencia a su sexo Femenino o Masculino y además se agregará un número relativo a la cantidad de años que hace que trabaja en la institución. Finalmente, en los casos que aparezcan fragmentos de entrevista en donde se explicitan también mis preguntas, las iniciales de mi nombre (E.R.) me identificarán en ese diálogo.

las normativas que regulan las intervenciones. En relación con esto, se ha podido identificar la existencia de una tensión permanente entre dos posturas claramente diferenciadas. Por un lado, posicionamientos que si bien han manifestado críticas a la LNSM, discursivamente han planteado que las intervenciones realizadas en el marco de los procesos de internación y externación, se han desarrollado según sus principales lineamientos -incluso antes de que la Ley existiera-, explicitando la misma no había modificado significativamente su for ma de trabajo previa. En este sentido, he identificado la impetuosa necesidad de enfatizar que sus prácticas se encontraban acordes a la legalidad impuesta.

> *A nosotros la Ley mucho no nos ha cambiado. Nos ha dado un poco el título de legalidad de lo que se venía haciendo hace tantos años. Lo* único *que no se hacía, cuestiones que tienen que ver con que en un certificado estén las tres firmas.* (Psicóloga Hospital de Día- J-F-35)

Por otro lado, ha habido posiciones que han referido a la LNSM como un *cambio de paradigma* tanto en lo relativo a la modalidad de tratamiento, como en la concepción acerca del sujeto que padece y del padecimiento mismo.

Ahora bien, pese a que la LNSM ha sido referida como el marco rector de todas las prácticas llevadas a cabo en la institución, algunos/as profesionales han contradicho sus discursos, al tiempo que en el marco de las intervenciones desarrolladas, algunos de sus postulados no han sido considerados. De este modo, al indagar más, muchos/as de los/as profesionales han manifestado un posicionamiento personal discordante con lo establecido por la LNSM, explicitando que incluso el diagnóstico realizado en torno a diversas situaciones a las que se han enfrentado, dista del modo en que según la LNSM se debería intervenir.

> *A nosotros la ley nos limita. En una de las partes dice que la internación es lo último que debe hacerse, el último recurso, y yo te puedo asegurar que en muchos casos, es lo primero que se tiene que hacer.* (Médico Psiquiatra Guardia-J-35)

Lo expresado por este Médico da cuenta de ciertas incomodidades que la LNSM implica para algunos/as profesionales en la práctica. Por otra parte, si bien la mayoría de los/as trabajadores/as en las primeras entrevistas han manifestado guiarse enteramente por lo que la LNSM establece, a lo largo de nuestras conversaciones, han expresado ciertos desacuerdos.

> *La Ley que se impone con un montón de cosas muy diferentes, que algunas fueron beneficiosas y otras no. Fueron beneficiosas para limpiar un poco quién entra a un Hospital Psiquiátrico. Antes entraba de todo. Pero a la vez, es una ley que no exige, ni contiene mucho al verdadero paciente que está muy mal. Por ejemplo, un paciente que está con un cuchillo dentro de una habitación cerrada, vos vas a la policía a decirle y la policía dice no, si no hay un juzgado que me diga, yo no puedo entrar. Y el Juzgado, no tiene hoy la obligación de ejercer una fuerza ahí. Entonces se vuelve muy complicado.* (Médica Psiquiatra Admisión- Servicio de Emergencias 2-J-20)

Por su parte, algunos/as trabajadores/as han vislumbrado que, en la práctica cotidiana, las situaciones no se resuelven enteramente como la LNSM lo estipula. De este modo, he podido identificar cómo en la cotidianeidad, las prácticas de las personas no se someten a las reglas, tal y como éstas fueron planificadas. Por el contrario, las reglas adquieren diversas modalidades según los diversos contextos en las cuales se desarrollan, a partir de lo que las personas hacen. Si bien existe un ideal de ley, cuando esos ideales intentan aplicarse a la vida real, las cosas son bien diferentes. (Malinowski, 1926).

> *Hace no muchos años, se seguían usando cosas terribles como el electroshock. Y se discutió mucho, salió la Ley que es súper interesante, y todavía no se respeta del todo. Hubo un retroceso con este gobierno neoliberal, muy amigo de los laboratorios, de las neurociencias. Se empezó a discutir la cuestión, a laburar mejor y ahora hay un retroceso. Al Hospital siempre le costó agiornarse a las nuevas modalidades. Sigue habiendo lógicas manicomiales. Más que nada en los Servicios de Internación siguen pasando cosas que no están buenas. Pacientes internados hace muchos años. Se supone que la internación tiene que ser por riesgo y el menor tiempo posible. Y tenés internados desde hace más de veinte años.* (Secretario Hospital de Día-6).

Este trabajador si bien se refería a ciertos cambios que la LNSM había impulsado, por otra parte, advertía algunas prácticas arraigadas en la institución que parecerían difíciles de modificar. Al mismo tiempo, ligaba estas prácticas a ciertos lineamientos de la política nacional actual, sumando la complejidad de la relación con los laboratorios y el poder de las neurociencias relacionadas al campo de la salud mental. En vínculo con esto, resulta relevante considerar el trastrocamiento al poder del médico, evidenciado en la adquisición de mayor poder y relevancia por parte de otros actores pertenecientes al campo de la salud. Esto, considerando las históricas vinculaciones entre las

industrias farmacéuticas, el mercado y las prácticas que se desarrollan en el campo de la salud mental, adquiriendo cada vez mayor influencia en la demarcación entre lo normal y lo patológico (Conrad, 2007; Petryna, A., Lakoff., A., Kleinman, A. 2006). En este sentido, la Ley limita el abuso de tratamientos psicofarmacológicos, apuntando a que el proceso de salud-enfermedad-atención implique un abordaje más amplio y complejo que la mera ingesta de medicación[2]. De algún modo, esto trastoca también el poder médico, generando resistencias por parte de profesionales quienes consideraron que la LNSM los/as culpabilizaba por la prescripción y entrega de medicación.

> *Yo creo que la Ley tiene baches. Y también tiene cosas hacia nosotros. En una parte habla de que no se puede usar como castigo la medicación. Yo nunca la usé como castigo. Me parece que está como herramienta. No la tengo tan idealizada. Es parte del tratamiento, un recurso.* (Médica Psiquiatra Guardia-30).

Por su parte, otro punto de la LNSM que ha sido cuestionado es el relativo al establecimiento de mayores derechos para las personas en lo que hace a las decisiones en su proceso de atención.

> *Y, hay gente que está a favor y hay gente que está en contra. Tenés de todo porque que el paciente decida sobre su tratamiento, está mal visto. Es lo que dice el médico a cargo. (…) A partir de que se modificó la Ley, ahí se modificó esto de las internaciones. Y, en cierta parte esto se cumple, y en cierta parte no. Porque,* ¿Viste *cómo es? Hecha la ley, hecha la trampa.* (Enfermero Admisón-9).

Como expresaba este profesional, el hecho de que las personas participen más activamente en su proceso de atención, no es legitimado por parte de todos/as los/as profesionales. De este modo, la LNSM irrumpe en las prácticas diarias de los/as profesionales. En este sentido, los aportes de la Anthropology of Policy resultan interesantes para problematizar su aplicación en el marco de las intervenciones

2 "La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios." (Capítulo 5, Artículo 12 – Modalidades de Abordaje).

cotidianas. Según esta corriente, las políticas públicas[3] son ambiguas y polisémicas e influyen de modo directo en la vida de las personas, causando diversos efectos. *"Las políticas tienen efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus autores"*, y una vez creadas, ingresan en una compleja red de relaciones entre diferentes actores, instituciones y agentes, situación que genera consecuencias inesperadas e imprevistas (Shore, 2010:36). En este sentido, deben considerarse los ambiguos efectos que la Ley puede manifestar a partir de su implementación, así como las múltiples relaciones que se establecen. Los procesos de implementación suponen un terreno en disputa e instancias de transformación, tanto institucionales, como en los procesos de trabajo, lo que implica múltiples mediaciones en la práctica cotidiana. En este sentido, se han visibilizado algunas resistencias respecto al acatamiento de ciertos lineamientos de la Ley, como por ejemplo en situaciones en las que el Órgano de Revisión Nacional o la Unidad de Letrados[4] intervienen en el Hospital.

> *No sé si leíste en la ley que se habla de un Órgano de Revisión. Bueno, son personas que vienen a ver si hago bien mi trabajo, si atiendo bien a los pacientes. En lugar de pagarle a esas dos personas, que sólo crean inconvenientes*[5]*, que paguen a más médicos. Lo único que hacen es aparecerse en medio de que estoy atendiendo y a un paciente que se internó, vienen y le dicen,´*estos *son tus derechos, si te querés ir, te podés ir.´ Y el paciente claro, les dice ´*sí, me quiero ir.´ (Médico Psiquiatra Guardia-J-35)-

En relación con esto, pese a haber identificado algunas resistencias, también pude apreciar una diferencia entre la visión de control de

---

3 Retomo esta corriente que se refiere a la aplicación de políticas públicas, entendiendo a la Ley Nacional de Salud Mental como una normativa que forma parte de una política pública más amplia.

4 El órgano de Revisión, es un órgano creado por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. El objetivo del mismo es proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.
El artículo 22 de la Ley Nacional de Salud Mental establece que "La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento." Capítulo VII. Artículo 22. Internaciones. La unidad de Letrados es el organismo que a través del Estado, le brinda a la persona internada involuntariamente o a su representante legal un abogado si esta/s no lo tuvieran.

5 En relación con esto, a diferencia de lo planteado por este profesional, un Informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) del año 2015 le atribuía al Órgano de Revisión Nacional el carácter de ser uno de los mayores logros del proceso.

algunos/as respecto a la presencia de estos organismos y la postura de quienes la consideraban desde un lugar de cooperación.

> *A mí no se me complica, al contrario. Hablo mucho con los abogados, y me ayudan y resuelven un montón de cosas. Pero si entiendo que en instituciones tradicionales como esta sientan como una amenaza la Ley. Creo que sí, que hay muchos profesionales que lo vivieron así, lo viven así y se sienten como puestos en examen cada vez. Ellos [El Órgano de Revisión] van a ver si la persona está involuntarizada, por qué, si está recibiendo la atención que tiene que recibir. Ellos van para ese lado, y tratar de que pasen lo más rápido posible, creo que el objetivo de todos es que sea lo más breve posible.* (Trabajadora Social Admisión-5)

En articulación con esto último, algunos/as profesionales también se refirieron a la importancia de promover internaciones cortas tal como lo establece la Ley y la discordancia respecto al modo en que, en la práctica cotidiana en el Hospital, dicho tipo de intervención se desarrolla.

> *Las internaciones son de tres meses como máximo, en los papeles. En la realidad, son a veces internaciones de un año, o dos, o más, o diez. O hay pacientes que entraron y nunca más salieron. La internación tiene que ser breve, y volver rápido el paciente a su casa.* (Médico Psiquiatra Guardia-C-32)

En este sentido, algunos/as profesionales señalaron ciertos límites en lo que hace a la cabal aplicación de la Ley debido a la ausencia de otras políticas públicas que la sustenten.

> *Si bien hay una nueva Ley de Salud Mental, no hay políticas sociales y políticas de salud que den respuesta y no disponemos de dispositivos que den respuesta al paciente y a la familia.* (Trabajadora Social Admisión-Guardia-20)

No obstante, las limitaciones existentes, la mayoría de los/as profesionales entrevistados/as que se han manifestado a favor de los postulados de la Ley han hecho referencia a la misma como un ´cambio de paradigma´ dentro del campo de la Salud Mental.

> *Algunos profesionales resisten mucho ese cambio y han adoptado posiciones más conservadoras que pueden ir desde decir que la Ley está mal, a hacer comentarios más retrógrados, en defensa de una estructura manicomial. Los cambios generaron una polarización donde el sector más*

> *conservador se nucleó y se intensificó y otro sector bastante grande y de gente joven, de las personas que han ingresado últimamente, dónde están más empapados, inclusive convencidos y atravesados totalmente por las nuevas normativas y en las nuevas formas de atender. Donde entienden claramente que es mejor que estén poco tiempo internados, se cuestiona la mirada paternalista, que tiene que ver con tutelar a la persona, que pierda derechos. Hay profesionales que por su edad, su formación, ya están formados en este cambio paradigmático y tienen otra perspectiva.* (Psicóloga Hospital de Noche-J-30)

En este sentido, en distintos ámbitos de discusión se ha criticado a las instituciones de encierro, cuestionando sus efectos iatrogénicos, modificando la perspectiva de atención con el transcurso de los años. Históricamente los servicios de Salud Mental en Argentina han sido guiados por una lógica asilar-tutelar, propia del modelo de atención asistencialista. Sin embargo, esto ha sido atravesado por una férrea crítica. Ahora bien, comprender el denominado ´cambio paradigmático´ implica considerar un contexto más amplio. En este sentido, durante los años 60 inició una línea de pensamiento que construyó un nuevo campo de la Salud Mental al romper con el paradigma médico-psiquiátrico, como la psiquiatría comunitaria americana, la psiquiatría democrática en Italia y las posiciones más radicales de desinstitucionalización inglesa, sumado a la difusión del psicoanálisis. Este nuevo campo, propuso criterios más abarcativos que la concepción tradicional de la psiquiatría. (Augsburger, Gerlero 2005). Ahora bien, como expresa Barukel (2014) lo que Foucault denomina *poder psiquiátrico* tiene la capacidad de desplegarse por fuera de los muros. Es por ello que se vuelve necesario no sólo terminar con el encierro institucional en sí mimo, sino también con las formas de conocimiento y abordaje articuladas en torno a la locura y la desestructuración de un sistema de atención basado en la lógica manicomial. En el contexto actual asistimos entonces a un escenario en el cual se encuentran en tensión diferentes modelos que disputan el campo de la Salud Mental. Quienes se manifiestan a favor de la transformación de las instituciones de encierro y de la lógica manicomial que subyace a las mismas, sostienen que actualmente existe lo que se denomina un *cambio de paradigma* en materia de Salud Mental. Dicha expresión remite a una transformación en la concepción de salud y la perspectiva de tratamiento. Ahora bien, en la práctica diaria de los Servicios observados, algunos/as profesionales si bien han manifestado intervenir acorde con los lineamientos de la LNSM, no han modificado sustancialmente sus modalidades de abordaje, las cuales distan de lo establecido por la letra escrita. En relación con esto, retomo a Malinowski (1926)

cuando se refiere a la *ficción legal* de la unidad del clan[6] entendiendo que pese a la gran cantidad de leyes existentes, las personas no se someten automáticamente a las mismas. La Ley es permanentemente quebrantada, funciona imperfectamente y existen múltiples fallos, por lo cual la unidad del clan constituye una ficción legal. De este modo, en relación con el análisis propuesto, y frente a la existencia de las tensiones descriptas, la inquietud que permanece es en qué medida asistimos a un cambio de paradigma o por el contrario, cuánto del "acatamiento" a este marco normativo comprende una *ficción legal* por parte de muchos de los sujetos implicados.

El trabajo en equipo: un simulacro de la interdisciplina. Tal como se fue desarrollando en el apartado anterior, la LNSM ha sido permanentemente referida como el marco que respalda todas las prácticas desarrolladas. En este sentido, la formación de equipos interdisciplinarios, no ha sido la excepción.

Las discusiones en torno a la interdisciplinariedad tienen un largo recorrido en la Ciencia. Si bien desde distintas perspectivas se han planteado posicionamientos heterogéneos, los puntos de contacto se anclan en la necesidad de abordar los problemas desde diversas dimensiones, miradas, conocimientos disciplinares, considerando su complejidad. (Morin, 1990; Thompson Klein, 1996; Alcántara Moreno, 2011; Luengo, González, 2012; Mombrú y Vienni, 2015)

A partir de las observaciones y entrevistas, he identificado que los/ as profesionales le otorgan suma importancia a trabajar con otras disciplinas, reconociendo la complejidad que atraviesa los padecimientos, y lo acotado que resulta intervenir desde un solo saber disciplinar. Algunos/as han resaltado que el trabajo interdisciplinario implica poner en diálogo diferentes lenguajes específicos, de modo que resulta necesaria su transformación para volverlos comprensibles, facilitando una satisfactoria comunicación que permita una mejor intervención. Otros/as, han remarcado la necesidad de abordajes interdisciplinarios, diferenciándolos de la interconsulta. Desde esta perspectiva, se ha planteado una distinción entre el abordaje conjunto al momento de recibir a una persona, en el que los diversos saberes disciplinares pueden integralmente dar una respuesta compleja, y la mera adición desfasada de perspectivas disciplinares

6 En su estudio etnográfico, Malinowski señala que la vida del hombre "primitivo" si bien se enmarca en una delicada trama de derechos y obligaciones, sus acciones cotidianas no se atienen necesariamente a un rígido esquema que responde a dichos imperativos. Por el contrario, se fundamenta en una trama de obligaciones que se cumplen en virtud del mecanismo de reciprocidad social. Esto es, una cadena de servicios mutuos, dar y recibir, que se extienden largos períodos de tiempo y cumple amplios aspectos de actividad e interés.

frente a una problemática, en el que un/a profesional evalúa, decide y luego comenta su diagnóstico. Por otra parte, se han referido a la interdisciplina como un fenómeno que ocurre en el quehacer cotidiano, facilitada por una configuración espacial que permite el encuentro. En este sentido, la interdisciplinariedad se presenta como un proceso paulatino que implica un reaprendizaje, ya que los/as profesionales no suelen ser formados desde una perspectiva compleja de la realidad ni desde la construcción de diálogos entre diversos saberes.

Asimismo, otros/as profesionales han remarcado la necesidad de complementariedad de los saberes, reconociendo las limitaciones de una única mirada, al tiempo que han renunciado a considerar que el

saber de la propia disciplina era suficiente para dar cuenta del problema. En términos de Stolkiner (1999), esta constituye una de las múltiples renuncias necesarias para la participación en un equipo interdisciplinario.

Ahora bien, pese a que los/as profesionales han ponderado el trabajo interdisciplinario como guía de sus intervenciones, he identificado diversas limitaciones en la práctica diaria. En este sentido, las restricciones han estado vinculadas a la existencia de diversas posturas relativas a la interdisciplinariedad, al desarrollo de relaciones de poder entre algunos/as profesionales que diferencian disciplinas con mayor y menor jerarquía que otras, así como a las condiciones institucionales y estructurales que restringen su desenvolvimiento. Si bien el trabajo interdisciplinario implica suficiente apertura por parte de los/as profesionales, las diferentes maneras de construir y pensar la interdisciplina, obstaculizan dicha apertura, limitando las posibilidades de efectivizarla. Las modalidades de abordaje están relacionadas, entre otras cuestiones, con la formación de los/as profesionales y los paradigmas en los cuales se posicionan, por lo cual la flexibilidad aparece como característica indispensable.

> *Los aportes de los distintos saberes hacen a que se tome una decisión. Es un aprendizaje esto del intercambio con el otro. En este aprendizaje, algunos tienen más flexibilidad que otros. Pero también hay mucha gente que se monta en este discurso de que los médicos no sé qué, poni*éndolos contra el *paredón y la verdad que me parece que es una contradicción de nuestra parte que siempre estamos con el escuchar e historizar al sujeto, el compañero también es un sujeto, que también viene con una historia de formación. Con algunos es más* fácil que con otros. Eso no significa que sea imposible. Es el desafío. (Trabajadora Social Admisión- Guardia-20)

Esta profesional hacía hincapié en la necesidad de comprender la historia y la trayectoria de los/as compañeros/as de trabajo formados/as

desde perspectivas diversas a la hora de intervenir. En este sentido, las relaciones entre los/as distintos/as profesionales tienen implicancias en el el proceso de atención. Las conceptualizaciones acerca del trabajo del otro y de las injerencias y roles de cada profesional, entran en disputa al momento de intervenir.

> *Me pasó que algún profesional se ofendió porque yo hice una entrevista familiar y capaz que ese profesional pensaba que yo estaba solamente para gestionar un DNI, ¿entendés?* (Trabajadora Social Admisión-5)

No obstante, pude identificar heterogeneidad de posiciones en cuanto a la concepción de los aportes provenientes de las diferentes disciplinas, de manera que no todos/as desconocieron las contribuciones de otras profesiones. Sin embargo, muchos/as reconocieron la existencia de limitaciones para trabajar interdisciplinariamente.

> *El equipo interdisciplinario es obligatorio en la Guardia, pero es cada vez más escaso en los servicios de internación, sobre todo cuando hay internaciones prolongadas. Los recursos se enfocan en la población que puede ser rápidamente externada y cumplir con el nuevo paradigma. Entonces esa otra población ha quedado en deuda. Más bien, la respuesta es custodiar tutelar farmacológica con asistencia mínima de enfermería. Algún médico que va pasando y algún psicólogo, pero no está el equipo interdisciplinario que por lo menos mínimo son las tres disciplinas que en la guardia trabajan juntas.* (Psicóloga Hospital de Noche-J-30)

Así, los diversos modos de organización del trabajo, generan una relación desigual en el proceso de atención. En este sentido, se diferencian distintos "tipos" de usuarios: los posibles externados, para quienes se piensa la interdisciplinariedad como un elemento necesario y disponible; y los *otros*, aquellos que permanecerán internados, quedando relegados a esta respuesta farmacológica y asistencia tutelar.

De este modo, más allá de que en muchos casos la interdisciplinariedad se ve obturada por la reticencia de ciertos/as profesionales a trabajar con otros/as, la misma se ha visto asimismo restringida por las condiciones de trabajo y estructurales de la institución. Las diferentes lógicas de organización del trabajo, los tiempos, la cantidad de personas que los/as profesionales tienen a su cargo y la complejidad de las situaciones, inciden en el momento de intervenir.

> *La verdad que es muy difícil tener la entrevista interdisciplinaria al principio, pero yo creo que es la mejor manera. Nosotras tampoco podemos atender la demanda de cada cada paciente debería tener un abordaje*

> *también social. Yo traté de que ese abordaje fuera del minuto cero, y que las primeras entrevistas de Admisión pudieran ser también interdisciplinarias. Es difícil porque son muchos pacientes y al tiempo que tenés que hacerle una entrevista a un paciente, también tenés que resolver un millón de otras cosas de otros.* (Trabajadora Social Admisón-5)

Asimismo, la falta de espacios, la ausencia de llamados a concursos, la disposición de los diferentes Servicios y la distancia entre los mismos han hecho su contribución. En este sentido, las condiciones estructurales e institucionales del Hospital inciden en el proceso de atención. Finalmente, la noción de *campo* (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu; 2002) permite repensar el modo en que se desarrollan las relaciones entre los/as diversos/as profesionales y cómo esto incide en las intervenciones. En relación con la importancia del capital acumulado para intervenir (Bourdieu, Waquant, 1995), se puede identificar cómo en el campo de la Salud Mental, constituido históricamente a partir del aporte de disciplinas biomédicas, el conocimiento disciplinar proveniente de dichas perspectivas sigue siendo el hegemónico y mayormente reconocido.

> *Hay una preponderancia de la psiquiatría. Los médicos siguen siendo los capos de la batuta, pero hay lugares donde se trabaja un poco más interdisciplinariamente. Sin embargo, lo más importante siempre sigue siendo la psiquiatría, la medicación.* (Secretario Hospital de Día-6)

En este sentido, el discurso de la Psiquiatría históricamente se ha erigido como un dispositivo de poder, productor de un discurso de verdad (Foucault, 2005), quedando así la decisión de internación la mayoría de las veces supeditada al criterio del/a Médico/a Psiquiatra. Ahora bien, desde el punto de vista médico, el hecho de que la internación sea decidida por profesionales de esta disciplina, está relacionado con las responsabilidades que históricamente les han sido delegadas y están reguladas jurídicamente. En este sentido, una Médica Psiquiatra sostenía lo siguiente como una limitación a la dimensión interdisciplinaria que la Ley proclama.

> *La Ley, el tema jodido es que maneja un poco a los médicos, porque si bien todo es interdisciplina, los médicos también nos movemos con las leyes sobre responsabilidad médica y siempre quedamos muy expuestos. Cuando vienen los juicios es a los médicos, no al psicólogo, o al trabajador social.* (Médica Psiquiatra Guardia-30)

En medio de estas tensiones, adquieren relevancia las trayectorias de los actores que disputan posiciones. Así, las experiencias personales,

los saberes disciplinares teóricos y prácticos y los conocimientos experienciales de los/as profesionales cumplen un rol fundamental.

> *Negocian los médicos de acá con los de los diferentes Servicios para ver si lo aceptan o no* [a la persona internada]. *Al principio, íbamos nosotros con el paciente. Hasta que llegó un momento que dijimos esto se acabó, Enfermería no está para este trabajo. A mí no me molesta llevar a un paciente, que lo sigo haciendo. Pero ir y esperar al médico una hora que quiera atenderme y después si no lo quiere, te lo rechazan. Entonces ¿Qué decidimos? De las diez a las once de la mañana hacemos los pases, hablen con el médico del Servicio. Si ustedes lo tienen arreglado, yo no tengo problema. Pero después no me vengan con que yo voy con el paciente. Porque imagínate que lo sacás de acá con la idea de ´*Me *voy a otro Servicio, puedo salir al parque.´ Y llevarlo y que te digan ´no lo quiero.´ A veces le miran la cara y dicen ´No lo quiero.´* (E Admisión-M-9)

Retomo este fragmento ya que resulta clarificador del modo en que el proceso de atención se orienta según las posibilidades de "negociar", al tiempo que las derivaciones no obedecen meramente a las decisiones de equipos interdisciplinarios. Por el contrario, dependen de las posibilidades de que los usuarios sean o no aceptados. Dependen del posicionamiento de los/as profesionales al interior del Hospital, del capital simbólico y social que detenten –su disciplina de origen, su trayectoria, las relaciones que hayan construido con otros/as profesionales- y de las consideraciones que existan respecto a la disciplina que representan. En este sentido, he identificado que es en el seno de relaciones de tipo informal que se deciden las modalidades de abordaje. Respecto a las decisiones de internación y externación, las mismas se desarrollan más en un marco de interconsulta y de encuentro multidisciplinar, según el criterio de ciertos/as profesionales –aquellos/as con mayor capital, y por lo tanto, un mejor posicionamiento- que de interdisciplina. A su vez, si bien desde la normativa vigente, la decisión de internación requeriría la evaluación de un equipo interdisciplinario, en la práctica esto se ve obstaculizado.

> MC: *Sí, se decide psiquiátricamente [la internación]. Pero tenemos la asistente social y psicólogo por la nueva Ley.*
> E.R.: *Por eso, ¿pero están los tres juntos en ese momento? ¿Cómo es? ¿El psiquiatra consulta?*
> MC: *No, no, el psiquiatra decide la internación. Va el Jefe y dice mirá acá hay un psicótico, vas lo ves*. (Médico Clínico Guardia-5)

Así, se puede advertir cómo en la Guardia frecuentemente sucede que la decisión de internación es tomada tan sólo por el/la Médico/a

Psiquiatra –en lugar de decidirse al menos junto con otro/a profesional como la Ley lo establece- quien luego comenta su diagnóstico con los/as demás. En este sentido, si bien desde lo discursivo y normativo, se plantea un intento de trabajo en conjunto y más horizontal, en situaciones concretas de la cotidianeidad, esto se ve dificultado para algunas disciplinas, estableciéndose relaciones de hegemonía y subalternidad. Por ello, retomo la noción de *simulacro* que Caetano (2015) utiliza para referirse al desarrollo de una supuesta interdisciplinariedad. Este autor entiende que muchas veces desde el discurso se manifiesta la existencia de trabajo interdisciplinario, cuando en realidad lo que se pone en práctica es un *simulacro* de la misma.

Reflexiones Finales

A lo largo des este trabajo he intentado problematizar el modo en que la LNSM ha irrumpido en la institución, proponiendo modali-

dades de atención contrarias a las asilares. Si bien todos/as los/as profesionales han enarbolado la Ley como directriz de su trabajo diario, en la práctica las situaciones fueron variables. De este modo, he planteado una tensión entre el tan referenciado *cambio de paradigma* y un efecto como sí [de aceptación y aplicación de la Ley] por parte de algunos/as profesionales. El interrogante que se ha manifestado es ¿cambio de paradigma o ficción legal? Quizás sea una mixtura entre ambas posiciones. En este sentido, el trabajo interdisciplinario se presenta como un ejemplo de la tensión mencionada, ya que ha sido sumamente ponderado por los/as profesionales. No obstante, más allá de lo planteado discursivamente, es la visión Médica la que adquiere mayor legitimidad, al tiempo que la decisión de equipo se reduce a la decisión del/a profesional que allí se encuentre. De este modo, si bien el trabajo interdisciplinario se ha planteado como fundamental, al momento de intervenir, las modalidades de atención han resultado diversas, manifestándose grandes limitaciones en la práctica. En este sentido, los obstáculos han estado vinculados a las diversas posturas respecto de la interdisciplinariedad, a las consideraciones respecto al "otro" disciplinar, al desarrollo de relaciones de poder entre diversas disciplinas y también a las condiciones estructurales y las características institucionales imperantes. El proceso de atención se ve influenciado por cuestiones que exceden las decisiones interdisciplinarias. Así, en las derivaciones, admisiones o decisiones de internación, entran en juego las posibilidades de negociación que los/as diferentes profesionales poseen en función de su experiencia y posicionamiento de acuerdo a la profesión que representan. A su vez, he podido evidenciar que es en el marco de relaciones informales que las modalidades de tratamiento se resuelven, desarrollándose más en un contexto de

interconsulta que de verdadera interdisciplina. El proceso de atención está condicionado por la manera en que se desarrollan las relaciones entre los/as distintos/as profesionales, las cuales se expresan de manera jerárquica y asimétrica.

Bibliografía

Alcántara Moreno, G. (2011). Interdisciplinariedad, políticas de salud y globalización. Fermetum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Vol.2 N°61. Pp. 247-264. Venezuela, Universidad de los Andes Mérida.

Augsburger, A. Gerlero, S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. Kairos, Revista de Temas Sociales, San Luis, Universidad Nacional de San Luis Año 9 – Nº 15.

Barukel, A. (2014). Decolonialidad y salud mental. Perspectivas de un diálogo. En XI Congreso Argentino de Antropología Social.

Bourdieu, P y Wacquant, L. (1995). La lógica de los campos. En Respuestas por una antropología reflexiva. Pp. 63-78. México, Grijalbo.

Bourdieu, P. (2002). "Campo intelectual y proyecto creador". En Campo de poder, campo intelectual, Buenos Aires, Monrtessor.

Caetano, G. (2015). Algunas notas generales a propósito de cómo definir la interdisciplina. En Encuentros sobre interdisicplina. Uruguay, Espacio interdisciplinario de la Universidad de la República, Ediciones Trilce.

Conrad, P. (2007). "La medición de la medicalización. Categorías, números y tratamiento". En: La medicalización de la sociedad: La transformación de condiciones humanas en desórdenes tratables, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Foucault, M. (2005). El poder psiquiátrico. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Luengo-Gonzáles, E. (2012). "Interdisciplina: criterios orientadores". En: Interdisciplina y transdisciplina: aportes desde la investigación y la intervención social universitaria. México, Complexus, CIFS-ITESO.

Malinowski, B. (1971 [1926]). Crimen y costumbre en la sociedad salvaje. Barcelona: Ariel.

Menéndez, E. (2002). "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad". En: La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Mombrú y Vienni. (2015). "Concluyendo y Proyectando". En: Encuentros sobre interdisciplina. Uruguay, Espacio

interdisciplinario de la Universidad de la República. Ediciones Trilce.
Morin, E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. España, Gedisa Editorial.
Petryna, A. Lakoff, A. y Kleinman, A. (2006) Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices. Londres, Duke University Press.
Shore, C. (2010). "La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la "formulación" de las políticas". Antípoda.
Stolkiner, A. (1999). Stolkiner. La interdisicplina: entre la epistemología y las prácticas. El Campo Psi.
Thompson Klein, J. (1996) a. "An Interdisciplinary lexicon". En: Interdisciplinaritu: History, Theory and Practice, Wayne State University Press: Pp.55-73.
Thompson, Klein, J. (1996) b. "The rethoric of interdisciplinarity". En: Interdisciplinaritu: History, Theory and Practice, Wayne State University Press: Pp.77-84.

GRUPOS DE TRABAJO Nº 14

Desafíos en torno a las transformaciones sociopolíticas en el abordaje de la discapacidad

Del modelo médico rehabilitador al modelo social

Coordinadorxs

- María José Campero, Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA) y Hospital Durand (CABA).
- Marina Heredia, Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA) y Programa de Antropología y Salud (ICA, FFyL-UBA).

Comentaristas

- Verónica Rusler, Coordinadora del Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA).
- Verónica González Bonet, presidenta de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI).

Aprendiendo a vivir con Parkinson: pérdida, sufrimiento y grupo de pares

GEORGINA STRASSER* Y
MARÍA DE LOS ÁNGELES BACIGALUPE**

Introducción

La enfermedad de Parkinson se define como un desorden neurodegenerativo, crónico, progresivo que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y de la coordinación del movimiento, del mantenimiento de la postura y del tono muscular. Se presenta generalmente entre los 40 y 70 años, con una incidencia de 3 casos por 1000 en el total de la población, pero con un incremento exponencial de acuerdo a la edad (1/1000 entre los 50-59 años de edad, hasta 31/1000 entre los 80-89 años) (García *et al.,* 2010; Lastra Andrade, 2005; Ochoa Calvo *et al.,* 2006). Clínicamente la enfermedad de Parkinson se manifiesta por temblor en reposo, rigidez muscular, bradicinesia y alteración de la marcha y los reflejos posturales, a lo que se le asocian otros trastornos como dificultad en el habla, en la deglución y masticación, déficit cognoscitivo, y en ocasiones también otros problemas de orden neuropsiquiátrico tales como depresión, ansiedad, demencia y psicosis. Los trastornos

* Lic. en Ciencias de la educación, Dra. en Ciencias de la salud (UNLP), Investigadora Adjunta CONICET -División Etnografía, Museo de La Plata, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
** Lic. en Antropología, Dra. en Ciencias Naturales (UNLP), Profesora Adjunta, UNSL Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
con EP y otros individuos (cfr. por ejemplo Doyle Lyons y Tickle-Degnen, 2003; Gray y Tickle-Degnen, 2010; Miller *et al.*, 2006; Pentland *et al.*, 1987; Pitcairn *et al.*, 1990).

que el Parkinson acarrea comprometen las actividades cotidianas conllevando cambios en la relación del enfermo con su entorno, como la pérdida de autonomía para la realización de actividades instrumentales y del autocuidado, o situaciones de aislamiento o reducción del círculo social para evitar situaciones que resultan difíciles o complicadas, todo lo cual depende tanto de la personalidad del enfermo, de su capacidad de adaptación a las situaciones nuevas, de los déficit que se vayan manifestando y de la red de apoyo con que éste cuente (García *et al.,* 2010; Lastra Andrade, 2005; Ochoa Calvo *et al.,* 2006).

En el año 2002 un grupo de profesionales de La Plata creó el Taller de Parkinson (que desde el 2006 formó parte de la extensión universitaria de la Cátedra de Psiquiatría de la UNLP[1]) con el objetivo de promover la atención integral y permanente del paciente mediante una intervención médico-pedagógica dirigida a generar cambios conceptuales, actitudinales y comportamentales en los enfermos y su entorno, que contribuyan a mejorar su calidad de vida. Desde el taller se busca reducir o enlentecer la progresiva y alta capacidad invalidante de la enfermedad a través de la danza (tango y diversos ritmos musicales), la expresión corporal, la fonoaudiología, la educación física y el teatro, trabajando con la música, con variadas técnicas de movimiento, el juego, la expresión vocal, facial y gestual y la interacción social. Este espacio brinda además atención al paciente y su familia priorizando el diálogo fluido para responder a la necesidad de información y transmitir estrategias de cuidado para superar las dificultades que la enfermedad instala en la vida diaria.

Durante el 2010 y 2011 se concurrió a los encuentros del taller, presenciando las diversas actividades y participando en algunas. En este contexto se entablaron conversaciones con los distintos asistentes al taller, dialogando con los pacientes y con algunos cónyuges que acompañan a su pareja al taller, atendiendo a los gestos y actitudes, a las conversaciones espontáneas entre ellos y charlas grupales En el 2011 se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas registradas, las más extensas mediante grabación, pero en su mayoría mediante transcripción posterior. La información obtenida, una vez transcrita fue clasificada y desglosada en torno a nodos temáticos utilizando el software ATLAS.ti.

Se parte del reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención como emergentes estructurales de las condiciones históricas de vida y de trabajo en una sociedad dada, a la vez que objeto de la construcción de saberes y prácticas no sólo por parte de los especialistas o profesionales del campo médico, sino del conjunto de la población y en

1 Bajo la coordinación de su creador, Dr. José Luis Dillon (Facultad de Ciencias Médicas, UNLP).

los que se articulan procesos económico-sociales, políticos e ideológicos (Grimberg, 1992). Es desde su pertenencia cultural y social que el hombre aprende a identificar las enfermedades que lo aquejan, elabora explicaciones sobre sus causas, define las formas de estar sano y sentirse enfermo, establece estrategias de atención y pauta las relaciones entre el enfermo y el grupo orientadas a restablecer su salud o a otorgarle un nuevo espacio social en tanto individuo enfermo. Las nociones que se manejan sobre las enfermedades, sus síntomas y recetas para su cura son expresadas a través de las narraciones con que el individuo comparte y objetiviza sus experiencias de enfermedad, a la vez que se van modificando al contrastar con las observaciones de la evolución del malestar, con las experiencias transmitidas por otros individuos y con los fragmentos de saberes que le comunican los profesionales médicos u otros curadores a los que recurre.

"Los médicos tienen la teoría, el guión, pero el paciente es quien realmente conoce, vive la enfermedad"

Aunque el síntoma considerado más visible y característico del Parkinson sea el temblor, entre los mencionados por los participantes del taller se presentó con mayor frecuencia la sensación de endurecimiento de los músculos, la imposibilidad o lentitud para moverse: "es un mal delicado que no es sólo el temblor, porque uno ve el aspecto exterior del parkinsoniano y piensa que el mayor mal es temblar, pero tiene efectos colaterales". A la hora de referir las percepciones sintomáticas, es frecuente el empleo de metáforas para intentar expresar aquello de la experiencia que resulta inobjetivable, inaprenhensible por medio del lenguaje denotativo: "el pie está como garra", "se me quedan las piernas como clavadas al piso, me pesan los pies como si tuvieran pesas", "como que estoy dura, camino como un muñeco", "caminando como una geisha", "ese síntoma se llama el pie eléctrico, se me queda pegado como si fuera magnetizado", "los engranajes andan secos". Si bien en muchos casos el endurecimiento/rigidez se padece luego de haber estado en posición de reposo, también señalan como característico su acontecer súbito así como su superación también repentina, por lo que sólo resta "esperar a que se pase", espera donde se marca como central no ponerse nervioso porque esto sólo empeoraría la situación. Esta inestabilidad se ve acentuada por el efecto de la *levodopa* que es señalada como causante de un periodo de endurecimiento luego de su ingesta: "le dicen 'la enfermedad loca' porque no se sabe cuándo te puede agarrar", "te quedás dura, hay que tranquilizarse y por ahí se arranca de nuevo", "lo más llamativo que tiene esta enfermedad es que de golpe no podés moverte y de golpe salís caminando". El endurecimiento repentino es vivenciado como una pérdida de control donde una parte del cuerpo deja de responder al deseo y voluntad

de movimiento: "como que las piernas están separadas del cuerpo como si fueran patas de palo, querés caminar y no te responden". Temblor y endurecimiento ocasionan inestabilidad, pérdida del equilibrio, por lo que a la percepción de pérdida de control se agrega el temor a las caídas, miedo que conduce a dejar de hacer cosas ahora consideradas riesgosas como tomar el colectivo, bañarse o dormir solo.

Algunos refirieron sentir dolor en los brazos, en la cintura o en el cuerpo en general, o una sensación de cansancio y decaimiento: "entre el temblor, la distonía, el dolor es lo que más me molesta", "yo empecé así, con dolor de huesos, toda desarmada". Otros también se quejaron regularmente de no poder dormir de corrido, sea por los dolores, calambres, o por no encontrar la posición adecuada en la cama. Y varios mencionaron problemas en el habla, sea de la voz o en la articulación de las palabras: "a veces cuando hablo no se me entiende, se me traba la lengua", "era locutor, relator de fútbol, hace 1 año que empecé con la difonía, a veces de golpe me vuelve la voz natural". A raíz de que uno de los participantes del taller comentó que hace alrededor de 5 años se comenzó a sostener que la pérdida del olfato podría considerarse un síntoma precoz del Parkinson (se presenta 10 años antes que otros síntomas) y que él mismo lo había perdido, se indagó en otros participantes hallándose que dos más recordaban haberlo perdido y uno dijo no recordar haberlo tenido nunca.

El sufrimiento como resistencia al ser-en-el-mundo:"hay que ver qué quiere hacer el señor Parkinson, él es dueño de mi persona"

Desde la perspectiva de las Filosofías de la Existencia, se considera la enfermedad, en tanto modo de existencia, como un estado donde la situación del ser se presenta notoriamente como obstáculo, resistencia a la vida (Marcel, 1953). El cuerpo propio existe activamente y es inseparable del mundo (incluidas las relaciones con los otros) hacia el que orienta su intencionalidad dotándolo de sentido, "las cosas nos solicitan gestos, al percibirlas se da una secuencia propia de movimientos que es diferente para cada objeto, para poder tratar con él" (De Castro *et al.*, 2006: 133). Estos autores señalan, basándose en "Imaginación carnal" de Merleau-Ponty, que toda percepción se realiza desde un esquema corporal el cual no es una representación estática de las distintas partes del cuerpo, sino la integración dinámica de las mismas en los proyectos motores del organismo. "El cuerpo nunca es tan sólo un objeto físico, sino en todo momento una corporificación de la conciencia [...] el mundo objetivo, "exterior", se halla siempre conectado con mi cuerpo en términos de los actos de éste o de las potenciales acciones sobre ellos. Percibir el mundo es reflejar las posibles acciones de mi cuerpo sobre

aquél. De forma similar experimento mi cuerpo como mío por medio de mi íntimo y concreto control sobre él" (Turner, 1989: 82). Por ello es que toda experiencia de sufrimiento, al tensionar la relación cotidianamente no problemática entre cuerpo y práctica, da visibilidad al cuerpo silenciado, obviado, colocándolo en el foco de la experiencia en tanto materialidad, obstáculo que constriñe y limita la capacidad de agencia de la persona (Alonso, 2008). El sufrimiento es el resultado de procesos de resistencia al flujo vivido de experiencia, a los planes de vida, a las acciones prácticas (Kleinman y Kleinman, 1991; Kleinman, 1994).

En el proceso de identificación perceptual del malestar son consideradas como síntomas disfunciones que implican una ruptura de la cotidianidad, reconociéndose la enfermedad a partir de las actividades que impide u obstaculiza realizar, actividades que antes se llevaban a cabo de manera espontánea e irreflexiva, como lavarse, vestirse, incorporarse, manejar o salir a la calle sin compañía, y aquellas que requieren motricidad fina como coser o escribir. Muchos de los sujetos entrevistados destacaron que todos los días aparece algo nuevo respecto a no poder resolver situaciones corrientes, siendo esta resistencia al flujo de vida lo que impide ignorar el Parkinson o al menos olvidarlo por momentos: "mi problema es que no puedo hacer las cosas bien como las hacía antes, que estoy mucho sin hacer nada, que no puedo baldear, barro y ya me canso, antes salía a hacer compras y de ahí iba a saludar a una amiga… y ahora ya no", "dejé de ir al cine porque una hora y media en la butaca no aguanto", "me da impotencia porque yo escribo, pienso más rápido de lo que escribo y me da bronca".

Al verse afectados (resistidos) los diversos quehaceres cotidianos por el Parkinson, este está presente de manera casi permanente en la conciencia de los que lo padecen generando frustración e impotencia ante las nuevas limitaciones. Kleinman señala que la experiencia (en tanto espacio emergente de la interacción de categorías culturales y estructuras sociales con los procesos psicológicos y fisiológicos) es definida por lo que está vitalmente en juego para grupos e individuos. Es la construcción de lo que está en juego para las personas lo que articula a partir de preferencias y prioridades un vínculo sociosomático entre el sistema de símbolos y el cuerpo (Kleinman, 1994). Aquello relevante a partir de lo cual se otorgan significados al sufrimiento (no poder caminar, manejar, escribir) es lo que pone en evidencia la resistencia que los malestares le imponen al plan de vida. Los referentes de la salud y de la enfermedad provienen de la inserción en el mundo y de las actividades implicadas más que del estado patológico mismo, y la (in-)capacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas, de "valerse" por sí mismo, es uno de los principales ejes del discurso mórbido, como también se halló en un estudio sobre personas con artritis reumatoide (Devillard, 2002).

La percepción de la enfermedad a partir de las actividades que no se pueden realizar marca un contraste entre un antes, donde el individuo era dueño de hacer lo que quería, y un presente pautado por las posibilidades que el Parkinson concede y las potencialidades a desarrollar en una lucha contra un progresivo empeoramiento que coloca en el futuro cercano perspectivas menos optimistas.

Si la incapacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas es uno de los principales ejes del discurso mórbido, el estado de salud es identificado con el poder realizar esas tareas sin inconvenientes, el valerse de sí mismo, la capacidad de agencia de la persona sostenida en un buen funcionamiento del cuerpo pero entendido desde una perspectiva psicosomática, es decir, un buen funcionamiento que incluye la tranquilidad espiritual y el poder reaccionar emocionalmente de manera adecuada. También es señal de salud el poder realizar de manera espontánea e irreflexiva acciones que conforman el hecho de ser-en-el-mundo tales como tragar, hablar, dormir o mover los miembros. La incapacidad de realizarlas conlleva una reducción del sentido de utilidad y suficiencia sumando a los malestares físicos, sentimientos de descontento, resignación, impotencia o depresión, esta última asociada también al sentido de trayectoria degenerativa de la enfermedad.

Repercusión social del padecimiento: los síntomas del Parkinson vividos como estigma

Epele señala que, si bien se distingue el sufrimiento físico y corporal del sufrimiento social y moral (relacionado con las valores de justicia y responsabilidad), "sea como resultado de la somatización o encarnación, o por las implicaciones morales y de sentido de los procesos de enfermedad, en la mayoría de los casos, estos dos tipos de sufrimiento se superponen" (Epele, 2001: 123). Así, junto al sufrimiento producto de las incapacidades provocadas por el Parkinson emerge el malestar social ante la toma de conciencia de cómo tales incapacidades son valoradas e interpretadas por los sujetos del entorno. El estigma es producto de las expectativas normativas que se imponen sobre un sujeto que posee un atributo (a veces señalado como defecto, falla o desventaja) que lo vuelve diferente de los demás, provocando su descrédito y una "discrepancia especial entre la identidad social virtual y la real". El estigma implica su reconocimiento por parte del sujeto afectado por las características estigmatizantes, dado que él también ha incorporado las expectativas de la sociedad, viviendo con vergüenza sus atributos negativos, "como una posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento" (Goffman, 1998: 12, 18). Entre los participantes del taller varios refirieron situaciones sociales en las que algunas consecuencias del Parkinson los posicionaban en un lugar incómodo, incapaces de

ajustarse a las pautas de acción corrientes, exponiéndolos a entrar en categorías sobre las que recaen juicios peyorativos (el borracho, el embaucador, el decrépito o senil). Frente a esto, muchos refirieron optar por evitar el trato social con extraños, los espacios públicos o los eventos multitudinarios: "Alguien tembloroso se asocia con algo decadente, con grado de vejez, decrepitud, entonces cuando me toca representar una institución no asumo la representación para que la institución no tenga esa imagen". Aun cuando la intención del otro sea ayudar, tal actitud puede despertar un rechazo al sobrevaluar su grado de incapacidad cuando el enfermo de Parkinson intenta adaptarse a las nuevas resistencias al flujo de vida para mantener su universo de actividades y posibilidades lo menos alterado posible: "No quiero que me sirvan, no estoy paralítica!", "trato de hacer todo, no quiero ser una inútil, lisiada, no quiero que me tengan lástima, a veces digo que tengo Parkinson pero a veces no, pero no tengo problema en decirlo o en pedir ayuda a extraños, pero sí me molesta y trato mal a quien se acerca a ayudar cuando yo no lo pedí". Goffman destaca que quienes se han visto afectados por un estigma recién en momentos tardíos de su vida, tendrán probablemente mayores problemas para "re-identificarse consigo mismos, y una especial facilidad para la autocensura", dado que "son individuos que han realizado un concienzudo aprendizaje de lo normal y lo estigmatizado mucho tiempo antes de tener que considerarse a sí mismos como personas deficientes" (Goffman, 1998: 48).

Las prácticas y estrategias frente al Parkinson: "enfrentar mi vida con 'el inglés'"

Las prácticas no son siempre 'estrategias', sino que frecuentemente son actividades que necesitan adecuarse a lo posible y cuya condición de 'estrategia' puede ser referida a la actitud de síntesis continua que necesita desarrollar" (Menéndez, 1990: 56). Dentro del grupo de pacientes entrevistados todos orientaban sus acciones terapéuticas desde la perspectiva biomédica. Todos refirieron haber recurrido a la biomedicina tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, y cuando mencionaron disconformidad con este último, no cuestionaron el paradigma biomédico sino la práctica particular del profesional en términos de incompetencia. Pero siendo los procesos de salud-enfermedad parte constitutiva de la vida cotidiana, un amplio espectro de acciones (desde la actitud consciente de no hacer nada hasta el uso de equipo de determinado grado de complejidad y la automedicación) son realizadas por los propios sujetos y su grupo familiar con el objeto de solucionar o al menos aliviar una situación de malestar (Menéndez, 1992), "una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel decisivo en gran parte de las actividades de convalecencia está a cargo

del sujeto y su grupo a través de acciones de autoatención" (Menéndez, 2005: 43). En las descripciones de las actividades llevadas a cabo por los pacientes para enfrentar los efectos del Parkinson se ven entretejidas las prescripciones médicas con los saberes transmitidos entre legos y aquellos derivados de la propia experiencia. Todos tomaban en dosis variables la medicación establecida para el Parkinson, muchos cuidando además que su ingesta fuera en ayunas, o acompañada de jugo de naranja para mejorar su absorción, la mayoría temerosos del acortamiento del periodo entre ingestas y el consecuente aumento de la frecuencia de las mismas. La prescripción de numerosos medicamentos es valorado negativamente, como incompetencia del profesional y motivo de un cambio del médico de consulta: "veo que el método con el que me administran la droga es racional, o parece racional al menos, veo que le hace los mismos efectos a otras personas que yo conozco que a mí, entonces eso no digo que me pone contento pero me tranquiliza un poco". Junto al medicamento, la práctica de ejercicios, de actividades que exijan movimiento es señalado como lo más efectivo para combatir los síntomas parkinsonianos y es el motivo que llevó a la mayoría a acercarse al taller. Muchos refieren realizar también actividades en su hogar (con una bicicleta fija, con pelotas, bailando, estiramiento), varios acuden a otros espacios como centros de rehabilitación, gimnasios para la práctica de yoga, *aquagym*, grupos de caminata. Están quienes cuentan no haber practicado nunca antes deporte y que a partir del diagnóstico de Parkinson comenzaron a hacer actividad física como terapéutica contra los efectos de dicho mal, y por otro lado, quienes siempre gustaron del ejercicio físico: "voy a un centro de rehabilitación, desde que me apareció la enfermedad me dediqué a hacer de todo de eso; en la época que mejoré, el caminar se transformó en una cuestión curativa porque el caminar pone en marcha una cantidad de movimientos internos". Es en estas actividades donde se concentra la esperanza de mejorar su estado, dado que asumen que la cura es imposible: "yo me jubilé y ahora me dedico a hacer todo en función de estar mejor, uno puede seguir dedicándose a lo que está destinado o empezar a dedicarse a la enfermedad", "hay que poner toda la energía mental para frenar la enfermedad. Antes no hacía actividad física, ahora voy a rehabilitación tres veces por semana, dos veces al taller y salgo con el grupo de gordos a caminar".

Además de la práctica física, algunos señalan el papel del ejercicio mental, sea concientizando aquellos movimientos que antes se hacían espontáneamente, ejercitando movimientos antes no realizados y favoreciendo la creación de "nuevas conexiones": " vos fijate que muchos se babosean, no es mi problema porque lo hago consciente, ejercito los lugares del cerebro que no están ejercitados, otras vías

de pensamiento, yo tengo que caminar pensando, hasta que se haga automático, porque mis piernas están bien, mis músculos están bien, lo que está mal es mi cerebro que me hace arrastrar los pies", "hacerle trampa al cerebro, por ejemplo si uno para la izquierda no puede dar el paso a veces tiene que ir para la derecha",

Mantener la tranquilidad como estrategia para superar las instancias de rigidez y pérdida del control del movimiento está asociado a la frecuente connotación "enfermedad mental-nerviosa", por lo que a menudo refieren la posibilidad de mejorar la respuesta corporal mediante el dominio mental. Por otra parte, fueron referidas diversas estrategias de acción ya no orientadas a una mejora del dominio corporal sino a adaptarse al nuevo estado con las limitaciones determinadas por el Parkinson, tales como esperar a que pase el momento de endurecimiento y rigidez, manejar otros tiempos para realizar las actividades cotidianas, articular las rutinas con otro miembro de la casa para aquellas en que se necesita ayuda (como bañarse, por ejemplo), reacomodar el espacio del hogar para facilitar el desplazamiento, hasta acciones como el recaudo de llevar el dinero en una billetera que se pueda abrir fácilmente.

El proceso de adaptación al nuevo estado de quien padece Parkinson involucra también a los miembros de la familia más allegados, quienes comparten su cotidianeidad y brindan su apoyo al enfermo, son quienes por lo general notaron ciertas irregularidades antes del diagnóstico y aconsejaron la consulta médica, varios lo acompañan y/o incentivan para que vayan al taller y algunos incluso participan de las actividades del mismo. El padecimiento en tanto resistencia al flujo de vida no sólo afecta a quien lo padece sino a los seres más cercanos, quienes modifican sus propias rutinas para responder a las nuevas necesidades que el Parkinson instala en el hogar. La referencia constante al apoyo de un familiar destaca su función en torno al cuidado del enfermo; siendo este acompañamiento la actitud esperada, su ausencia suscita expresiones de reprobación: "cuento con dos extraordinarias ventajas: el Taller al que concurro, y mi marido, con quien convivo. Ambos me brindan una invalorable contención, en diferentes aspectos, para enfrentar mi vida con 'el inglés'".

El Taller: "acá se viene a mejorar, el Parkinson no se puede curar, pero se puede mejorar"

De la existencia del Taller se enteraron gracias a su divulgación mediante las muestras de sus actividades en espacios públicos o su mención en los diarios, otros por sugerencia de su médico y otros por comentarios de conocidos. Si bien mencionaron que allí recibían medicación gratuita (sobre todo quienes no cuentan con obra social) además de realizar consultas espontáneas con los profesionales que participan del taller,

destacan como objetivo primordial de la concurrencia las actividades corporales que allí se ofrecen: las actividades con profesores de educación física que buscan tonificar la musculatura, recuperar los reflejos; el trabajo corporal desde el teatro y la danza que llevan al cuerpo a traspasar las fronteras de su uso cotidiano; los ejercicios del aparato fonador con la fonoaudióloga, todo ello orientado a un fortalecimiento de las capacidades psicofísicas: "ahora se mueve más, antes estaba muy duro, le enseñaron cómo levantarse, cómo pararse, y le hace bien porque tiene algo para hacer, para distraerse y no encerrarse porque los que tienen esta enfermedad se van retrayendo, no quieren que los vean así, pero le hace bien venir acá a estar entre iguales".

Pero ejercicios y consultas médicas quedan en un segundo plano ante el componente grupal. La mayoría señala que lo que los motiva a asistir (incluso salvando distancias y dificultades de transporte) es el espíritu del grupo, el estar "entre iguales", el compartir experiencias, intercambiar ideas y estrategias, consultarse por profesionales, tratamientos, centros de atención. Risas y bromas enmarcan las actividades y cuando el desánimo se presenta, no faltan palabras y gestos de apoyo, comprensión y consuelo. Son variados los vínculos que se van generando entre los distintos participantes, algunos se organizan para llegar al taller resolviendo así el problema del transporte en quienes no tienen auto, otros se hacen visitas, se llaman por teléfono ante ausencias o problemas puntuales. El Taller les ofrece por un lado el apoyo profesional para practicar actividades diversas que promuevan el ejercicio de sus capacidades, apoyo con el cual se permiten, en la búsqueda de recuperar un dominio cercenado por el Parkinson, exigirle al cuerpo posturas o movimientos no practicados. Así, a la par de un discurso de degradación, pérdida, empeoramiento debido al Parkinson y a la vejez, se registró en todas las conversaciones con los participantes del taller un discurso de mejoría, de recuperación y autocontrol asociado a las actividades y tareas propuestas. Pero a su vez, y dado que las actividades se realizan todas con un énfasis en la recreación, expresión y comunicación, se promueve la apertura y mirada hacia el otro, lo cual se constituye en el factor principal de movilización de los participantes para asistir al mismo: "todos los integrantes del Taller tenemos un fuerte sentimiento de pertenencia y de gratitud para con él y todos sus miembros. Sentimos la contención, la dedicación, sentimos el efecto beneficioso que tiene sobre nuestras vidas".

Conclusiones

El objetivo de este artículo fue contribuir, con el aporte analítico-descriptivo que posibilita un abordaje etnográfico, al conocimiento sobre la experiencia de vivir con la enfermedad de Parkinson. Se hizo notar

que más allá de la percepción de los síntomas corrientemente mencionados (temblor, rigidez, pérdida de voz, de olfato) se destaca la incapacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas y de valerse por sí mismo. Esto conlleva una drástica ruptura con el modo de vida previa y afecta el sentimiento de autonomía y potestad de la persona, lo que sumado a la perspectiva de cronicidad y evolución negativa de la enfermedad, ocasiona un sufrimiento más difícil de contrarrestar, inabordable desde la biomedicina. Padecer una enfermedad crónica y degenerativa implica asumir que los síntomas se instalarán como un nuevo estado "normal" del sujeto, y que los cambios serán para peor. Adaptarse a este nuevo estado del ser requiere ir construyendo un nuevo vínculo entre el cuerpo propio y el mundo, deconstruir los hábitos incorporados a lo largo de toda la vida y desnaturalizar aquello que otrora se hiciera de manera espontánea e irreflexiva. Este nuevo aprendizaje no se hace sin resistencias, impotencia y desazón frente a las capacidades perdidas. Es de suma importancia y valor el contar con ayuda de especialistas que orienten al enfermo en esta búsqueda de estrategias para salvar las nuevas dificultades, pero también es necesario el apoyo afectivo que refuerce sus resistencias y fortalezas para que pueda mantener su sentimiento de autonomía y determinación.

Las variadas actividades del taller se han orientado a ayudar al enfermo a familiarizarse con su nuevo estado corporal y a maximizar capacidades olvidadas o subalternizadas. Pero por encima de la labor especializada de cada profesional y más allá de las actividades individuales, se ha ido constituyendo una propiedad emergente a partir del compromiso emocional de cada participante que se acerca a buscar apoyo pero también a brindar su persona en palabras, gestos, acciones, recordándole a su compañero de infortunio que no está solo, que siempre algo se puede hacer para llevar adelante de la mejor manera posible el día a día, que aunque el Parkinson "vino para quedarse, cuanto mejor lo lleves..." y que "uno se asusta pero no es tan grave".

Bibliografía

Alonso, J. P. (2008). Cuerpo, dolor e incertidumbre. Experiencia de la enfermedad y formas de interpelar el cuerpo en pacientes de Cuidados Paliativos. *(Con)textos. Revista d'antropologia i investigació social.* n. 2. pp. 36-50.

De Castro, A., García, G. y Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial.*Psicol. Caribe.*Barranquilla, Colombia, n. 17, pp. 122-148.

Devillard, M. J. (2002). De los discursos antropológicos sobre naturaleza, cuerpo y cultura. *Política y Sociedad,* Madrid,v. 39, n. 3. pp. 597-614.

Epele, M. (2001). Violencia y Trauma. Políticas del Sufrimiento Social entre usuarias de drogas. *Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, n14. pp. 117-137.

García, S., López, B., Meza Dávalos, E., Villagómez Ortiz, A. y Coral Vázquez, R. (2010). "Breve reseña histórica de la enfermedad de Parkinson. De la descripción precipitada de la enfermedad en el siglo XIX, a los avances en Biología Molecular del padecimiento". *Medicina Interna de México,* v.26, n. 4, pp. 350-373.

Goffman, E. (1998). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grimberg, M. (1992). *Proceso salud-enfermedad-atención y Hegemonía. Guía para la discusión*. Doc de trabajo. ICA-UBA.

Kleinman, A. (1994). Pain and Resistance: The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds. En: Kleinman, A. *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective.* Berkeley: University of California Press,pp.169-198.

Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry,*New York, n. 15. pp. 275-302.

Lastra Andrade, P. M. (2005). "Validación de la escala de ansiedad de Beck en su correlación con los criterios diagnósticos del CIE-10, en pacientes con enfermedad de Parkinson que acudieron al hospital Carlos Andrade Marín desde noviembre de 2004 hasta enero de 2005". *Anuario de investigaciones médicas 2005*, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, pp. 95-112.

Marcel, G. (1953) *El misterio del ser*. Buenos Aires: Sudamericana.

Menéndez, E. (1990). "Informe: Sistemas locales de salud. Aproximación teórico-metodológica. Reunión: Evaluación del proceso de implantación de SILOS", Sao Paulo, Brasil, Documento no publicado.

Menéndez, E. (1992). "Grupo doméstico y proceso salud/ enfermedad/ atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo". *Cuadernos médico sociales,*México, n. 59, pp. 3-18.

Menéndez, E. (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social,* Ciudad de México, n. 14, pp. 33-69.

Ochoa Calvo, P., Chueca Miguel, E., Villacampa Romero, S. y Marín Español, L. (2006). "El cambio de sentido de una comida para el enfermo de Parkinson". *Anales de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza,* n.9, pp. 131-141.

Turner, B. S. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social.* México: Fondo de Cultura Económica.

¿Discapacidad en la infancia? El Certificado Único de Discapacidad como política pública: dos modelos en tensión

AXEL LEVIN*

Introducción

Este trabajo tuvo como objetivo analizar a través de qué métodos y criterios el Estado define y certifica la *discapacidad* en la infancia, en particular a los/las niño/as que presentan patologías en salud mental[1]. Mi intención fue la de realizar un aporte al entendimiento de la *discapacidad* como una producción socio-política, caracterizando el lugar que ocupa la certificación estatal.

El trabajo de campo de la presente investigación, cuyo enfoque fue etnográfico, se desarrolló durante el segundo semestre del 2016 (entre los meses de julio y diciembre) en el Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto a la metodología, fundamentalmente utilicé la observación participante en el espacio, en funcionamiento, de las distintas Juntas pediátricas (tuve una experiencia prolongada en tres Juntas disímiles), y la realización de entrevistas abiertas tanto a

1 Las patologías diagnosticadas con mayor recurrencia en niño/as solicitantes del certificado son: Trastorno General del Desarrollo (TGD), Trastorno de Déficit de Atención (TDA), Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Lenguaje, Trastorno de la Personalidad, Retraso Mental, Autismo.

* Programa de Discapacidad y Accesibilidad, SEUBE, FFyL, UBA

los profesionales a cargo como a las familias solicitantes. Incorporé, a su vez, el análisis de fuentes estadísticas.

La elección de centrar la investigación en la *discapacidad* infantil, haciendo énfasis en los/las niño/as que presentan patologías en salud mental, la tomo pensando en la importancia que tiene esta franja de la población, y dicha problemática, en la construcción de la *discapacidad* de las personas. La infancia, por un lado, ocupa un lugar de relevancia significativa tanto por la centralidad de los hijos en las familias como por la sujeción a disciplinas y a parámetros de *normalidad* pautados a través de las instituciones médicas y educativas por las que los niño/as transitan en su desarrollo (Foucault, 1977; Donzelot, 1977). Por el otro, como producto de un proceso histórico de creciente autoridad, la psiquiatría es la que establece los parámetros legítimos de la *normalidad* y *anormalidad* de los sujetos: cómo deben conducirse según ciertas normas prescriptas, asociadas a la salud y lo moralmente correcto (Foucault, 1976, 1977b).

Sobre esta base, me resulta significativo puntualizar que estadísticamente en la Argentina la *discapacidad mental*, y en particular la infantil, es a nivel cuantitativo la que más relevancia tiene[2]. Tomando las estadísticas del último anuario publicado del Servicio Nacional de Rehabilitación (2015), se puede observar que la mayor proporción de certificados de *discapacidad* emitidos en el territorio nacional corresponde a *discapacidad mental*, en un porcentaje del 40,17%, y que la mayor cantidad de certificados emitidos a razón de *discapacidad mental,* a diferencia de los demás tipos de *discapacidad*[3], se encuentra comprendida en la franja etaria que va desde cero a diecinueve años de edad (con un pico máximo en las edades de cinco a nueve años). A nivel nacional, poniendo en relación los certificados emitidos por tipo de *discapacidad* y franja etaria, durante el año 2015 la mayor cantidad de certificados fueron emitidos a razón de *discapacidad mental* en menores de quince años, en una proporción del 55,45% sobre la totalidad. Es decir, la *discapacidad mental infantil* es la categoría, tanto en tipo de *discapacidad* como en franja etaria, correspondiente a la mayor proporción de certificados emitidos en la Argentina.

---

2 Si bien utilizo las estadísticas del último anuario publicado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) al momento de la realización de la investigación, los anuarios anteriores (2010-2015) presentan estadísticas similares, algo que es resaltado en el anuario en cuestión (2015). Estos anuarios reúnen la información estadística de múltiples aspectos de la población argentina portadora del Certificado Único de Discapacidad.
Para consultar la fuente de las estadísticas: *https://www.snr.gob.ar/datos-estadisticos/*

3 La *discapacidad* se categoriza en *discapacidad mental*, *discapacidad motora*, *discapacidad visceral*, discapacidad auditiva y discapacidad visual.

Esta investigación, a su vez, se enmarca en un proceso histórico, todavía en curso, de discusiones y cambios de paradigma sobre la manera de concebir a la *discapacidad*. O, en otras palabras, sobre cómo se la define y certifica, determinando o no la ponderación de un sujeto como *discapacitado*. A nivel internacional, los principales hitos en los que se puede ver dicho proceso, al mismo tiempo que lo fomentan, son la aprobación por parte de la Organización Mundial de la Salud[4] del manual denominado *Clasificación Internacional del Funcionamiento*[5] en el año 2001 y la aprobación de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*[6] por parte de la Organización de Naciones Unidas[7] en el año 2006. En estos documentos, dando parcialmente respuesta a las investigaciones académicas que planteaban un *modelo social* del fenómeno y a los reclamos de equidad de diversas organizaciones sociales, se critica el pensamiento de que la *discapacidad* es un problema médico-individual producto de la tragedia azarosa y desafortunada de cargar con un déficit psíquico-orgánico. Por el contrario, el *modelo social* pone a discutir las barreras u obstáculos sociales, materiales y simbólicos, que *discapacitan* a las personas con ciertas características, analizándolas como mecanismos de opresión y segregación que impiden su plena participación en sociedad (Oliver, 1998).

A nivel nacional, adhiriendo a las directrices de estos organismos, en el año 2009 se modifica el denominado *Sistema integral de protección a favor de las personas discapacitadas* (resolución 675 del Ministerio de Salud de la Nación), generando una serie de cambios en la manera en que, oficialmente, se concibe y certifica a la *discapacidad* en el país. Sin embargo, diversos estudios instauran la pregunta sobre la existencia, en la práctica, de continuidades y rupturas con el antiguo paradigma de certificación de la *discapacidad*.

Resulta importante resaltar, siendo este un punto que se desarrollará en la sección siguiente, que los anuarios estadísticos realizados por el Servicio Nacional de Rehabilitación desde el año 2009 hasta la actualidad, respecto a la cantidad de certificados de *discapacidad* contabilizados en el registro, marcan un crecimiento cada vez más elevado en la emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD), lo

---

4 De ahora en más, me referiré a la Organización de Mundial de la Salud como OMS.

5 De ahora en más, me referiré a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento* (2001) como CIF.

6 De ahora en más, me referiré a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) como la Convención.

7 De ahora en más, me referiré a la Organización de Naciones Unidas como ONU.

que plantea una particularidad de la Argentina de los últimos años[8]. En este contexto, planteo que es fundamental analizar el Certificado Único de Discapacidad[9] desde un carácter dual: como garantía estatal de derechos adquiridos, y como una política de demarcación *estigmatizante* (Venturiello, 2017).

¿Continuidades o rupturas? Un *modelo médico* que se pretende pasado y un *modelo social* que se dice vigente

En primer lugar, destaco que, más allá de los cambios introducidos con la nueva política de nuestro país a partir del 2009, inspirados en la adhesión al paradigma social y de derechos humanos que la Convención y la CIF sostienen (Ferrante, 2015), existe una continuidad en muchos de los aspectos sobre la manera de concebir la *discapacidad* de los sujetos en relación al *modelo médico* que se quiere dejar en el pasado. En este sentido, compartiendo la caracterización que realizan diversos autores sobre la CIF, sostengo que la certificación estatal actual, más allá del avance de incorporar al entorno social del sujeto como un factor de influencia en la determinación de la *discapacidad,* reproduce la potestad del discurso médico para definir la *normalidad* o *anormalidad* de los sujetos en términos de *estados de salud* funcionales o disfuncionales, sanos o patológicos a rehabilitar (Vallejos, 2012, 2013; Ferrante y Ferreira, 2009, 2011; Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010). En este marco, las contradicciones entre el discurso oficial del Estado y cómo está planteada y se da la certificación de *discapacidad* en la práctica tienen una influencia significativa entre las profesionales de las Juntas de evaluación, que se expresa en un cuestionamiento reiterado sobre su propia labor. Principalmente, estas contradicciones y cuestionamientos se centran en la crítica a la veracidad de la interdisciplina, y al postulado de que la certificación de *discapacidad* ya no se define a raíz de diagnósticos médicos.

Sobre esto último, a lo largo de mi investigación fui registrando un número considerable de reflexiones por parte de las profesionales, muchas veces explicitadas en conversaciones individuales a modo de confidencia, otras surgidas en debates espontáneos entre los miembros de las Junta a partir de situaciones extraordinarias (frente a solicitantes, por ejemplo, particularmente controversiales), así como en respuestas a preguntas que les fui haciendo sobre distintos procedimientos y palabras naturalizados en la rutina. Por razones de extensión, pasaré a reproducir solo algunos de estos registros:

---

8 Para consultar la fuente de las estadísticas: https://www.snr.gob.ar/datos-estadisticos/

9 De ahora en más, me referiré al Certificado Único de Discapacidad como CUD.

> Médica pediatra: Acá más allá del discurso progre de la interdisciplina y el modelo social está planteado todo para que la posta la siga teniendo el médico. Yo intento cambiarlo, pero es difícil, y también es lo que se fomenta desde arriba en realidad.
> Yo: ¿En qué sentido lo decís? No entiendo.
> Médica pediatra: Claro, las entrevistas las hago todas yo casi siempre. Viste que intento dejar el lugar e ir con la computadora un rato, pero no sé si es que no se animan, o qué, es algo que está muy instaurado creo.
> Yo: ¿Qué cosa?
> Médica pediatra: La autoridad del médico. Yo: ¿Por qué decías que no se fomenta?
> Médica pediatra: Desde el discurso para afuera sí, pero después el trato es muy distinto desde la dirección. A los trabajadores sociales y a los psicólogos se los tiene mucho menos en cuenta: nosotros estamos fijos y ellos rotan, cobran salarios más bajos, los hacen quedarse a completar horario cuando a nosotros nos dejan irnos, ese tipo de cosas.
> (Pediatra con siete años de experiencia en las Juntas)

Uno de los puntos que me interesa profundizar es el de la *rotación* de psicólogas y trabajadoras sociales, asociado a la afirmación de que cada Junta tiene su *estilo*. En primer lugar, resulta importante dar a conocer que las profesionales nominan a las Juntas no por su número, sino por el nombre de la médica que la dirige. La contraparte de la *rotación* de las psicólogas y las trabajadoras sociales es que las médicas quedan fijan, o mejor dicho, ellas *rotan* entre las Juntas "de" las médicas. A modo de ejemplo[10]:

> *Antes estaba en la Junta de Sofía, ahora me tocó estar en ésta, La Junta de Violeta es más estricta, más rigurosa pero se trabaja bien, Sí, en la Junta de Tatiana no vas a tener problema, tiene una onda mucho más flexible, relajada, ya vas a ver, A mí me gusta mucho más pediatría, pero a la mañana nunca me toca, siempre estoy en Juntas de adultos a la mañana, hoy estuve en la de Horacio que es discapacidad visual por ejemplo.*
> (Aseveraciones realizadas por distintas profesionales a lo largo de mi trabajo de campo, tomadas de mis registros –julio-diciembre, 2016–)

La interdisciplina se funda, precisamente, en la idea de que ambas tres profesiones componen las Juntas de forma equitativa, con el mismo

10 Los nombres, por razones de resguardo y privacidad, fueron cambiados. Esta decisión la tomo no por un pedido expreso de las profesionales, sino por una consideración propia basada en respetar el anonimato de aquellas profesionales que, en un clima de intimidad o confidencia, me han expresado opiniones de las más diversas.

potencial de decisión al momento de determinar la *discapacidad* de una persona, siendo esta determinación el producto de un debate entre iguales. Sin embargo, a nivel estructural las Juntas no son "interdisciplinarias", sino que son "de Sofía", "de Violeta", es decir "de" los médicos, siendo la nominación interna una expresión simbólica de una distribución desigual de roles y responsabilidades asignados a los miembros de las tres profesiones.

En efecto, si la "última palabra la sigue teniendo el médico", como dijo la psicóloga anteriormente citada, o si son los médicos los que en la mayoría de los casos llevan adelante las entrevistas, es porque son los que dirigen las Juntas en la práctica. Al establecerse un funcionamiento por el cual los trabajadores sociales y psicólogos (sin importar su recorrido o experiencia profesional en alguna especialización) *rotan* indiscriminadamente entre Juntas de médicos especializados (pediatras, oftalmólogos, psiquiatras, otorrinolaringólogos), clasificadas por edad y tipo de *discapacidad* en adultos, se asigna informalmente a los médicos la dirección de cada Junta.

Por otro lado, el *estilo* de la Junta es también, en realidad, el "estilo de Sofía" el "estilo de Tatiana", es decir, el *estilo* del médico. En otras palabras, la modalidad con que cada Junta funciona cotidianamente está asociada a la personalidad y forma de trabajo de la médica que queda fija y la dirige. En ese sentido, que una Junta funcione interdisciplinariamente depende en gran parte del *estilo* de la médica que la preside, que no es otra cosa que la posición que la médica adopta frente a los demás miembros de la Junta y la modalidad de trabajo que pretende adoptar (más o menos riguroso, con mayor importancia a la entrevista o a la lectura de los informes, más o menos flexible al momento de conceder prestaciones y años de validez del certificado). Esto no quita, como dijo la psicóloga citada y como pude observar comparativamente entre las Juntas en las que participé, que también depende "de cómo lo encara cada una". En efecto, en la primer Junta que estuve, la dirigida por la pediatra citada, observé que existía una actitud suya de incentivar la interdisciplina al querer ceder la dirección de las entrevistas, aunque rara vez ocurriese dado que la trabajadora social o la psicóloga adoptaban una posición de intervención más pasiva. Por el contrario, en otra Junta en que la médica no tenía en particular una posición de querer incentivar la interdisciplina, las entrevistas y debates posteriores eran realizados con mucha más equidad por la iniciativa personal de la psicóloga presente (al menos hasta que esta psicóloga *rotó* a otra Junta).

Sin embargo, y este es el punto que resalto, si bien es cierto que la veracidad de la interdisciplina está determinada, en la práctica, no solo por el *estilo* de la médica a cargo, sino también por la posición de

mayor o menor intervención de las trabajadoras sociales y psicólogas, existe una estructura de *rotación* indiferenciada para estas últimas y demanda de especialización profesional y asignación de responsabilidades para los médicos, representada valorativamente, incluso, en los sueldos (la remuneración del médico es mayor a la de la psicólogo, y la del psicólogo mayor a la del trabajador social), que perpetua la autoridad de la medicina como saber objetivo en la certificación de la *discapacidad*[11]. En otras palabras, la estructura institucional reproduce al discurso médico como saber-poder disciplinar (Foucault, 1976), estableciendo patrones de comportamiento entre las profesionales que legitiman, precisamente, a la medicina como saber experto dominante en la clasificación, *normalización*, y *normativización* de la población (Foucault, 1977b) al dictaminar o no su *discapacidad*.

Por otra parte, una situación que presencié, de particular interés analítico, fue la consulta mutua entre los profesionales de una Junta sobre qué hacer ante una persona que solicitase el certificado por Dislexia[12], a partir de la duda que le generó a una integrante de la Junta la aprobación en el Congreso de la Nación de la Ley de Dislexia (octubre de 2016). En efecto, la trabajadora social anunció, después de buscarlo en la computadora, que la Ley de Dislexia recién aprobada indicaba que este diagnóstico ya no certificaba *discapacidad*, y que el mismo ingresaba dentro de lo que se denomina Plan Médico Obligatorio (PMO) reglamentando la gratuidad de las prestaciones de salud de las Obras Sociales y Prepagas sin la necesidad de presentar el CUD. Luego que leyera esta información en voz alta, otra de las profesionales aclara: "Sí, pero si es un Trastorno del Lenguaje, por ejemplo, sigue certificando" (psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas). En efecto, en un encuentro posterior en otra Junta presencié cómo la pediatra, luego de la entrevista, le explicaba al padre de un niño con problemas de aprendizaje y comunicación que: "La Dislexia

11 Quiero dejar planteado, sobre este punto en particular, que sería relevante desarrollar una investigación que incluya una perspectiva analítica que problematice la autoridad social que detenta el género masculino, y en este tópico en particular cómo se conjuga con la que tiene el discurso médico. A modo de suposición, pienso que en una Junta interdisciplinaria en la que el médico fuese varón, y la trabajadora social y psicóloga mujer, al momento de pensar la veracidad de la interdisciplina en dicha Junta y las interacciones que se establecen entre los tres profesionales necesariamente hay que contemplar la autoridad no solo de la medicina por sobre otras disciplinas, sino del género masculino en el ámbito de la salud. Como aclaré, la totalidad de las Juntas de pediatría, al menos cuando realicé mi trabajo de campo, estaban compuestas por mujeres, por lo que decidí relegar este enfoque, pero dejo asentada esta línea de investigación para futuros trabajos.

12 La Dislexia es un diagnóstico que se utiliza para categorizar problemas de alteración en la capacidad de lectoescritura de las personas.

ya no certifica discapacidad, pero como también tiene diagnosticado un Trastorno del Lenguaje sin Especificar y un Trastorno General del Desarrollo se lo podemos otorgar" (pediatra con diez años de experiencia en las Juntas).

En primer lugar, resulta de sumo interés este caso porque muestra cómo una ley aprobada en el Congreso de la Nación puede determinar qué es *discapacidad* y qué no lo es, de manera arbitraria sobre ciertos diagnósticos (un/a niño/a con Dislexia no es *discapacitado*, pero un/a niño/a con Trastorno del Leguaje o Trastorno General del Desarrollo sí). En este sentido, si bien es ilustrativo de que la *discapacidad* "no está en la naturaleza", como plantea Indiana Vallejos (2012, 2013), sino que es un concepto de categorización de las personas que evoluciona según parámetros socioculturales, también ilustra cómo más allá de lo discursivo la certificación se sigue centrando en los diagnósticos médicos. Efectivamente, con la CIF, a diferencia del CIDDM[13], se toma en cuenta el contexto social de la persona y cómo su patología repercute más o menos en su vida cotidiana, pero en la práctica hay diagnósticos que certifican y diagnósticos que no. Lo que pude observar a lo largo de mi trabajo de campo es que ciertos diagnósticos están asociados a la *discapacidad*, y es muy improbable que se le deniegue un certificado a una persona que los presente.

En la mayoría de los casos lo que está en cuestión en la labor de las Juntas no es el otorgamiento o la denegación del certificado, ligado a ciertos diagnósticos médicos preestablecidos reglamentariamente, sino por cuántos años se lo otorga y qué prestaciones de salud, y beneficios en general, le corresponden. Sobre esto último sí se toma en consideración el carácter *relacional* de la *discapacidad* propuesta por la Convención y la CIF. Es decir que para determinar la duración del certificado y el alcance de su cobertura se evalúa el tipo y grado de repercusiones en la vida cotidiana del solicitante, *secuelas funcionales* (para usar el término nativo apropiado de la letra de la CIF) que limitan su actividad y participación social. Pero al momento de determinar la certificación en sí misma, si se otorga o se deniega, la visión que se pretende pasada de la *discapacidad* entendida como un *estado* (portación de una patología diagnosticada), vinculada al *modelo médico*, es la que prevalece.

En sintonía con lo anterior, retomando la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1976, 1978) caracterizo a la utilización de la CIF por parte del Estado en la certificación de *discapacidad* como un mecanismo de biopoder instrumentado para clasificar, *normalizar*, y *normativizar*

---

13 *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (1980), el manual guía de la OMS previo a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento* (2001).

a la población (Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010); pero también para generar disciplinas comportamentales entre las profesionales de las Juntas sujetas a la reproducción de la preeminencia del discurso médico como saber-poder desde el cual se definen los parámetros del cuerpo funcional-capacitado-legítimo y del disfuncional-discapacitado-ilegítimo. En este sentido, el cuestionamiento de las profesionales sobre las contradicciones de la interdisciplina promulgada, y sobre una manera de certificar que sigue basándose en diagnósticos médicos que certifican y en diagnósticos médicos que no, lo analizo como una disputa abierta en el ejercicio relacional del poder (Foucault, 1977a), en la cual ellas toman distancia de las disciplinales comportamentales a las que se pretende que estén sujetas.

En segundo lugar, destaco la caracterización que realizo sobre la certificación estatal de la *discapacidad,* entendiéndola como un fenómeno complejo en el cual se combina la garantía de derechos adquiridos (Ferrante y Ferreira, 2009, 2011) con el establecimiento de una política de *exclusión incluyente* que expresa cierta *ideología de la normalidad* por parte del Estado, naturalizando ciertos parámetros clasificatorios de la normalidad-capacidad/anormalidad-discapacidad de los sujetos (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009).

El Estado, de esta manera, define cuáles características de un/a niño/a son *normales* y cuáles no, instituyendo cierta jerarquía valorativa dentro del *campo de la salud* que legitima determinados atributos por sobre otros (Bourdieu y Wacquant, 1995), desde la preeminencia del discurso médico resignificado ahora como un discurso bio-psicosocial.

En esta línea, el peso del factor *económico* es fundamental dado que problemáticas de carácter socioeconómico terminan *discapacitando* a los sujetos al entenderlas y querer solucionarlas estatalmente en los términos de una *dis-capacidad* psíquica-orgánica de individuos, generando una demarcación excluyente que permite eludir, a su vez, la concepción de políticas universales que atiendan la problemática socioeconómica de fondo.

Conclusiones

El Estado define a qué niño/as, con qué atributos, le concierne la certificación de discapacidad, instituyendo un status de discapacitado con derechos diferenciales. Esta línea clasificatoria, que separa de manera arbitraria al niño/a de una normalidad socialmente esperada, ubicándolo en los parámetros de la discapacidad, está naturalizada y presentada como algo dado u objetivo (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009), desde un discurso científico recientemente modificado a una concepción multidiscplinar de mayor aceptación.

En este sentido, hago hincapié en el peso del factor económico en la determinación estatal de la discapacidad, es decir, en cómo problemas socioeconómicos discapacitan a los sujetos al ser pensados, definidos, y asociados a una solución posible desde el Estado a través del CUD.

Destaco que, más allá de los cambios introducidos con la nueva política de nuestro país a partir del 2009, inspirados en la adhesión al paradigma social y de derechos humanos que la Convención y la CIF sostienen (Ferrante, 2015), existe una continuidad en muchos de los aspectos sobre la manera de concebir la *discapacidad* de los sujetos y certificarla estatalmente en relación al modelo médico que se quiere dejar en el pasado. En este sentido, extiendo el planteo al conjunto del proceso de certificación estatal, sostenido por diversos autores, sobre que la CIF, más allá del avance de incorporar al entorno social del sujeto como un factor de influencia en la determinación de la *discapacidad*, reproduce la potestad del discurso médico para definir la normalidad o anormalidad de los sujetos en términos de estados de salud funcionales o disfuncionales, sanos o patológicos a rehabilitar (Vallejos, 2012, 2013; Ferrante y Ferreira, 2009, 2011; Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010).

En este marco, las contradicciones entre el discurso oficial del Estado y cómo está planteada y se da la certificación de discapacidad en la práctica tienen una influencia significativa entre las profesionales de las Juntas de evaluación, que se expresa en un cuestionamiento reiterado sobre su propia labor. Principalmente, estas contradicciones y cuestionamientos se centran en la crítica a la veracidad de la interdisciplina, y al postulado de que la certificación de discapacidad ya no se define a raíz de diagnósticos médicos.

En sintonía con lo anterior, retomando la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1976, 1978) caracterizo a la utilización de la CIF por parte del Estado en la certificación de discapacidad como un mecanismo de biopoder instrumentado para clasificar, normalizar, y normativizar a la población (Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010); pero también para generar disciplinas comportamentales entre las profesionales de las Juntas sujetas a la reproducción de la preeminencia del discurso médico como saber-poder desde el cual se definen los parámetros del cuerpo funcional-capacitado-legítimo y del disfuncional-discapacitado-ilegítimo. En este sentido, el cuestionamiento de las profesionales sobre las contradicciones de la interdisciplina promulgada, y sobre una manera de certificar que sigue basándose en diagnósticos médicos que certifican y en diagnósticos médicos que no, lo analizo como una disputa abierta en el ejercicio relacional del poder (Foucault, 1977a), en la cual ellas toman distancia de las disciplinas comportamentales a las que se pretende que estén sujetas.

Por último, quiero enfatizar la caracterización que realizo sobre la certificación estatal de la *discapacidad*, entendiéndola como un fenómeno complejo en el cual se combina la garantía de derechos adquiridos con el establecimiento de una política de exclusión incluyente que expresa cierta ideología de la normalidad por parte del Estado, produciendo discapacidad al establecer ciertos parámetros clasificatorios de la normalidad-capacidad/anormalidad-discapacidad de los sujetos (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009).

Bibliografía

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas: por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo.

Donzelot, J. (1977). *La policía de las familias*, España, Pre-Textos. 1998.

Ferrante, C. (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado? *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 22(68); pp. 151-176.

Ferrante, C y Ferreira, M. (2009). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política y sociedad*, 47(1); pp. 85-104.

Ferrante, C y Ferreira, M. (2011). Cuerpo y habitus: El marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(2); pp. 85-101.

Ferreira, M. y Rodríguez Díaz, S. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales,* 28(1); pp. 151-172.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*, México, Siglo XXI. 2002.

Foucault, M. (1977a). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En: *Microfísica del poder.* Madrid, La Piqueta. 1992.

Foucault, M. (1977b). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta. 1990.

Foucault, M. (1978). La gubernamentalidad. En Gabriel, G y Fermín, R. (*coords.*): *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires, Paidós. 2007.

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En Barton L. (comp.) Discapacidad y Sociedad, Ediciones Morata, España.

Rosato, A. *et al.* (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 20(39); pp. 87-105.

Rosato, A. y Angelino, M. (*coords.)* (2009). *Discapacidad e ideología de*

la normalidad. Desnaturalizar el déficit, Buenos Aires, Noveduc.
Vallejos, I. (2012). *Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas*. Exposición en el marco de la Reunión de la Red Interuniversitaria de Discapacidad y Derechos Humanos. Universidad Nacional de Luján. Inédito. (en línea). ‹http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/modeloMedicoSocial.pdf›
Vallejos, I. (2013). Ni grillete atado a la pared ni grillete con la bola pesada: un recorrido conceptual para pensar la discapacidad en la perspectiva de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. *Escrituras*, 10(1); pp. 99-108.
Venturiello, M. (2017): Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina. *Revista Española de Discapacidad*, 5(2); pp. 149-169.

RESÚMENES PRESENTADOS
EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

Convocatoria de las II Jornadas de Antropología y Salud de Argentina redasa

Grupo de Trabajo Nº 1

Alimentación y salud

Relaciones estructurales y miradas antropológicas

Coordinadorxs:
- Juliana Ravazzoli, CEREN/CIC-PBA.
- María Laura Bergel Sanchís, FCNyM-UNLP; DESACO, UNLa.

Comentaristas:
- Patricia Aguirre, FFyL-UBA; Docente-investigadora del Departamento de Salud Comunitaria (DESACO), Universidad Nacional de Lanús (UNLa).
- Gloria Sammartino, Centro de Investigación sobre Problemáticas Alimentarias (CISPAN). Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina (UBA).

Primera infancia, pobreza y malnutrición en escolares del cordón productivo platense

- Bergel Sanchís, María Laura [1, 2]
- Garraza Mariela [2, 3]
- Torres, María Fernanda [3, 4]
- Quintero, Fabián [2,3]
- Luis María Antonia [2]
- Cesani, María Florencia [2,3]
- Oyhenart, Evelia Edhit [2,3]

[1]Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús;[2] Laboratorio de Investigaciones en Ontogenia y Adaptación (LINOA). Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata (UNLP); [3]Instituto de Genética Veterinaria (IGEVET), UNLP-CONICET; [4]Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

La transición nutricional, acompañada por la epidemiológica, es promovida por cambios en los patrones alimentarios debido al reemplazo de alimentos "tradicionales" por aquellos "opulentos, industriales, occidentales y modernos", evidenciándose en la sustitución paulatina de desnutrición por exceso ponderal con periodos de coexistencia en una misma población, familia o incluso persona. El objetivo fue caracterizar nutricionalmente a población infantil asistente a Jardines de Infantes públicos del cordón productivo platense. La muestra quedó conformada por 512 niños/as entre 3 y 6 años. Se aplicaron técnicas antropométricas para obtener datos de peso y talla que fueron contrastados con referencia OMS, y encuestas estructuradas para obtener información socioeconómica de las familias. Los resultados indicaron que en familias donde la mayoría de los padres/madres apenas completaron la escuela primaria, trabajaban como horticultores en condiciones precarias o debían recurrir a trabajos intermitentes (changas) para subsistir, la malnutrición infantil (52.7%) se presenta de forma preocupante. Desglosadas, las prevalencias fueron: 6.4% de desnutrición (5.5% baja talla/edad; 1.4 bajo peso/edad; 1.2% bajo IMC/edad) y 52% de exceso de peso (31.8% sobrepeso y 16.2% obesidad). Se concluye que la población analizada se encuentra en estadios avanzados de transición nutricional con altas prevalencias de exceso ponderal y bajas de desnutrición. Considerando que la mitad de los niños/as padecen sobrepeso/obesidad y se encuentran además en situación de vulnerabilidad socioeconómica, resulta primordial poner en marcha acciones desde distintos sectores de salud pública en su conjunto.

Palabras clave: Primera Infancia; Malnutrición, Transición Nutricional; Cordón Productivo Platense.

Gramáticas culinarias: aproximaciones a la relación cuerpo-comida

- Bustos, María Daniela
- Huergo, Juliana
- Alecha, Gimena Alejandra

Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Las personas habitamos universos sensoriales diferentes construidos a lo largo de nuestra historia de vida, configurando diferentes modos de sentir, pensar y actuar. La relación cuerpo-comida es uno de sus tantos modos de expresión. En este trabajo nuestro objetivo responde a analizar esa trama relacional a través de la reconstrucción de las

gramáticas culinarias (GC) de particulares comensales en la Ciudad de Córdoba. Partiendo de antropología de los sentidos, realizamos un abordaje metodológico cualitativo desde el paradigma interpretativista. Consistió en tres etapas: 1) Ensueño dirigido y cuaderno de notas emotivas; 2) Entrevista individual en profundidad; 3) Encuentro para degustar. La muestra estuvo conformada por cinco personas que presentaban relaciones disímiles con los alimentos (Mujer madre, Estudiante de chef, Lic. en Nutrición y Bromatóloga, Médica que además es celíaca, Joven que ama cocinar y comer). El análisis se realizó desde la teoría fundamentada. Las GC se constituyen como una conjunción compleja de elementos y dimensiones que actúan como un sistema: I. Acondicionamiento del escenario del comer; II. Referentes culinarios; III. Recetas; IV. Tiempos del comer; V. Momentos del comer; VI. Rituales; VII. Normas; VIII. Comensales; IX. Práctica del cocinar. Se han ido (re) configurando a partir de la historia de vida, la educación, el género, las relaciones inter-generacionales y la clase social de pertenencia de estas personas; imprimiéndoles *distinción*. Los sentidos acerca de la salud permean transversalmente a las GC.

Palabras clave: Gramática Culinaria; Cuerpo; Alimentos; Salud.

Narrativas del alimentar infantil: aportes para pensar la vinculación entre pediatría, alimentos e infancias, a partir de un enfoque etnográfico

- Caimmi, Nuria. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

A partir de un enfoque etnográfico, el presente artículo busca dimensionar las representaciones sobre infancia y cuerpo infantil en vinculación con la alimentación y las prácticas alimentarias, que se dirimen en Centros de Atención Primaria de la Salud. En diálogo con lecturas de la antropología alimentaria y de estudios sobre la niñez y la infancia, se realizan entrevistas en profundidad y registros de campo en tres Centros de Salud localizados en las afueras del casco urbano de la ciudad de La Plata; focalizando principalmente en los sentidos de pediatras, aunque, desde una lógica discursiva relacional, incorporando concepciones del total del equipo de salud. Por un lado, se retoman ciertos dispositivos biomédicos adulto centrados y regulatorios de la corporalidad infantil, con sus formas de simbolizar, mesurar, clasificar, intervenir y moralizar la carne no adulta, vinculándolos con imperativos estéticos actuales y las diferenciaciones genéricas y socioeconómicas que los atraviesan. Por otro lado, se presenta la alimentación

infantil a partir de nociones que condensan elementos valorativos, con injerencia en el moldeado de los cuerpos y como elemento nodal en la regulación de modos de vida. Se ahonda particularmente en la trama territorial en la cual anidan estos discursos alimentarios, intentando reponer la especificidad del primer nivel de atención.

Palabras clave: Cuerpo; Infancia; Alimentación; Centros de Atención Primaria de la Salud.

Discurso nutricional para el control del sobrepeso y obesidad. Barreras para la comprensión de mujeres de nivel socioeconómico bajo en Santiago

- Maggiolo, Carolina Franch. Antropóloga. Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Académica e Investigadora de la Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Hernández Hirsch, Paula, Antropóloga, Magíster en Estudios de Género y Cultura. Universidad de Chile. Académica e Investigadora de la Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

Nuestra ponencia tiene el objeto entregar un panorama que desde las propias mujeres se tiene en relación a cómo manejan y perciben el discurso nutricional, pues ambos estudios tuvieron un carácter cualitativo pudiendo entrar a las casas de estas mujeres, conociendo sus estilos de vida en relación a la alimentación, preparación y consumo y desde ahí analizar de qué manera algunas lógicas se tensionan, aceptan o rechazan. Conocimiento que proporciona un acercamiento al ambiente alimentario doméstico (Gálvez, 2017) y que ha sido uno de los menos considerados en cuanto a los factores determinantes de la salud por las enormes dificultades de acceso.

Palabras clave: Mujeres Pobres; Discurso Nutricional; Barreras para la Comprensión.

¡Somos cuerpos! una mirada desde los cuerpos que se (de)forman en el campo de la salud

- Huergo, Juliana
- Massobrio, Esteban Hugo
- Seplovich, Julieta
- Ureta, Juliana Belén
- Bustos, María Daniela
- Angeli, María Julia

- Scarlatta, Vanesa Roxana
- Bognano, Victoria Perla
- Marconetti, Antonella
- Bainotti, Florencia
- Iriarte, Candela María
- Pérez, Miranda Roberto
Asignatura Nutrición en Salud Pública, Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Las relaciones entre salud y alimentación constituyen un entramado de senderos que no se bifurcan, conducen a lo nutricional. El cuerpo en tanto unidad perceptiva del mundo es el lugar donde tales procesos acontecen, se vivencian, se sienten, se piensan, se (re)significan. Las estadísticas oficiales denotan un significativo aumento de la pobreza argentina, situación que expresa el estado crítico de la construcción alimentaria de 'algunos' cuerpos. En este marco, ¿cómo se están preparando los/as futuros/as profesionales de la salud? Siguiendo este interrogante, como equipo docente de una asignatura de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba, Nutrición en Salud Pública, nos propusimos como objetivo construir una estrategia didáctica-metodológica interpeladora del cuerpo individual y colectivo de los/as estudiantes para el cuestionamiento de nuestra formación y prácticas como profesionales de la salud. Posicionados/as desde la antropología de los sentidos, diseñamos un abordaje metodológico cualitativo: 1) Año 2018: experiencia de exploración sensorial (universo: 96 estudiantes); 2) Año 2019: taller vivencial cuatrimestral (muestra intencional: 6 estudiantes). De estas instancias, se visibilizan "ausencias": 1) Primera etapa: en la formación académica: auto reflexividad, afecto, (dis)placeres, (des)agrados, tiempos-otros del comer, determinación social de la salud en primera persona; 2) Segunda etapa: en la vida cotidiana: "estar en piloto automático", "no conectar al comer", "no hay tiempo", "cero registros del cuerpo". La estrategia llevada adelante permitió tomar interrogantes silenciados dentro del territorio universitario para desandar procesos formativos que acompañen/problematicen las currículas oficiales; apostando a la generación de actores sociales que (re)construyan activamente las agendas institucionales.

Palabras clave: Formación Académica; Cuerpo; Comer; Salud.

Sobre la intersección de la alimentación y la salud: el caso de los ultraprocesados

- Ravazzoli, Juliana. CEREN – CIC/PBA.

El consumo de alimentos ultraprocesados ha sido señalado como problemático a nivel mundial, por estar estrechamente vinculado con el incremento de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. El aumento del consumo de aquellos, así como el incremento en las prevalencias del sobrepeso y la obesidad son tendencias corroboradas para la República Argentina. Esta situación se manifiesta tempranamente en el ciclo de vida, ubicando a la población infantil como objeto de preocupación e intervención en materia de salud pública.

La presente ponencia es fruto de un estudio sobre alimentación familiar en relación al estado nutricional infantil, que está siendo llevado a cabo en el partido de La Plata. Por medio de cuestionarios de frecuencia de consumo se reconstruyó el patrón alimentario global del hogar, y a través de recordatorios de 24 horas se profundizó en los consumos infantiles. Se pretenderá en esta instancia describir la incidencia que tienen los ultraprocesados en el patrón de consumo de hogares. Asimismo, se introducirán reflexiones emergentes de entrevistas a las madres de los/as niños/as sobre distintos aspectos ligados a la alimentación y a la salud infantil.

De este modo, se discutirá la intervención de algunos factores que han sido recurrentemente vinculados a los cambios en la alimentación mundial en los últimos años.

Palabras clave: Alimentación Familiar; Ultraprocesados; Nutrición Infantil.

Una arqueología contemporánea de saberes y verdades sobre alimentación saludable

- Rodríguez Zoya, Paula. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones. Gino Germani (IIGG) – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

El trabajo expone los lineamientos teóricos, el diseño metodológico y los resultados emergentes de un proyecto de investigación posdoctoral en curso –desarrollado con financiamiento del CONICET–, cuyo objetivo general es analizar críticamente la configuración de formas de veridicción, tecnologías de gobierno y modos de subjetivación suscitados en torno a la cuestión de la alimentación en el escenario contemporáneo. La cuestión de la alimentación saludable es concebida en su doble condición de problema de gobierno y estrategia de gobierno de la vida y la salud de los individuos. Desde esta perspectiva, se problematiza la relación entre alimentación y salud como un foco

problemático constituido en la articulación de estrategias biopolíticas de gobierno de la vida y prácticas de cuidado del cuerpo y la salud. El diseño metodológico de la investigación se basa en un abordaje arqueológico que integra el análisis de discursos sociales vinculados a tres grandes sistemas de formación de enunciados: (i) documentos de organismos internacionales sobre alimentación saludable; (ii) discursos publicitarios de la industria alimentaria; y (iii) discursos sobre biotecnología de alimentos. A la luz del análisis desarrollado es posible reconocer algunos trazos sobresalientes de una formación discursiva contemporánea sobre la alimentación saludable semánticamente múltiple y contradictoria.

Palabras clave: alimentación saludable; saberes; verdad; discursos sociales

Significados alimentarios de la obesidad y malnutrición

- Sammartino, Gloria
- Naumann, Sonia
- Oliva, Laura
- Azzaretti, Leticia
- Janjetic, Mariana
- Cormick, Daniela
- Vera, Noeli

Centro de Investigación sobre Problemáticas Alimentarias (CISPAN-UBA); Schoss Beatriz: Programa Nutricional, Dirección General de Planificación Operativa, Ministerio de Salud, GCBA.

- Gabriela Lozano

Federación Interamericana del Corazón (FIC Argentina).

Se comparte el análisis de la investigación “Alimentación y entornos obesogénicos. Estudio desde una mirada multidisciplinaria en contextos urbanos y periurbanos de Buenos Aires”, (Villa 21/24; San Nicolás y zona periurbana de La Plata), sostenida desde el marco del derecho a la alimentación y la cultura alimentaria. Argentina no escapa a la problemática que implica para la salud el aumento de sobrepeso y obesidad. La misma se inserta en el marco de relaciones de poder que atraviesan el sistema de producción, distribución y consumo de alimentos, dando forma a los entornos alimentarios. Que conjugados con las condiciones de vida y oportunidades inciden en las modalidades alimentarias. Alejados de explicaciones que desde marcos conceptuales reduccionistas culpabilizan a los individuos por la toma de decisiones alimentarias erróneas, buscamos señalar los significados

internos y externos en relación a los comportamientos alimentarios y su conexión con la obesidad. Emerge una diversidad de factores que confluyen, de acuerdo a los particulares entornos barriales. Cuestiones vinculadas a trayectorias migrantes, condiciones de vida, racismo de clase, género, edades, pertenencia a asociaciones de base, acceso a información actualizada en el campo de la nutrición, a distintos significados y prácticas alimentarias y sentidos respecto a la salud y la nutrición. Resaltando en todos los contextos la incidencia actual de las políticas neoliberales. Finalmente se pretende reflexionar, retomando las propuestas de la seguridad y soberanía alimentaria, los nudos en los cuales debería considerarse el vínculo entre acceso a alimentos adecuados y los sistemas de producción, distribución y consumo de alimentos hegemónicos actuales.

Grupo de Trabajo Nº 2

Cuidados y desigualdades

Coordinadorxs:
- Ana Beatriz Domínguez Mon (IIDyPCa- CONICET, UNRN; IIGG, UBA);
- Eugenia Brage (IIGG, FSOC-UBA, CONICET);
- Pía Leavy (CEREN, CONICET)

Comentarista:
- Adelaida Colángelo (CEREN- CIC).

La reproducción de las desigualdades de género en el campo de la salud infantil: sobre el binomio madre-cuidadora

- Brage, Eugenia. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA- CONICET).

La presencia mayoritaria de mujeres en hospitales pediátricos no se corresponde con una predisposición natural al cuidado, por el contrario, es el resultado de procesos históricos, políticos y sociales que llevaron a la naturalización del cuidado como práctica femenina. A pesar de los aportes de las teóricas feministas que contribuyeron a desmitificar la idea del amor materno, en el campo de la salud infantil, el cuidado sigue siendo considerado una función femenina asociada al rol materno. El objetivo de este trabajo es compartir algunos resultados de mi investigación de doctorado sobre itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado desarrollados frente a la enfermedad del cáncer infantil en el marco de las migraciones producidas para Buenos Aires para la atención de esta enfermedad. En este trabajo, analizo las

narrativas de madres de niños hospitalizados y de profesionales que actúan en la institución. Procuraré mostrar las diversas maneras en que la naturalización del cuidado como función femenina reproduce las desigualdades de género y sobrecarga a las mujeres en su condición de madres. Esto último se refleja en la falta de políticas de cuidado que lo consideren en un sentido amplio, es decir, involucrando acciones y prácticas como moralidades y emociones, considerado una responsabilidad colectiva, un trabajo y un derecho humano fundamental. La investigación fue realizada a través de un trabajo de campo etnográfico en un hospital público ubicado en Buenos Aires, una fundación y un hotel donde los niños y sus cuidadoras viven durante el período del tratamiento médico. En estos ámbitos he realizado observaciones y entrevistas en profundidad con madres y padres de los niños, así como profesionales de salud.

Palabras clave: Cuidados; Género; Salud Infantil.

Cuidados familiares de las y los mbyá guaraní

- Cantore, Alfonsina. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras-UBA.

Entre las y los mbyá se espera que una niña/un niño sano/o despliegue una serie de características físicas, sociales y anímicas. De aquí que surgen algunas categorías para dar cuenta de que una niña o un niño está bien. Sostenemos que esas categorías están relacionadas con los diálogos constantes con la medicina no-indígenas. A su vez, cuando se manifiesta una enfermedad o un problema de salud en bebes y niñas/os la búsqueda de soluciones es diversa. En esa interacción, muchas veces, madres y padres no construyen los mismos criterios de observación que las y los médicas/os, incluyo pueden disentir sobre ellos. En paralelo, las consultas y tratamientos dependerán de los recursos disponibles. Pero finalmente, podemos establecer que ante cualquier episodio las mujeres son quienes ocupan mayor tiempo en las consultas y en el cuidado de sus hijos dentro de la comunidad, pero que también es esperado por el sistema público de salud. Considero que es interesante tener en cuenta que en espacios donde las relaciones interétnicas son cotidianas el modelo de familia hegemónico, con los roles que incluye y tareas que designa a sus miembros, se fortalece. El "amor de las madres" es considerado un condimento indispensable para el crecimiento y la buena salud de las y los más pequeñas/os.

Palabras clave: Enfermedad; Indígenas; Niñas/os.

Epistemología enfermera: en busca del cuidado. Formación de auxiliares y técnicos enfermeros y reproducción del modelo biomédico

- Chaves, Gladys
- Franco, Álex
IESCODE, Licenciatura en Enfermería - DCSyD-UNPAZ.

El presente resumen surge a partir de la investigación "Cuidados enfermeros, políticas públicas y violencia de género. Usos y resignificaciones de propuestas estatales por parte de la comunidad organizada de José C. Paz" (IESCODE-UNPAZ), siendo unos de sus puntos la indagación sobre los cuidados enfermeros en mujeres que sufren violencia de género y que se encuentran en contacto con el sistema de salud pública. Para la Enfermería, el cuidado de la salud de las personas es su bien intrínseco, su objeto y su finalidad. Dentro de la disciplina enfermera, desde hace más de medio siglo, ha habido producciones teóricas (discursos producidos principalmente en Estados Unidos), que versan y problematizan en torno al cuidado como fenómeno complejo, dentro de una trama dialógica, relacional con los sujetos, que implica conocimientos y que es contextual. Ahora bien, al indagar acerca de las prácticas de cuidados de enfermería, en su mayoría se encuentran focalizadas en intervenciones manuales o enunciativas sobre aspectos centrados en la enfermedad (consejos, charlas educativas) o en acciones restringidas tales como la derivación, ante situaciones denominadas "sociales". Nos proponemos problematizar la formación enfermera, en los efectos implica para el colectivo, sin dejar de mencionar que la misma es una profesión ejercida en su mayoría por mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad laboral.

Los sentidos sobre el cuidado infantil: la perspectiva de madres de sectores subalternos sobre el cuidado materno y sobre el cuidado profesional

- Colángelo, María Adelaida
- Ortale, María Susana
- Weingast, Diana
Universidad Nacional de La Plata/ CEREN-CIC PBA.

Con base en distintos trabajos de campo realizados en un lapso de 20 años en centros de atención primaria de salud del Gran La Plata referidos a la atención infantil, plantearemos discusiones que se desprenden de continuidades observadas en los sentidos puestos en juego en la

atención a la salud infantil. A partir de entrevistas realizadas a mujeres de sectores subalternos, dichas continuidades involucran valoraciones y etiquetamientos referidos tanto a los agentes de salud como a las propias madres. Esta constatación conduce a reflexiones vinculadas a: 1) la preeminencia y fuerza del MMH en las subjetividades; 2) la influencia del contexto en un período atravesado -entre otros factores- por la vitalidad de propuestas contra hegemónicas a la biomedicina y al sistema patriarcal; 3) la reproducción de moralidades asociadas al cuidado infantil que, en su persistente naturalización de la responsabilidad materna, marca una brecha entre mujeres de distintos sectores sociales. A partir de ello, y a la luz de la exploración asistemática de otras fuentes y de la observación de procesos recientes, contrastamos la gravitación de modelos de maternidad que sobrevuelan en los distintos sectores sociales.

Palabras clave: Infancia; Cuidados Maternos; Saberes Legitimados; Procesos de Naturalización.

Discusiones en torno al cuidado infantil en el marco de las acciones del Programa de Atención Primaria de la Salud

- Leavy, Pía. CEREN- CONICET

El presente trabajo, indaga sobre los significados del cuidado en el contexto del departamento de Orán, Salta, donde se realizó una investigación etnográfica sobre las acciones del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) hacia la población materno-infantil para tratar y/o prevenir déficits nutricionales. Se analizan las prácticas y discursos en torno al cuidado infantil desde la perspectiva médica y la población paciente criolla y ava-guaraní. Desde la mirada médica, el cuidado infantil emerge como una responsabilidad familiar, más precisamente materna, mientras que, para la población paciente, el mismo adquiere sentidos que permiten discutir las nociones de riesgo y ámbito doméstico, que constituyen categorías estructurantes en el accionar sanitario del PROAPS. El estudio etnográfico sobre las formas de cuidar y sus significados, brinda una vía de acceso privilegiada para explorar los procesos de construcción de la niñez y de la desigualdad de género, así como también permite conocer tensiones en las relaciones intergeneracionales, la alteridad, el bienestar, la salud y la enfermedad. Si bien las formas que adquiere el cuidado infantil para la población paciente, permiten discutir las concepciones hegemónicas de cuidado e infancia, no se advierte la politización de dicho concepto que se promueve desde las prácticas feministas.

Palabras clave: Cuidado; Infancia; Atención Primaria de la Salud; Salta.

En vías de la profesionalización del cuidado

- Pintos Pelayo, Stephanie
- Lando, Yanina
Universidad Nacional de San Martín.

El presente ensayo busca sistematizar las experiencias surgidas a través del Diploma para Cuidadores de Adultos Mayores. El mismo fue concebido entre la Universidad Nacional de San Martín (UNSaM) y la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP).

Partiendo de la idea general de que los cuidados son parte de la organización social del trabajo y asumiendo que las mujeres son las que históricamente se han encargado de las actividades de cuidar y maternar teniendo, éstas, la obligación implícita de la reproducción del trabajo; y entendiendo que, el objetivo mancomunado es comenzar a derribar estas supuestas leyes institucionalizadas es que se origina este Diploma y que se materializa en cada jornada de aprendizaje compartido.

En este sentido, el Diploma para Cuidadores de Adultos Mayores tiene como eje transversal cuestionarse el rol del cuidador y el Estado frente a la creciente demanda de los mismos, producto del aumento de la esperanza de vida en la Argentina. Para sumar a la discusión crítica se tienen en cuenta los estudios de Economía Feminista, los cuales prestan atención a las actividades históricamente "invisibilizadas" y realizadas por mujeres. Las mismas actividades que se institucionalizan y normalizan en base a una estructura jerarquizada de poder en relación al género. Esto mismo ocurre en las actividades de cuidados en la familia y en las instituciones de salud. Atravesados por la perspectiva de la Economía Feminista y la Economía Popular, a través de este Diploma se busca problematizar acerca de la salud en relación a la tercera edad, generando un saber colectivo y promoviendo, por un lado, la perspectiva comunitaria de la salud y, por otro, la profesionalización de los y las cuidadoras, siendo éstas parte importante y necesaria en el sistema de salud público.

Condomínios exclusivos: como fica o cuidado?

- Reis Longhi, Marcia. Universidade Federal de Paraíba.

O presente trabalho se propõe fazer algumas ponderações iniciais sobre a realidade de um Condomínio exclusivo para pessoas com 60 anos ou mais, situado na cidade de São Paulo (Br) e resultado de uma política pública de habitação. O condomínio existe há 11 anos e dispõe de 140 unidades dirigidas para pessoas sozinhas ou

casais que mantenham independência para realizar as AVD e que recebam no máximo 3 salários mínimos por mês. O empreendimento faz parte de uma política de locação social. O foco do paper é pensar as tensões existentes entre o paradigma da autonomia, que norteia a política pública em questão e as práticas de cuidado, observadas durante o trabalho de campo, que exigem soluções que extrapolam a lógica da proposta inicial. O texto dialoga com as categorias classe, geração, gênero e propõe-se introduzir a discussão sobre espaço urbano e social.

Palavras-chave: Velhice; Cuidado; Políticas Públicas

Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura interseccional do cuidado à saúde

- Rodrigues, Julliana Luiz. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva

Este trabalho, de vertente qualitativa desenvolvido no ano de 2018, teve por objetivo analisar como as lésbicas e mulheres bissexuais vivenciam a sexualidade e experienciam o cuidado à saúde em geral e à saúde sexual, em particular, a partir da abordagem da interseccionalidade. Participaram da pesquisa 17 mulheres moradoras da região metropolitana de São Paulo, que se auto referiram lésbicas ou bissexuais. A produção dos dados empíricos se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. Para análise dos dados utilizamos a abordagem da interseccionalidade, compreendendo como os marcadores sociais da diferença dialogavam com o cuidado à saúde. A intersecção entre sexualidade e geração operou vulnerabilizando mulheres jovens, pois estão expostas a intenso sofrimento psíquico em função da dependência financeira de familiares. Questões raciais surgiram no discurso de mulheres negras como marca identitária e de opressão em situações para além de contexto de saúde. O sentido e a visibilidade em torno da orientação sexual dependem, entre outras coisas, de experiências racistas. Finalmente, o intercruzamento entre sexualidade e classe social foi apreendida a partir da noção de territorialidade. A periferia de São Paulo parece interferir na maneira como as mulheres se apropriam e performatizam gênero. A análise interseccional mostrou-se uma abordagem apropriada para apreensão de como os marcadores sociais da diferença atravessam o cuidado à saúde.

Palavras-chave: Lésbica; Bissexualidade; Cuidado Integral à Saúde; Interseccionalidade.

Os marcadores sociais da diferença e a produção do cuidado no SUS

- Silva Foster, Nana. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva.

Este trabalho é um esboço de um projeto de doutorado, que têm se inspirada em inquietações vindas do percurso de minha pesquisa de campo do mestrado em saúde coletiva em um serviço de atenção básica do Sistema Único de Saúde do Brasil, da experiência como psicóloga sanitarista, que pensa as políticas e a produção do cuidado em saúde pública no campo da saúde coletiva. Este campo tem sido construído, desde sua origem, a partir do pressuposto de que a saúde deve ser um direito de todos. As políticas de saúde, nesse sentido, devem garantir o acesso de toda a população à saúde, considerando os determinantes sociais de saúde, a desigualdade social existente no Brasil e a injustiça social quando pensamos que o acesso não se dá da mesma maneira a depender do lugar onde se vive, das condições sociais e econômicas e de como está estruturada a rede de saúde em cada território. Em um diálogo interdisciplinar entre as ciências humanas e sociais e a saúde coletiva, pretendo analisar como os marcadores sociais da diferença: raça, classe, gênero, etnia, nacionalidade, geração, aparecem no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde? Qual a visão e a prática dos profissionais sobre as diferenças? Qual a visão das pessoas que utilizam os serviços de saúde? Como incluir esses diferentes marcadores na produção do cuidado cotidiano? Como são consideradas as experiências subjetivas singulares e a complexidade do processo saúde-doença no contexto de um país com desigualdades estruturais tão evidentes como o Brasil?

Palavras-chave: Marcadores Sociais; Cuidado; Saúde.

Circuitos de información y aprendizaje sobre la crianza y el cuidado

- Varela, Melina Damiana. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

En el presente trabajo me propongo reflexionar sobre los circuitos de información y aprendizaje sobre la crianza y el cuidado. Para ello abordaré el modo en que se hacen presentes los distintos saberes y las tensiones sobre la legitimidad de los mismos, a partir de las miradas que despliegan los actores institucionales y las familias migrantes

en un espacio escolar y comunitario de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave: Saberes; Crianza; Educación; Migración.

Rumores entre curso y redes: ayuda y arreglos de lo cotidiano en un centro de acogida para ancianos en situación de calle

- Negretti, Natalia. Unicamp.

Este trabajo tiene como objetivo presentar reflexiones, en lo que concierne a redes de ayuda, de una investigación de doctorado en curso. La investigación, que se centra en la gestión de poblaciones consideradas, por la agenda de la asistencia social, como de riesgo social, tiene como campo etnográfico un centro de acogida especial para ancianos en situación de calle. En el cotidiano de la institución, las redes de ayuda se han configurado a partir de redes de afectos, empatía, urgencia, así como también fuente de finanzas. Por la gramática de la asistencia social en la composición de equipamientos públicos, distinto de otras instituciones de amparo a ancianos con dificultad, los Centros de Acogida Especial apunta a albergar a personas independientes. Tomando esas nociones y características como términos éticos, buscaremos presentar algunos enredos en torno a rumores en la institución relacionados a sus dinámicas ya las trayectorias que allí se encuentran. Vinculados a producciones y reivindicaciones de autonomía y cuidado a partir de género, así como a la relación con la vecindad de la Guarida, busqué presentarlos en articulación a las actuaciones de los acogidos y equipo directivo de la casa.

Grupo de Trabajo Nº 3

Articulaciones macro-micro en el estudio de las trayectorias de atención y cuidado de la salud

Diálogos, intersecciones y desafíos

Coordinadorxs:
- Lorena Pasarin. Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada- LINEA (FCNyM-UNLP)
- Pamela Scanio, Instituto de Ciencias Antropológicas, Sección de Antropología Social (FFyL - UBA)

Comentarista:
- Mora Castro (UNAJ)

Activismos y despatologización de la experiencia trans. Diálogos entre lo global y lo local

- Dellacasa, María Alejandra. CONICET, Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales (IGEHCS, UNCPBA) / Instituto de Ciencias Antropológicas (ICA, UBA).

En este trabajo reflexionamos en torno al proceso de despatologización de la experiencia trans, a partir de reconstruir los diálogos e intersecciones entre los niveles micro/macro y local/global en dicho proceso. Identificamos un rol protagónico de las propias personas trans y de los colectivos de activistas, tanto en el proceso de visibilización de esta experiencia, como en la construcción de argumentos en los distintos debates y controversias que la rodearon en sendos campos de saber -el campo biomédico y el campo jurídico-. En este sentido, identificamos una serie de 'hitos' en el proceso de despatologización que se presentaron atravesados y configurados por activistas y colectivos organizados. En primer lugar, la publicación de la quinta versión del DSM–V (APA, 2013) cuyo proceso previo de redacción se vio

atravesado por un cuestionamiento a la patologización de la experiencia trans. En segundo lugar, la publicación de la onceava versión del ICD (OMS, 2018), en torno a la que también se ha dado un proceso de discusión acerca de las categorizaciones que se incluirán respecto de la transexualidad. Finalmente, la sanción y reglamentación de la Ley 26.743 (2012), conocida como Ley de Identidad de Género. La gran relevancia que cobró dicha legislación sentó un precedente ineludible a nivel internacional, siendo la primera legislación en el mundo con perspectiva no patologizante que garantiza el acceso gratuito a una atención de la salud integral para las personas trans.

Palabras clave: Experiencia Trans; Despatologización; Activismo; Global/Local.

Hemodialisis, subjetividad y sufrimiento social

- Flores, Álvaro Dardo
- Sarlingo, Marcelo
Nures - Departamento De Antropología Social. FACSO–UNICEN.

Los procesos de hemodiálisis son particularmente complejos y generan un alto nivel de sufrimiento social. En esta ponencia se analizan aspectos de estos procesos en dos niveles: por un lado, se aborda la dinámica de construcción de la subjetividad de los pacientes hemodializados que padecen enfermedad renal crónica. Por otro, se aborda la lógica de los médicos y enfermeros que trabajan desarrollando estos tratamientos, y los contrastes de esta lógica con otros aspectos emocionales de la subjetividad de los agentes de salud. El trabajo se basa en entrevistas semiestructuradas y en la sistematización de varias experiencias de intervención participativa en una clínica especializada para enfermos renales crónicos de la ciudad de Azul, Pdo. de Olavarría.

Palabras clave: Hemodiálisis; Subjetividad; Enfermedad Renal Crónica.

Atención Primaria de la Salud e interculturalidad. Modos de hacer y estar entre trabajadores de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa. Lujan, Provincia de Buenos Aires

- Celia, Laura Haydée. Centro Integrador Comunitario San Fermín. Municipalidad de Lujan.

Esta ponencia es parte de una investigación, cuyo tema es la interculturalidad entendida como perspectiva y posicionamiento teórico-práctico en el proceso de salud enfermedad-atención-cuidado en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Su propósito es describir y analizar las prácticas de salud de mujeres madres bolivianas en la atención de sus niñxs en el primer nivel de atención en Parque Lasa, Luján, para contribuir al desarrollo de una práctica con enfoque intercultural. Reconocida la articulación entre el fenómeno migratorio y las vivencias y experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, así como la relevancia que el fenómeno migratorio adquiere con relación a la accesibilidad a los servicios de salud pública para la atención de niñxs hijos de mujeres migrantes bolivianas, este estudio problematiza las demandas y adecuaciones de los servicios a niveles locales tomando en cuenta los conflictos y las tensiones que constituyen la denominada "salud integral". La investigación nos permite reflexionar sobre lo que hacen y dicen médicas, médicos, enfermerxs, y el conjunto del personal de salud, sus espacios, modos de tratar, cuidar y curar.

Con una metodología cualitativa, utilizando el enfoque etnográfico, fueron reconstruidos sentidos, significados, motivos, creencias, valores, actitudes de mujeres madres migrantes bolivianas y trabajadorxs de salud para comprender modalidades asistenciales y recorridos terapéuticos.

Reflexiones sobre el trabajo interdisciplinario en una Residencia en Educación y Promoción de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires

- García Clementi, Daniela. Facultad de Filosofía y Letras- UBA.

La Residencia Interdisciplinaria en Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) es un posgrado de tres años que forma parte del sistema de residencias y concurrencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y funciona en siete hospitales y/o Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC). La mencionada residencia surge en el marco de la propuesta de salud integral e interdisciplinaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En el marco de mi Tesis de Licenciatura estoy realizando trabajo de campo en dos sedes que forman parte de esta residencia. El objetivo de esta tesis es describir y analizar los procesos y dinámicas de trabajo haciendo foco en las prácticas cotidianas y en las percepciones y valoraciones acerca de la interdisciplinariedad, por parte de los/as integrantes de dichos equipos, en relación con su proceso formativo.

A su vez, me propongo visibilizar las demandas y negociaciones implicadas en la cotidianidad del trabajo interdisciplinario, las cuales muestran la complejidad presente en el campo de la salud pública.

En esta ponencia es mi intención describir y analizar uno de los dispositivos de formación de la RIEPS para reflexionar acerca de las prácticas interdisciplinarias que propone esta residencia. Con ese propósito analizaré entrevistas y registros de observación de situaciones de interacción entre los/las residentes y entre éstos/as y otros actores sociales dentro del campo de la salud pública, así como el correspondiente Programa Docente.

Palabras clave: RIEPS; Trabajo Interdisciplinario; Dispositivo de Formación.

El Parto Planificado en Domicilio (PPD) como práctica de ciudadanía: Relevamiento cuali-cuantitativo de experiencias en Argentina (2000-2018)

- Greco Lucrecia
- Echazu Böschemeier, Ana Gretel
- Abbatizzti, Mariana
- Osorio, Violeta
- Ricco, Regina
- Saraceno, Francisco

Universidad Federal de Bahía, Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Awaike - Salud y Medio Ambiente, Grupo Interdisciplinario Fortaleza 85; Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires; Parir en Casa.

El presente texto discute, a partir de una perspectiva cuali-cuantitativa, el modelo de Parto Planificado en Domicilio (PPD) como práctica de ciudadanía en Argentina, presentándolo como un modelo social, político y jurídico susceptible de ser construido a partir de prácticas de cuidado, en ese caso, aquellas relativas a los procesos reproductivos femeninos. El análisis cuantitativo se basa en un relevamiento sobre nacimientos realizados en la modalidad PPD en Argentina entre los años 2000 y 2018. El análisis cualitativo se sustenta con el trabajo interpretativo de las narrativas de dos mujeres, también coautoras de este texto, observando las particularidades de sus respectivos partos y la construcción de sus subjetividades en el marco de esos procesos. En primer lugar, se destaca que en los casos de PPD estudiados predomina la construcción vinculante de una lógica de "cuidados", siendo poco significativo el índice registrado de prácticas de violencia obstétrica. En segundo lugar, indagamos en

las limitaciones y potencialidades del modelo PPD en el contexto de una ciudadanía inclusiva, colocando la necesidad de instrumentalizar alternativas para establecer un diálogo asiduo con el modelo hospitalario, médico hegemónico y oficial. Finalmente, argumentamos que el PPD bajo estudio se presenta como una alternativa deseable, segura y significativa desde la perspectiva de las mujeres que lo han escogido.

Palabras clave: Cuidados; Violencia Obstétrica; Ciudadanía; Parto Planificado en Domicilio.

Salud Mental e itinerarios terapéuticos en el primer nivel de atención de la ciudad de Río Grande

- Oyarce, Andres Ezequiel. Licenciado en psicología. Secretaría de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud, Pcia. De Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

El trabajo de investigación, actualmente en desarrollo, forma parte del trayecto formativo de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud dictado por la Universidad Nacional de Rosario.

El estudio consiste en una aproximación exploratoria a los itinerarios que las personas que consultan el servicio de psicología de un centro de atención primaria de la ciudad de Río Grande despliegan en forma previa a acceder a esta prestación.

Mediante entrevistas semi estructuradas se pesquisa el itinerario recorrido, con especial atención a los espacios institucionales y las redes personales activadas en las prácticas de búsqueda de atención y auto cuidado.

Palabras clave: Itinerario Terapéutico; Atención Primaria de la Salud; Redes sociales.

Prácticas de cuidado y salud sexual en un Centro de Salud de CABA

- Prina, Martina Violeta, Hospital de Pediatría Garrahan.
- Hurst, Lucia. Hospital Gutiérrez.
- Bauer, Gabriela, Hospital de Pediatría Garrahan.

Durante los últimos años, en América Latina hay una tendencia en aumento de la Sífilis. Según datos de la Secretaria de Salud de la Nación, la Argentina es uno de los países de esta región donde ocurre el mayor aumento (las tasas se duplicaron de 2013 a 2017).

El objetivo de este trabajo es indagar las prácticas y concepciones de cuidado en relación a la prevención y tratamiento de la sífilis, en el contexto de un Centro de Salud de un barrio periférico de la CABA. Teniendo en cuenta que existen en el país políticas públicas (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Educación Sexual Integral), que tienen entre sus objetivos la promoción de actitudes responsables ante la sexualidad y la prevención de ITS, indagaremos las estrategias que se implementan desde el Centro de Salud, así como las concepciones de las/los profesionales y la población que accede al centro, en torno al cuidado de la salud sexual. ¿Cómo se implementan los programas de salud vigentes? ¿Cómo funcionan las consejerías? ¿Qué sujetos participan? ¿Cuáles son los saberes de las/los sujetos de la comunidad respecto a contagio/lesión/consecuencias de ITS? ¿Qué sentidos en torno al cuidado surgen? ¿Quiénes/cómo se cuidan? ¿Cómo se entrelazan el género, la edad, la pobreza en la trasmisión, cuidado y atención de la sífilis?

El Chagas, una forma de biopoder en Santiago del Estero

- Vilchez, Gustavo. Arturo M. Bas 5, 5º A Córdoba. Cátedra de Medicina Antropológica de la facultad de Ciencias médicas de la UNC.

El Chagas es la mayor endemia de América latina, se estima que afecta a seis millones y puede comprometer a más de sesenta y cinco millones de personas. Es considerado por las organizaciones internacionales de salud como una enfermedad olvidada o desatendida que afecta mayoritariamente a *pobres* de las zonas rurales. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Santiago del Estero presenta características ambientales, sociales y económicas que favorecen la presencia y persistencia de dicha enfermedad. El gobierno provincial actual asumió en el año 2005, débil y cuestionado, después de una intervención federal. A partir de ese año también se cambiaron las políticas públicas sobre el Chagas. Durante los años 2015/2016 realicé un trabajo de campo en los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos de dicha provincia, que fueron declarados por la OPS "libres de vectores infectados de Chagas". Se analizará en este artículo, cómo a través de esa modificación de políticas en salud/enfermedad/atención y cuidado, se puso en tensión la relación entre los distintos actores sociales: pobladores, agentes de salud y estado provincial, para construir poder haciendo biopolítica.

Palabras clave: Chagas; Pobreza; Biopolítica.

Análisis de Redes Sociales (ARS) para el estudio etnográfico de las trayectorias de salud a micro-macro escala

- Teves, Laura Susana
- Pasarin, Lorena
- Palermo, María Laura
Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada - LINEA (FCNyM-UNLP). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Los procesos relacionados con la salud y el cuidado generalmente involucran la participación de diversos actores sociales. Para conocer estos trayectos resulta significativo utilizar un enfoque relacional de la salud. Nuestra propuesta se enmarca en la articulación de estrategias de indagación empírica y teórica sobre la base de un estudio de métodos mixtos, utilizando los recursos teórico metodológicos propios del abordaje actualístico, holístico y microanalítico de la etnografía y el abordaje teórico-metodológico del Análisis de Redes Sociales (ARS). Mostraremos la potencialidad de esta combinación a través de la presentación de casos empíricos donde observaremos este recorrido en el que se entrelazan diversas formas de atención de la salud, atravesando niveles que van de lo micro a lo macro. De esta manera expondremos como a través de las trayectorias fluyen recursos materiales y simbólicos, conocimientos y acciones específicas vinculadas a resolver un padecimiento, que involucran un conjunto de relaciones sociales entre actores que trascienden el ámbito individual y/o doméstico y se sitúan en una dinámica espacial y funcional en múltiples escalas.

Palabras clave: Relaciones Sociales; Estructura Social; Trayectorias de Salud.

Sobre itinerarios terapéuticos y circuitos de atención: Reflexiones a partir de un estudio etnográfico del proceso de atención de adolescentes embarazadas en un hospital público del Conurbano Bonaerense

- Poliñano, Greta. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

El embarazo durante la adolescencia es construido como un problema prioritario en salud pública por múltiples organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la

Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y organismos de gobierno nacionales y locales. Estos organismos produjeron normativas y recomendaciones para la organización de la atención médica de mujeres adolescentes embarazadas que funcionan como marcos de referencia para los servicios de salud de nuestro país. En este marco, se propone un estudio etnográfico de la organización de las respuestas políticas, médicas e institucionales frente a este problema en un hospital del conurbano bonaerense. Este trabajo presenta avances de mi investigación para la producción de una Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas. El objetivo de este estudio es describir y analizar, desde un enfoque etnográfico, el proceso de atención hospitalaria de adolescentes embarazadas en un Hospital público ubicado en el primer cordón del Conurbano Bonaerense. Específicamente, en esta ponencia analizo la organización de los circuitos de atención, atendiendo tanto a la propuesta institucional (normativas, sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de turnos, entre otros) como a los complejos recorridos e itinerarios de las pacientes. Para ello, se trabajará a partir de entrevistas con profesionales, documentos institucionales, registros de observación de consultas médicas y de conversaciones informales con profesionales, mujeres y sus acompañantes.

Grupo de Trabajo Nº 4

Ética de la investigación cualitativa en salud

Aportes y desafíos de la antropología en Argentina

Coordinadorxs:
- María Marta Mainetti, Facultad de Psicología UNMdP / Programa Temático Interdisciplinario en Bioética UNMdP.
- Valeria Alonso, Instituto Nacional de Epidemiología.

Comentarista:
- Susana La Rocca, UNMdP, Programa Temático Interdisciplinario en Bioética UNMdP - Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires.

Estudio cualitativo en género y complicaciones graves de la diabetes: experiencias en el proceso de consentimiento informado

- Alonso, Valeria. Instituto Nacional de Epidemiología.

El estudio Trayectorias subjetivas y complicaciones graves de la diabetes Mellitus en pacientes varones y mujeres en rehabilitación se propone analizar las determinaciones que hacen que varones y mujeres tratados por diabetes lleguen a sufrir estas complicaciones, que comprometen su calidad de vida y la ponen en riesgo. Se pregunta por la construcción social y subjetiva de la diabetes, sus significaciones imaginarias y simbólicas, y su influencia en la gestión de la enfermedad, en el marco de la identificación de perfiles epidemiológicos diferenciales por género.

Con un diseño cualitativo apoyado en entrevistas en profundidad según el método biográfico y la revisión de historias clínicas, se incluye una población constituida por adultos/as varones y mujeres en tratamiento por complicaciones de la diabetes (neuropatía, amputación)

en un instituto nacional de rehabilitación. La participación se inicia con la firma de un formulario de consentimiento informado aprobado por el comité institucional de ética en investigación.

La experiencia de este proceso durante el trabajo de campo ha mostrado situaciones diversas no contempladas en las guías y normas de ética de la investigación. Se concluye que la reconceptualización del trabajo de campo como el lugar de construcción de unas relaciones intersubjetivas plantea nuevos desafíos y aporta elementos que ayudan a contemplar las particularidades propias de la investigación cualitativa en salud y las posibilidades de realizar ciencia social colaborativa y no extractivista.

Palabras clave: Género; Diabetes; Métodos Cualitativos; Consentimiento Informado.

Genealogía de la salud pública desde una perspectiva Biopolítica, para una reconfiguración bioética en las investigaciones relacionadas con la salud

- García, Maximiliano Manuel. Facultad de Filosofía y Letras, UBA

Nuestro trabajo se propone reflexionar sobre dos dimensiones posibles de la salud pública; una como un instrumento de emancipación para la población, la otra como un instrumento de regulación, normalización y control, es decir como un biopoder. Siguiendo las investigaciones desarrolladas por Foucault, y articulando su conceptualización, afirmamos que ambas dimensiones se despliegan en un contexto biopolítico. Dicha caracterización no es menor a la hora de desarrollar el trabajo en salud pública, tanto para la diagramación de políticas públicas como para el desarrollo de las investigaciones. Por eso nuestro trabajo no es un mero recorrido de los orígenes de las ciencias médicas o de la salud abordada desde el Estado moderno y desarrollo del capitalismo industrial, sino que también se trata de revisar el desarrollo de ciertos saberes médicos desde una perspectiva Biopolítica y Bioética para reactualizar, por un lado, desde un horizonte tecnocientífico y postindustrial, los saberes que se aplican modulando nuestros cuerpos y nuestras almas. Y, por otro lado, actualizar el entramado de poder de las investigaciones y la formación de los trabajadores en salud, es decir explorar su dimensión bioética.

Así pues, nuestro trabajo surge de una práctica-teórica, en tanto que se realiza como una propuesta curricular para la materia Salud Publica II de la carrera Tecnicatura Superior de Enfermería de la pcia de Bs As.

Palabras clave: Biopolítica; Investigación; Salud Pública.

Bioética de la investigación y salud pública. Más allá de la verdad

- Mainetti, María Marta
- La Rocca, Susana. Facultad de Psicología (UNMDP).

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre nuestra práctica etnográfica en el ámbito de la salud pública con respecto a los cambios éticos y culturales introducidos por algunas leyes en salud de las últimas décadas. La investigación en seres humanos es condición necesaria para el avance del conocimiento, pero su desarrollo implica la reflexión bioética acerca del respeto a la dignidad de los participantes. Toda actividad de investigación, especialmente la cualitativa, implica no solo explicitar pautas epistémicas y metodológicas, sino reconocer un marco ético que la sustenta.

Esta tarea ha sido particularmente invisibilizada por la adhesión a la tesis de neutralidad valorativa de la ciencia con la pretensión de objetividad. El debate epistemológico actual, considera que la pretensión de los neutralistas es ilegítima, en tanto toda relación fáctica conlleva carga teórica y valorativa. Esta última obliga al investigador a valorar los fines sociales de sus prácticas.

En esta situación, la bioética de la investigación tiene un papel insoslayable en la producción, aplicación y comunicación del conocimiento científico. Su tarea es ponderar los beneficios que produce el conocimiento, reconocer la autonomía de los sujetos, contribuir a la equidad en la distribución de recursos, exigir la responsabilidad de quienes tienen o saben más, y defender el reconocimiento de la diferencia y las perspectivas divergentes. El producto de toda actividad científica está al servicio de la sociedad. La búsqueda de verdad, siempre revisable y provisoria, sin el ejercicio de la reflexión bioética puede considerarse sin duda una práctica de investigación maleficente.

Palabras clave: Investigación Cualitativa; Bioética; Epistemología; Salud.

¿De la epistemología estímulo-respuesta a la epistemología dialógica? Reflexiones y desafíos de la investigación cualitativa en psicología

- Romero, Paula Mercedes. Facultad de Psicología - UNMDP- CIC/PBA.

Durante el siglo XIX, la visión de una ciencia objetiva, empírica e instrumental llevó a la emergencia del positivismo, y con ello, a una visión de la ciencia sustentada en principios universales, con una fuerte pretensión por estudiar los fenómenos naturales, psicológicos y sociales desde una perspectiva mecanicista, intentando garantizar así, la objetividad del proceso científico. La psicología, no estuvo ajena a esta búsqueda de objetividad, siendo simpatizante del enfoque positivista predominante durante casi todo el siglo XIX y parte del siglo XX en la vida científica de occidente, lo que derivó en un proceso que sacralizó e ideologizó el carácter empírico, instrumental y objetivo de la empresa científica, y que, en el plano ontológico, representó una negación radical de la subjetividad (González-Rey & Mitjáns Martínez, 2016)

Algunos autores, comenzaron a considerar que, en su afán de lograr una identidad científica, la psicología ha hipotecado buena parte de su autoestima disciplinar a la posibilidad de percibirse a sí misma como una ciencia en concreto, como una ciencia positivista, cuyos conocimientos derivan de procesos de elaboración formal de fenómenos observables y cuantificables (López, Blanco, Scandroglio & Rasskin Gutman, 2010) dando lugar a una disciplina orientada al desarrollo de instrumentos de medición de la conducta humana, sumado al agregado de rótulos psicológicos que hegemonizaron la investigación psicológica a lo largo del siglo XX. De este modo, la subjetividad fue excluida durante mucho tiempo de la ciencia moderna.

A raíz de lo expuesto, y bajo el escenario de un paradigma mecanicista aún vigente, se reflexionará aquí en torno al aporte del paradigma cualitativo en el campo de la investigación psicológica, desde una perspectiva constructiva-interpretativa que parte de una epistemología dialógica y que se presenta como alternativa al modelo de la epistemología estímulo-respuesta que históricamente ha dominado el campo de estudio de la psicología, dotándola de cierta rigidez metodológica en el afán de sostener la neutralidad y objetividad en los procesos de investigación, pero que la ha alejado del estudio de problemáticas sociales que requieren de metodologías más flexibles y de la interacción dialógica en la producción del conocimiento.

Palabras clave: Epistemología Dialógica; Metodología Cualitativa; Psicología; Ética.

Grupo de Trabajo Nº 5

Intersecciones entre religión, sanación y bienestar

Coordinadorxs:
- Gustavo Ludueña, IDAES-UNSAM/CONICET
- Ana Lucía Olmos Álvarez, UNDAV/IDAESUNSAM/ CONICET
- Ana D´Angelo, CESyS-FCSyTS UNMDP

Comentaristas:
- Cesar Ceriani Cernadas, FLACSO/CONICET
- Rodolfo Puglisi, ICA-UBA/CONICET

"De esto mejor ni hablar": omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios

- Bordes, Mariana
- Saizar, Mercedes
CONICET/Centro Argentino de Etnología Americana.

En este trabajo, nuestro interés se centra en el análisis de las prácticas terapéuticas alternativas en contextos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). Sobre la base de materiales originales provenientes de entrevistas semi-dirigidas a reflexólogos y reikistas que se desempeñan como voluntarios en la institución, se analizan los modos en que los especialistas alternativos gestionan la dimensión de lo religioso/sagrado en sus saberes y prácticas, como parte de una estrategia general tendiente a resolver conflictos emergentes y/o potenciales con el campo de sentidos de la medicina oficial. En ese sentido, nos interesa reflexionar acerca de los alcances y límites del tratamiento alternativo en el hospital, partiendo de dos cat

egorías centrales al discurso alternativo, como son las de holismo y energía; los modos en que éstas son enfatizadas o invisibilizadas en las prácticas y discursos y el impacto que estas restricciones tienen en el proceso terapéutico y la definición del rol de los especialistas al interior del hospital.

Palabras clave: Hospital; Terapias Alternativas; Holismo; Energía; Sagrado.

"Nadie imagina un médico dando yoga": confusiones en torno a la promoción de la salud

- D´Angelo, Ana. UNMdP

A partir de observaciones participantes en un espacio grupal para el control del estrés y la ansiedad coordinado por un psiquiatra e instructor de yoga en una clínica privada de la ciudad de Mar del Plata, se analiza el desajuste entre la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención del mismo respecto a la de los asistentes. Dicha inserción institucional otorga cierta legitimidad médico-científica al yoga y la meditación, ofrecidas en una primera instancia como "herramientas" en el marco de un programa de "promoción de la salud" del que la dimensión espiritual parece ajena. La propuesta del profesional forma parte de una oferta más amplia de técnicas de meditación (particularmente el *mindfulness*) con fines terapéuticos de la cual sin embargo busca diferenciarse en lo que respecta a su carácter pragmático. Así, a la vez que traduce un esfuerzo por alejarse de dicha instrumentalidad, se mantiene entre la terapia y la espiritualidad bajo la noción de "bienestar".

Palabras clave: Yoga; Salud; Estrés; Bienestar; Espiritualidad.

Medicina integrativa y complementariedad terapéutica, ¿hay lugar para la espiritualidad?

- de Gatica, Nahir Paula. IDAES-UNSAM.

¿Cuál es el lugar de la *espiritualidad* en la complementariedad terapéutica? ¿Es posible practicar la *medicina integrativa* sin cuestionarse sobre el rol de *lo espiritual* en los procesos de salud-enfermedad-atención? Esta ponencia buscará arrojar luz sobre éstos y otros interrogantes a partir de la presentación de un estudio de caso en el Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", el cual forma parte de una investigación actualmente en curso.

Desde el año 2016 en el hospital hay un área específica abocada a la *medicina integrativa*, el "Espacio Vital", donde se ofrecen distintas *terapias complementarias* a pacientes, familiares, personal del hospital o personas sin conexión previa con la institución. Así, los distintos *usuarios* pueden asistir a sesiones de *reiki*, *reflexología*, *osteopatía bioenergética* o a clases de *expresión corporal* de forma semana. Sumado a esto, las reflexólogas [14]y los reikistas[15] realizan recorridos por las distintas salas del hospital, brindando sesiones para los pacientes que se encuentran internados o asisten al área de oncología regularmente para recibir medicación, como también a los acompañantes que se encuentren con ellos.

Ahora bien, en este devenir de experiencias, recorridos y prácticas que realizan tanto los terapeutas como los usuarios de "Espacio Vital", circulan diferentes representaciones, narrativas y vivencias acerca del espacio y de las distintas terapias complementarias, así como nociones sobre la salud y la enfermedad. Éstas serán analizadas en la búsqueda de respuestas tentativas a los interrogantes planteados.

Palabras clave: Medicina Integrativa; Complementariedad Terapéutica; Espiritualidad

Agua de socorro, flores y rezos: el lugar de lo sagrado en ámbitos hospitalarios

- Olmos Álvarez, Ana Lucía. UNDAV/CONICET – IDAES - UNSAM.

A partir de observaciones participantes y entrevistas en un hospital materno infantil público del Partido de Avellaneda, se analiza el lugar de lo sagrado en la gestión de los procesos de salud-enfermedad-atención. A los fines de esta presentación se hará foco en la perspectiva del personal sanitario para indagar sobre dos ejes. Por un lado, interesa explorar la recepción que tiene el campo biomédico de la dimensión religiosa y espiritual de los pacientes la cual, ocasionalmente, puede ser interpretada como un complemento necesario o un obstáculo a esquivar –llegando incluso a requerir intervención judicial– para la realización de determinados tratamientos. Por el otro, se busca reconstruir esta dimensión en las propias vivencias de los profesionales de la salud dando cuenta de

14 Forma coloquial que hace referencia a los practicantes/terapeutas de reflexología.

15 Forma coloquial que hace referencia a los practicantes/terapeutas de reiki.

las maneras en que atraviesa al ejercicio de la (bio)medicina y los concomitantes procesos de acomodamiento entre saberes que estos actores deben efectuar.

Palabras clave: Sagrado; Biomedicina; Hospitales; Salud.

Concepciones y creencias de la biomedicina. La perspectiva inversa

- Papalini, Vanina. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS - CONICET y UNC)

Esta comunicación analiza, en sentido inverso al habitual, algunas creencias y zonas oscuras que forman parte de la perspectiva biomédica. Estas reflexiones se basan en una autoetnografía que, como investigadora de la terapéutica alternativa, desarrollé durante un itinerario terapéutico de dos años de duración en el cual acompañé a mi esposo en su tratamiento oncológico. Algunas de las críticas que, desde una perspectiva holística, se hacen a esta medicina, tales como la hiperespecialización, la enajenación del cuerpo propio, la sobremedicación, se vuelven ostensibles en este relato. Pero también se hace patente la dificultad de asumir sus propios límites como práctica asociada a un conocimiento no absoluto. Esta pretensión de transparencia del cuerpo frente a su lente escrutador y una cierta omnisciencia de la posición del profesional de la salud frente a la enfermedad conduce a desarrollar imperativamente respuestas lógicas frente a procesos inciertos. Así, la asignación de causales de enfermedad apela en ocasiones a sintagmas que, en este uso, funcionan como alusiones metafísicas tales como una dimensión ¿trascendente? "psicosomática", los incognoscibles "virus", el jeroglífico emocional designado como "enfermedad autoinmune", el misterio secular de los "estilos de vida" y la metamorfosis inexorable de la existencia traducida como "edad".

Palabras clave: Biomedicina; Creencias; Misterio; Conocimiento.

La utopía misionera de una familia de colonos: Cuerpos, misión y modernidad adventista entre los moqoit del Chaco

- Altman, Agustina. FLACSO-CONICET.

En este trabajo nos proponemos abordar una serie de vínculos entre adventistas y una familia extensa de aborígenes *moqoit* del suroeste

de la provincia del Chaco durante la década de 1950. Exploraremos cómo los adventistas, impulsados por su *ethos* específico, buscaron no sólo propagar sus dogmas entre los *moqoit*, sino todo su "estilo de vida", entendido como expresión ineludible de la propia santidad. Además, nos proponemos abordar sus prácticas y representaciones de las expresiones extraordinarias del poder sagrado. Finalmente buscaremos dar cuenta de cómo las diferencias con las ideas previas de los *moqoit* se constituyeron en un escoyo insalvable que impidió que este incipiente emprendimiento misionero prosperara.

Palabras clave: Adventistas; *Moqoit*; Misión; Modernidad; Corporalidad.

Curas chamánicas y música ritual: entre las terapéuticas y las industrias culturales

- Nachón Ramírez, Mercedes. CEIL-CONICET.

Esta ponencia se enmarca dentro de mi proyecto de tesis doctoral sobre neochamanismo y procesos de sanación en los grandes centros urbanos de Argentina. El objetivo es presentar mis avances de trabajo de campo y reflexionar acerca de las nociones de salud, enfermedad, bienestar y sanación que se presentan en las narrativas de los integrantes de tres grupos neochamánicos con los que estoy trabajando. En la ciudad de Buenos Aires, los seguidores de Michael Harner y los músicos de la escena del folklore electrónico local, y, en la ciudad de Córdoba, los docentes y participantes de un curso de posgrado en medicina tradicional dictado en la universidad pública. Para ello, analizaré observaciones participantes en actividades realizadas por estos grupos y entrevistas en profundidad a sus miembros y participantes. De esta manera, me propongo comenzar a describir algunas de las características que hoy en día asume la oferta neochamánica en las ciudades de Argentina.

'Eficacia simbólica' y antropología del 'placebo'. Una revisión crítica para el futuro de los estudios sobre la relación entre ritual y salud

- Ludueña, Gustavo. CONICET - IDAES - UNSAM.

El estudio de la "eficacia simbólica" registra una prolongada y bien asentada trayectoria en la tradición antropológica, la cual aparece inicialmente con la preocupación por los efectos mágicos manifiestos en

escenarios performativos ligados ontológicamente a diversos órdenes cosmológicos; entre ellos, exorcismos, posesiones, imposición de manos, confrontaciones con espíritus mitológicos en arduas intervenciones chamánicas, etc. El interés académico por la eficacia simbólica se nutrió de la búsqueda de una comprensión de base científica a los signos de mejoramiento que parecían experimentar los sujetos que atravesaban por tales instancias rituales, al tiempo que sirvió como dispositivo heurístico para dar cuenta de este mismo proceso. Por lo tanto, esta noción popularizada por Claude Lévi-Strauss implicó tanto un concepto explícito acerca de la cura chamánica como una teoría implícita sobre la misma. Esta última, anclada en el doble vínculo entre lo mental y lo somático, nunca fue desarrollada acabadamente. En esta dirección, esta ponencia explora vías analíticas posibles para su profundización a la luz de la multiplicación exponencial de las investigaciones recientes sobre el placebo en el campo de la biomedicina, los estudios sobre chamanismo y las terapias alternativas.

Palabras clave: Eficacia Simbólica; Placebo; Chamanismo; Sanación.

Grupo de Trabajo Nº 6

Investigaciones en Salud Indígena

Abordajes para repensar a las "interculturalidades" en contexto

Coordinadorxs:

- Silvia Hirsch, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín

- Mariana Lorenzetti, Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT-ANLIS) // FHyCS, UNaM

Comentarista:

- Matías Stival, Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS), Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y Programa Antropología y Salud, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Asociación Cuerpo & Alma. Imaginarios sobre la salud de comunidades moqoit del suroeste del chaco

- Altman, Agustina. FLACSO-CONICET.

En la primera década del siglo XXI, la provincia del Chaco comenzó a incorporar un enfoque intercultural en el contexto de la atención de la salud pública, lo cual llevó, entre otras medidas, a la inclusión como agentes sanitarios de miembros de las comunidades aborígenes. Sin embargo, la falta de recursos ha sido uno de los obstáculos centrales en la implementación de dichas iniciativas. En ese contexto el estado provincial ha permitido que ONGs con financiamiento propio intervengan en la atención de la salud con mínimos controles. Tal es el caso de la Asociación Cuerpo & Alma que desde 2005 trabaja, fundamentalmente entre comunidades aborígenes *moqoit*, con el fin de brindar "asistencia y educación para la salud". Dicha ONG no está alineada

con el paradigma de salud intercultural supuestamente impulsado por la provincia, sino que piensa en general en términos de "población vulnerable", abordando las peculiaridades étnico-culturales desde el sentido común urbano. En esta ponencia exploraremos los imaginarios implicados, así como las dinámicas y contradicciones que los mismos desencadenan en su implementación concreta.

Palabras clave: Salud; ONG; Moqoit; Provincia de Chaco.

Género y diabetes en comunidades guaraníes y tapietes de la provincia de Salta: una exploración preliminar

- Hirsch, Silvia. Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín.
- Alonso, Valeria. Instituto Nacional de Epidemiología.

En Argentina, la ocurrencia de diabetes y otras enfermedades crónicas en población indígena aún no ha sido suficientemente estudiada en sus múltiples dimensiones socioculturales, políticas, económicas y sanitarias. Este trabajo es resultado de una exploración etnográfica preliminar de las determinaciones socioculturales y de género que intervienen en los procesos de atención y prevención de diabetes en indígenas tapietes y guaraníes de la provincia de Salta.

La incorporación de la perspectiva de género al estudio del proceso de salud, enfermedad, atención y prevención en diabetes y otras enfermedades crónicas en las comunidades permite contextualizar la vulnerabilidad diferencial entre varones y mujeres, los modos de vivir, enfermar y morir, según perfiles epidemiológicos de género. A su vez, la consideración de la variable étnica, generalmente ausente en los registros epidemiológicos, responde a un área de vacancia para el desarrollo de una epidemiología socio-cultural.

La diabetes es un problema epidemiológico de actualidad, recientemente abordado por los estudios de género. Estudios cualitativos en América Latina encontraron desventajas para el autocuidado en las mujeres y mayor vulnerabilidad para afrontar el control glucémico, en los sectores populares, asociadas con déficit en el manejo de los recursos económicos, en el acceso a la información y en la posición subalterna de las mujeres en la estructura doméstica. En las comunidades se ha observado la creciente presencia de obesidad, diabetes e hipertensión, junto con la falta de articulación de las intervenciones socio-sanitarias con las conceptualizaciones y prácticas nativas de salud-enfermedad-curación; los problemas en la comunicación del diagnóstico y tratamiento; y las dificultades de acceso al sistema público de salud. Esta exploración tiene como

objetivos identificar diferenciales en los itinerarios terapéuticos de varones y mujeres con diabetes y valorar la adecuación intercultural y el acceso al control de la diabetes en los centros de atención primaria de salud.

Palabras clave: Género; Diabetes; Salud Indígena; Comunidades.

Percepciones de la enteroparasitosis en el proceso salud-enfermedad-atención. Comunidad intercultural urbana de San Ramón de la Nueva Orán (Salta)

- González, Nadia Jordana. Universidad Nacional de Salta. Sede Regional Tartagal.
- Quiroga, Adriana del Pilar. Universidad Nacional de Salta. Sede Regional Tartagal.
- Salinas, Laura Beatriz. Universidad Nacional de Salta. Sede Regional Tartagal.

Las percepciones de la salud, la enfermedad y la atención son construcciones sociales, culturales, históricas, políticas y estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y si es posible, erradicar los padecimientos. El presente trabajo se focaliza en el estudio de *La enteroparasitosis*, como enfermedad, causada por protozoarios y helmintos, que afecta al hombre en todas las edades. No obstante, su prevalencia es determinada por condiciones socioambientales, económicas y políticas. En el caso particular de Orán, nos interesó considerar las apreciaciones de los pacientes y sus cuidadores, focalizando la mirada en algunas etnias (kolla y guaraní) y población criolla que conformaron la comunidad con NBI. Objetivo: Conocer las percepciones del proceso salud-enfermedad-atención de las enteroparasitosis en la comunidad intercultural urbana. Metodo: Investigación cualitativa, transversal: 2012. Población: 2863 personas que residieron en el Barrio Taranto. Muestra: 20 adultos.

Resultado: La percepción del proceso salud-enfermedad-atención de la enteroparasitosis se construye a partir de vivencias propias y familiares para curar la enfermedad, estos saberes y prácticas se transmiten de modo transgeneracional. Se considera como un problema de salud más que una enfermedad, se origina por el consumo del agua contaminada, tierra y la interacción de juegos con animales. En su tratamiento se emplea más la medicina tradicional: papaya, paico y ajo, que el tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Percepciones de la Enteroparasitosis; Comunidades Interculturales; Desigualdad Social; Determinantes Sociales de la Salud.

Políticas Públicas, Salud Intercultural y Estrategias comunitarias para el cuidado de la salud: estudio de caso en 5 comunidades indígenas chulupí/Nivaclé distribuidas en el Departamento de Bermejo, Provincia de Formosa

- Barbosa Becerra, Joice
Salud Investiga, Secretaria de Salud de la Nación.
- Vázquez, Luciana
Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA) – Conicet – INTA

La Salud Indígena como un derecho humano se encuentra garantizada por un amplio marco normativo internacional y nacional. Desde el paradigma indígena la salud no está relacionada exclusivamente con enfermedades físicas individuales, sino también aborda enfermedades relacionada con la sociedad y el entorno. Esta dimensión colectiva de la salud tiene en cuenta una multiplicidad de factores de orden ecológico, político, económico, cultural, social y espiritual. Esta visión de la Salud se encuentra en sintonía con la promulgación de la Organización Mundial de Salud, que en 1946 la definió como "un estado de complejo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afecciones". Para garantizar el goce pleno de este derecho se han generado distintas políticas púbicas, con enfoque intercultural, que tienen por objeto el acceso no discriminatorio a los servicios de salud, el ejercicio de valores compartidos de respeto, comprensión y adecuación de los actores involucrados en las actividades médicas y sanitarias, así como el reconocimiento del modelo de salud de las poblaciones indígenas. En Argentina pese a los avances que se tiene materia jurídica para garantizar este derecho, las condiciones sanitarias de los pueblos indígenas siguen siendo preocupantes. Con el fin de realizar un análisis y problematización de las prácticas de atención a la salud desde un enfoque intercultural, este estudio indagará el desarrollo de las políticas públicas de atención primaria de la salud y las estrategias comunitarias para la atención de la salud en las comunidades chulupí-nivaclé que habitan en el Departamento de Bermejo, Provincia de Formosa. A su vez, identificar las necesidades sentidas por las comunidades en torno a la salud y comprender sus modos de entender la salud y la enfermedad, para el diseño conjunto de estrategias posibles para su abordaje.

"Atención diferenciada" en el Brasil: exploración de conceptos adecuados para analizar las políticas de interculturalidad

- Esther Jean Langdon, Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural/UFSC

En Brasil, la Primera Conferencia Nacional de Protección a la Salud del Indio, realizada en 1986, discutió la necesidad de una política específica a fin de garantizar a los pueblos indígenas servicios basados en el principio de "atención diferenciada" de la salud, definido como la articulación de y el respeto a los conocimientos y prácticas tradicionales en los diferentes contextos socioculturales. Junto el principio de "atención diferenciada", la política también propone los de la universalización del acceso y la participación social. NESSI, un grupo de investigaciones interdisciplinares en Brasil, tiene entre sus objetivos el de contribuir para la evaluación de políticas y programas de salud desde de la perspectiva de las comunidades beneficiarias. Los trabajos realizados condensan los intereses de antropólogos y de otros investigadores latinoamericanos, dedicándose a temas como la pluralidad de las prácticas de salud y el desarrollo de conceptos adecuados a las especificidades regionales y locales. Con base en sus investigaciones relacionadas a la política de salud para los pueblos indígenas de Brasil, presentamos los conceptos siendo desarrollados para construir un abordaje latinoamericano crítico. El compromiso social y político del grupo se manifiesta por medio de sus investigaciones sobre los servicios sanitarios en contextos democráticos e interculturales, de la participación en foros gubernamentales, de la capacitación de profesionales y de la evaluación de programas.

Palabras clave: Atención Diferenciada; Salud Indígena; Interculturalidad; Brasil.

Las uniones "tempranas" en Chiapas, México y sus implicaciones en la sexualidad y la reproducción

- Reartes, Diana. Instituto Pensamiento y Cultura en América Latina -IPECAL-, México

Por uniones tempranas, consideramos las uniones formales o informales, en donde al menos uno de los contrayentes es menor de 18 años. México presenta la quinta tasa más alta de América Latina y el Caribe, estimándose que 22.9% de las mujeres de 20 a 24 años se

casaron o entraron en una unión informal antes de los 18 años. La tasa de matrimonio infantil en México es la quinta más alta de América Latina y el Caribe y esta no ha cambiado en casi 30 años. En Chiapas la tasa de matrimonio infantil alcanza un nivel de 30%.

La investigación se aproxima al estudio de las uniones tempranas y sus implicaciones en la salud sexual y reproductiva en tres contextos indígenas de Chiapas: San Juan Cancuc en la Región Altos y Ejido Veracruz y Nuevo San Juan Chamula, en la región Selva. Se entrevistaron a 30 jóvenes mujeres y varones que se habían unido en los últimos cinco años. Exploramos cómo se configuran en la actualidad las uniones tempranas, sus cambios y continuidades, condicionantes socioculturales, ideológicos, económicos y políticos que favorecen la formación de parejas jóvenes, así como las consecuencias diferenciales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva para mujeres y varones.

Palabras clave: Uniones tempranas; Chiapas; Sexualidad; Reproducción.

Servicios de salud y pueblos originarios en contextos urbanos: procesos de atención de las poblaciones qom

- Stival, Matías. CEAS, Universidad Nacional de Rosario- UNR

Con el propósito de aportar a los debates sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud de los pueblos originarios, presentamos una investigación cuyo objetivo general ha sido analizar los procesos de atención de la población qom de la ciudad de Rosario y su relación con los servicios de salud.

Desde un enfoque etnográfico se aborda este campo relacional a partir de, por un lado, las trayectorias de atención de las familias qom de un asentamiento indígena -que incluyen la utilización de distintos recursos terapéuticos-, y por otro, de las relaciones, las prácticas y los sentidos puestos en juego por el personal de salud que atiende a dicha población. El análisis de las trayectorias de atención qom constituyó una vía de acceso al abanico de las "categorías asistibles" y permitió descentrar el papel totalizador que se suele asignar al sistema público de salud, para contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que esta población ha venido utilizando. Específicamente presentamos los modos en que son utilizados, en forma simultánea o sucesiva, los distintos recursos terapéuticos que componen el escenario asistencial. A su vez, compartimos una serie de interpelaciones a ciertas premisas, supuestos y vacíos que operan en las prácticas

de los equipos de salud, enfatizando la necesidad de incorporar una perspectiva relacional que ponga en juego y desnaturalice las lógicas organizacionales de los servicios de salud.

La salud intercultural en la formación universitaria

- Valdata, Marcela. CEAPROS UNR.
- Chumpitaz, Analía. Instituto de Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.
- Bensi, Ana. CEAPROS UNR.

La salud intercultural es interpretada desde una multiplicidad de conceptualizaciones, ya sea desde paradigmas teóricos que no siempre vinculan la práctica propiamente dicha, así como también desde una práctica "puramente originaria" excluyente de saberes académicos, encontrar un punto de equilibrio entre estos es un desafío. En esta presentación abordaremos una experiencia para la atención de tuberculosis, realizada con agentes interculturales qom y mapuches, médicos, enfermeros y antropólogos llevada a cabo en un barrio qom de la ciudad de Rosario, reflexionando sobre sus obstáculos y sus logros. A partir de este análisis presentaremos una propuesta innovadora partiendo de un abordaje de interculturalidad desarrollado a través del Curso de Agentes Interculturales del Instituto de Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario. Nos centraremos en describir a través de este curso, la confluencia de saberes poniendo equidad a los mismos en su diagramación e implementación, como aspectos complementarios y necesarios para las prácticas corrientes, así como también para la indispensable interrelación con los diferentes pueblos.

Palabras clave: Salud Intercultural; Prácticas Comunitarias; Pueblos Originarios; Universidad.

Aproximación exploratoria a partir de la experiencia de trabajo en salud indígena

- Palazzo Fabre, Mercedes, Estudiante magíster del Programa de Posgrado de Antropología Social de la UNAM

La experiencia personal de trabajo como médica familiar en comunidades *mbya* guaraníes en Misiones ha generado, a partir de situaciones concretas y en el recorrido de seis años, algunos interrogantes en relación a la práctica de la salud indígena y la "interculturalidad". Se

pretende en este trabajo presentar una primera aproximación para pensar algunas líneas de indagación en relación a dichos interrogantes, que contribuyan a pensar la salud indígena, de la mano de las herramientas propias de la antropología.

Las dimensiones que se establecen para recorrer las experiencias son: las relaciones de hegemonía/alteridad con las diversas instituciones; el contexto socio-político-económico en el que se encuentran las comunidades; las transacciones entre las diferentes formas de atención de los procesos de salud y enfermedad que se generan a par tir de apropiaciones que realizan los sujetos y microgrupos, con una perspectiva histórica, considerando las décadas de políticas públicas y programas específicos y sus efectos e impactos; la caracterización del sujeto destinatario de dichas políticas.

El objetivo de sistematizar y ordenar los interrogantes derivó inevitablemente en la elaboración de un proyecto de investigación, tomando dichas dimensiones como ejes conceptuales, que pretende contribuir a pensar cómo diseñar, de qué manera implementar y evaluar una política de salud indígena intercultural.

Palabras clave: Salud indígena; Interculturalidad; Políticas Públicas.

Parto de mujeres Mbya Guaraní, experiencias en hospitales públicos y aldeas de San Ignacio, Misiones. Diálogos y desafíos teóricos, metodológicos y éticos en el campo Obstétrico

- Marini Centeno, Micaela del Carmen. Tesista de la Licenciatura en Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de las Misiones (UCAMI).
- Bezus, Germán. Médico obstetra, docente e investigador de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de las Misiones (UCAMI), Subsecretario de Salud, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.
- Núñez, Ana Carolina. Antropóloga Social, docente e investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de las Misiones (UCAMI), Directora del Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Humanas (UCAMI)

Misiones es un espacio trinacional, territorio particular en el que convergen formas de vida, acciones instituidas por las políticas públicas nacionales y diversas prácticas culturales que hacen que persista la idea de “choque cultural” en ámbitos como la salud pública. La etnia

Mbya guaraní es la más relevante comunidad de pueblos originarios. Como parte de las preocupaciones de la Obstetricia en el marco de la implementación del paradigma de la "maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural" (MSCFEI), los reacomodamientos entre agentes sanitarios, los protocolos de atención y las prácticas sociales concretas, dinamizan un campo en constante efervescencia en los que se conjugan por un lado, determinantes sociales de la salud y, por otro, demandas de atención que inscriben a los sujetos en una trama de mediaciones por el acceso a la salud. En el caso de las mujeres embarazadas de comunidades Mbya guaraní, muchas de ellas aceptan realizarse los controles prenatales en el sistema público de salud durante la gestación, pero otro gran grupo prefiere su Aldea y elige la atención de sus parteras o matronas a la hora de parir. Los determinantes de salud característicos de estos pueblos y del sistema de salud estatal, requieren analizar el encuentro de estos regímenes de atención en los que se producen dificultades y controversias, emergentes a las formas asumidas en que deviene el "parto" en tanto *hecho social total* (Mauss, 1991*)*. Como fenómeno complejo, tanto la madre como el recién nacido, se instituyen *sujetos de derecho* ante políticas públicas de salud materna-neo natal que deben garantizar la atención más segura posible. Es este contexto, que nos proponemos abordar el análisis en perspectiva etnográfica con objeto de indagar las múltiples perspectivas, sentidos y prácticas en salud de mujeres Mbya guaraní, que hacen al embarazo, trabajo de parto y parto en su comunidad. Intentaremos describir las experiencias de salud, enfermedad, atención y cuidado del parto de las mujeres Mbya en su comunidad y el ámbito hospitalario.

Palabras clave: Parto; Maternidad Segura; Mbya guaraní; Derecho a la Salud.

Los debates en salud en contextos interétnicos: reflexiones a partir de la práctica etnográfica

- Lorenzetti, Mariana Isabel. Instituto Nacional de Medicina Tropical, (INMeT-ANLIS) / FHyCS-UNaM.

En Argentina, la cobertura de los servicios de salud en las comunidades indígenas comenzó a gestionarse desde áreas programáticas específicas con mayor sistematicidad en las dos primeras décadas del siglo XXI.

El foco en los procesos de salud-enfermedad-atención, que incidieron en las expectativas de vida diferenciales para indígenas y

no-indígenas, puso de relieve la problematización de las relaciones interétnicas. En este marco, la búsqueda de estrategias tendientes a implementar los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS) fue generando diversos debates entre equipos de salud e indígenas. La posibilidad de canalizar demandas vía la promoción de la salud y prevención de enfermedades se constituyó el *locus* donde dirimir, no solo cursos de acción participativos, sino también las modalidades de capacitación para la ejecución de programas.

En este trabajo retomo los tópicos recurrentes que he encontrado en las discusiones surgidas respecto del reconocimiento de las diferencias, la participación y la capacitación desde que inicié mi indagación en salud indígena (año 2005). A partir de estas consideraciones analizo cómo juegan algunas reapropiaciones de las contribuciones antropológicas en el campo de la salud pública y los modos en que el trabajo del antropólogo es percibido. Con ello busco reflexionar sobre los desafíos en la producción de conocimientos y las posibilidades de ponerlo en diálogo con los distintos interlocutores involucrados en las praxis de salud.

Palabras clave: Relaciones Interétnicas; Salud Indígena; Producción de Conocimientos

Grupo de Trabajo Nº 7

Métodos y Técnicas en Antropología de la Salud

Coordinadorxs:
- Romina Del Monaco, UBA/CONICET
- María Victoria Castilla, UNSAM CONICET

Comentaristas:
- María Epele, UBA/CONICET
- Mariana Lorenzetti, Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT-ANLIS) / FHyCS-UNaM
- Ana Pérez Declercq, Observatorio de Violencia contra las Mujeres (Salta)

Construcción del PSEAC en espacios hospitalarios vinculados a la Carrera de Medicina de la UNS desde un enfoque etnográfico.

- Quiroga, Ana Florencia
- Noceti, María Belén
- Corredera, Melisa
UNS- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur- CONICET.

El siguiente trabajo forma parte de un Proyecto de Grupo de Investigación (PGI) denominado "Caracterización antropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto de formación de médicos de la carrera de medicina, UNS". Dicho PGI se desarrolla en el ámbito de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS), se encuentra en curso y es subsidiado a través de la Secretaría General de Ciencia y Tecnología de la UNS.

En esta ocasión, presentamos resultados parciales derivados de una aproximación etnográfica y utilizando la noción de "prácticas formativas" propuestas por Byron Good, caracterizamos las formas en las que se modela en el mismo trascurso, tanto el proceso salud enfermedad atención cuidado (PSEAC) como al futuro médico, en el contexto de las rotaciones médicas, del Ciclo de Desarrollo Profesional de la Carrera de Medicina (UNS), correspondiente al 4to año de formación de estudiantes de medicina. Se hace hincapié en la valoración de la técnica de observación participante como estrategia de investigación privilegiada en los espacios y aprendizaje hospitalarios. Se propone que el "estar ahí" permite confrontar los discursos y las prácticas, identificando el desplazamiento de las dimensiones sociales y culturales involucradas en el PSEAC.

Palabras clave: Etnografía; Observación Participante; PSEAC; Carrera de Medicina.

Estar acá: una reflexión sobre el cuerpo en el trabajo de campo

- Candil, Ana Laura. UNPaz-UBA.

El enfoque etnográfico tiene como una de sus directrices el "estar allí", es decir, la presencia corporal, tanto de quien tiene por objeto investigar como de quienes han sido denominados "nativos" y/o "locales", en el trabajo de campo. Cuando se abordan contextos cercanos (Frederic, 1998), la distinción entre "investigador" y "nativos/locales" muchas veces se ve tensada y desarticulada debido a que, en ocasiones, resulta necesario asumir determinados roles y realizar tareas que no serían propias del "investigador/a", pero que sin embargo resultan fundamentales, incluso por cuestiones éticas. A la vez, cuando se aborda la documentación de malestares, dolencias y enfermedades en poblaciones marginalizadas, las técnicas preeminentes de las metodologías cualitativas –observación participante y entrevistas (Achilli, 2005; Guber, 2012)– se combinan con otras técnicas corporales que resultan la condición de posibilidad para la construcción de datos. El abrazo, el saludo, el manejo de jergas barriales/institucionales y el humor se tornan centrales para poder establecer vínculos que posibiliten el despliegue de las técnicas de la entrevista y la observación. Es que documentar malestares y dolencias requiere la presencia de corporalidades situadas y relacionadas entre sí.

La propuesta de este trabajo es pensar, a partir del trabajo de campo realizado sobre terapéuticas institucionales a los consumos problemáticos de drogas, de qué manera la presencia corporal en el

campo se torna centralmente en una cuestión política en vistas tanto a la temática abordada como a las relaciones que establecemos con los sujetos con quienes nos vinculamos.

La producción de conocimiento sobre aborto autoinducido en Argentina

- Drovetta, Raquel I. UNVM-CONICET.

En este trabajo describimos el proceso metodológico a través del cual se construyó una base de datos de 19.361 mujeres que abortaron con medicamentos en Argentina, acompañadas por activistas feministas de la organización Socorristas en Red (feministas que abortamos). Los datos surgen del instrumento (cuestionario) creado y aplicado por las integrantes entre 2014 a 2018, entre mujeres que consultaron a la Red, en alrededor de 45 ciudades de todo el país. En él se relevaron características sociodemográficas de las mujeres que abortaron, cómo atravesaron el evento y otros aspectos vinculados al uso del medicamento que contiene misoprostol.

Este trabajo describe un área de trabajo poco explorada como es el uso de metodologías de investigación científica por parte de activistas feministas para recolectar datos sobre aborto con medicamentos en contextos de restricciones legales. Nuestro objeto de análisis en el proceso metodológico llevado adelante por la organización, en tanto constituye un enfoque innovador de procesos de investigación en salud y enfermedad en contextos de desigualdad. Analizamos las prácticas de conocimiento que genera este grupo de activistas entre mujeres que realizan abortos autogestionados con medicamentos y su relación con el campo de la investigación de la antropología de la salud. Se trata de un estudio de alcance exploratorio y descriptivo basado en un diseño cualitativo de investigación. El trabajo de campo se desarrolló de manera continua durante los años 2013 a 2016 y se aplicó una triangulación de métodos, donde se aplicaron entrevistas, etnografía y observación participante, y análisis de documentos.

Palabras clave: Metodología Cualitativa; Investigación feminista; Aborto Voluntario; Antropología de la Salud; Socorristas en Red.

Problemas de recurrencias en trabajos de campo prolongados in situ. El caso de las aldeas guaraní de Puerto Iguazú en el área de salud

- Lavazza, Hugo. INMeT / FFyL-ICA- Sección Etnología- UBA.

El etnógrafo posee la habilidad de relacionarse con las personas y registrar diferentes aspectos, tanto individuales como del contexto sociocultural, en que las mismas se desenvuelven. Puede suceder que cuando el trabajo de campo se desenvuelve en sitios delimitados, en un sitio o conjunto muy específicos de lugares por un tiempo prolongado y constante, con los mismos individuos y bajo aparentes situaciones socioeconómicas críticas parecidas, los encuentros tienden a repetirse bajo el signo de lo que denominaríamos la "naturalización". Debido a este conjunto de situaciones los procesos de documentación en el terreno tienden a ser redundantes. Esto se debe a que, como antropólogos, comenzamos a registrar eventos que son similares o bien los interlocutores comienzan a repetir las mismas preocupaciones. Este estado de cosas, a mi modo de ver se debe a por lo menos dos eventos fundamentales, el "efecto naturalización" de las relaciones que se establecen y, en segundo lugar, a que no se exotizan lo suficiente situaciones de campo que, bajo condiciones de campo prolongadas y recurrentes se van volviendo cotidianas a nuestros sentidos. En esta ponencia pretendo exponer mi propia experiencia en el sistema de salud guaraní, en la ciudad de Puerto Iguazú, donde tengo contacto fluido con los agentes sanitarios indígenas, sobre todo, con las problemáticas que surgen en el circuito de salud biomédico que se establece entre ellos.

Palabras clave: Recurrencias; Naturalización; Cotidianidad; Guaraníes.

Antropología y salud en fotografías: interrogándonos sobre las posibilidades en realizar una etnografía visual en Patagonia

- Oviedo, Guillermina. Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia- Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.

En nuestro trabajo nos interesamos en considerar las posibilidades de realizar una etnografía visual en torno al Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. En este sentido son cuatro los puntos que revisaremos. En primer lugar, nos proponemos hacer una reconstrucción histórica del Hospital Regional que nos lleva el período de la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (1944-1955) que es en el momento que se comenzó la construcción del edificio del Hospital. En segundo lugar, repasaremos el modo en que nos hemos aproximado a los Centros de Atención Primaria en Salud a partir de la Carrera

de medicina de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. En tercer lugar, no interesa recuperar la caracterización que Eduardo Menéndez indica para definir la noción de Modelo Médico Hegemónico. En cuarto lugar, compartiremos nuestras apreciaciones en torno a producir una etnografía visual a partir de imágenes fotográficas procedentes de archivos y producidas en el marco del trabajo de campo. Nuestras conclusiones versarán en torno al modo en que entendemos que la noción de discurso fotográfico nos permite construir una mirada particular a partir de la interdisciplinariedad.

Palabras clave: Etnografía Visual; Salud; Patagonia; Modelo Médico Hegemónico.

Repensar la metodología en investigaciones sobre usos problemáticos de drogas.

- Garbi, Silvana. IIGG-UBA.

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de los métodos y técnicas metodológicas en investigaciones relacionadas a los usos problemáticos de drogas. Habiendo realizado investigaciones en instituciones de salud vinculadas a los tratamientos de los usos de drogas y en los contextos cotidianos de usuarios de drogas, el presente artículo se centra en problematizar los modos de registrar y analizar perspectivas y nociones "nativas" en relación a las aflicciones –en este caso asociadas a los usos de drogas- como así también de problematizar las estrategias de investigar en instituciones de salud como por ejemplo comunidades terapéuticas.

Narrativas, cuerpo y género en una experiencia de trabajo de campo sobre la menopausia

- Fitte, Ana Leticia. IIGG-UBA.

El propósito de esta ponencia es problematizar los métodos y técnicas cualitativas empleadas para realizar una investigación antropológica centrada en la indagación acerca de los modos en que se producen y circulan "biologías locales" (Lock, 1993) acerca de la menopausia en mujeres heterosexuales de clase media que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina), del Sur Global.

En los inicios de la investigación, una de las unidades de análisis (Guber, 2008) consideradas para elaborar el diseño de investigación estuvo constituida por médicos/as especialistas en ginecología

abocados al proceso de atención de las mujeres en sus consultas sobre la menopausia. Dicha definición tenía por objeto indagar en las biologías locales oficiales. Es decir, identificar y describir la mirada biomédica ligada con los saberes expertos en torno a la menopausia, e identificar las anatomías morales (Epele, 2002) que las sustentan y, a la vez, se construyen a partir de ellas.

Sin embargo, en el trabajo de campo emergieron narrativas divergentes e inesperadas con respecto a las "biologías oficiales", vinculadas éstas con la corporalidad de los especialistas: el género y la edad. A partir de las desigualdades sociales que estas dimensiones implican –e imponen- se presentaron rupturas en las formas de producir y transmitir saberes acerca de la menopausia. Esta experiencia permite cuestionar las estrategias usadas para generar información, construir e interpretar datos en tanto procesos que incluyen la mirada de los propios sujetos investigados. Además, permite revisar los presupuestos y posibles omisiones definidos para comenzar el proceso de investigación e incluir la pregunta sobre la forma en que incide la subjetividad de los "informantes" sobre la construcción de saberes expertos. En síntesis, el reconocimiento de que la mismas no pueden pasar desapercibidas o ser omitidas en ninguna instancia del proceso de investigación.

Palabras clave: Narrativas Menopausia; Saberes Expertos; Género; Edad.

Sobre la escritura y el escribir en etnografías en los márgenes urbanos

- Epele, María. CONICET-UBA.

Durante las últimas décadas, la creciente relevancia del sufrimiento y el dolor como nociones ineludibles de las perspectivas y abordajes en el campo de la Antropología de la salud, han llevado a problematizar las dificultades y tensiones en los modos de vivir, describir, entender y escribir el padecer. A través del análisis de un caso en la investigación sobre psicoterapias en contextos de marginación del Área Metropolitana de Buenos Aires, el objetivo de este trabajo consiste en problematizar los modos de escribir sobre el padecer en aquellas etnografías en contextos de pobreza urbana. Partiendo de los desarrollos sobre la escritura y sus relaciones con la palabra dicha en diferentes tradiciones epistémico-filosóficos, se examinan los modos de modelizar el hablar y escribir, el decir y textualizar, la oralidad y la escritura, que van emergiendo en las relaciones con los residentes de estos barrios (dictado, portavoz, mensaje en la botella, etc.). Finalmente, con el análisis de las diferentes

corrientes epistémico-antropológicas sobre el sufrimiento, se examinan los malestares generados por los desafíos que las políticas de desigualdad y las economías de marginación, imponen a la escritura, hacer textual lo oral, y traducir la palabra en escritura etnográfica.

El enfoque etnográfico en la reconstrucción de narrativas indígenas de salud-enfermedad-atención

- Lorenzetti, Mariana Isabel. INMeT-ANLIS / FHyCS-UNaM.

Las reivindicaciones indígenas que ponen en valor las diferencias socioculturales e interpelan las maneras de ejecutar las políticas específicas reavivaron las discusiones respecto de cómo entender los procesos de cambios y las dinámicas interétnicas. En el campo de la salud, estas discusiones se condensan en las posibles articulaciones entre diversos saberes y prácticas vinculadas a la salud-enfermedad-atención, dando lugar a distintos posicionamientos entre diseñadores de los programas, equipos de salud y comunidades indígenas.

Diversos trabajos etnográficos centrados en analizar dichos aspectos pusieron en juego distintas herramientas metodológicas para dar cuenta de los efectos que han tenido las transformaciones en las condiciones de vida de las comunidades y su incidencia en la problematización de los padecimientos. En este marco, la reconstrucción de las narrativas indígenas de salud-enfermedad-atención y cuidados se ha convertido en un recurso heurístico preponderante en las investigaciones que se vienen desarrollando. En base a la lectura de algunos trabajos realizados y de la revisión de mi propia experiencia de indagación en el campo de la salud indígena, me interesa reflexionar en torno a los debates y los aportes que han abierto los estudios donde el enfoque etnográfico está asociado a la construcción de narrativas de salud-enfermedad-atención y cuidados.

Palabras clave: Narrativas; salud-enfermedad-atención; Salud Indígena; Enfoque Etnográfico.

Masculinidades y registro de los cuidados paternos

- Castilla, María Victoria. CONCIET-IDAES-UNSAM.

Dentro del conjunto de actividades de cuidado que realizan los padres se encuentran aquellas que dan cuenta de la incorporación de éstos a las actividades que realizaban –y continúan realizando- mayoritariamente las mujeres (aseo, preparación de los alimentos, atención, contención

y acompañamiento, entre otras) en un modelo tradicional de distribución genérica del cuidado. Asimismo, durante el proceso de trabajo de campo y análisis de la información se configuró otro conjunto de actividades que, desde la perspectiva de los propios padres, son entendidas como cuidados paternos-masculinos y que no se incluyen dentro del grupo anterior. Estas ocasiones y acciones implicaron repensar los modos de registro y las delimitaciones vinculadas a la categoría analítica de cuidados considerada en la investigación, haciendo necesario revisar dicha categoría, la cual tiene en su origen en la necesidad de visibilizar acciones realizadas en el hogar por las mujeres y que permitió denunciar el trabajo no remunerado, las dificultades en el acceso al mercado laboral y a las fuentes de poder y toma de decisiones.

"Tiranía de los datos": investigación científica y búsqueda de evidencia en psicoterapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina

- Del Monaco, Romina. CONICET/UBA

Partiendo de una investigación en curso sobre terapias cognitivas conductuales en el Área Metropolitana de Buenos Aires, el objetivo de este trabajo es describir y analizar la relación entre estas terapéuticas y las investigaciones científicas como instancias de comprobación y legitimación de este abordaje psi. Las referencias al conocimiento científico se utilizan para la realización de diagnósticos, para dar cuenta de probabilidades en torno a la eficacia de los tratamientos y, en muchos casos, como modos de intervenir terapéuticamente ante modos de pensar o creer que no son *funcionales* a la vida cotidiana. A partir de la relación entre perspectivas socio-antropológicas sobre el campo psi y estudios sociales de las ciencias, se indaga cómo en los relatos de los profesionales, el conocimiento científico adquiere un lugar central no sólo como herramienta de estudio sino también, como presupuesto de este abordaje, es decir, se habla de una *psicología basada en la evidencia*. Este aspecto visualiza jerarquías dentro del campo del saber donde la investigación empírica (asociada a lo "válido" y "verdadero"), termina funcionando como elemento de distinción de estas terapéuticas que buscan diferenciarse de otros abordajes psi *que no investigan*. La aproximación metodológica es cualitativa, se realizaron entrevistas a profesionales –psicólogos/as- que trabajan desde el abordaje cognitivo conductual en Buenos Aires, Argentina.

Palabras clave: Terapias cognitivas conductuales; Conocimiento científico; Psicología; Evidencia.

Grupo de Trabajo Nº 8

Salud, ambiente y trabajo

Un abordaje etnográfico para la comprensión interdisciplinaria

Coordinadorxs:
- Laura Frasco Zuker, Departamento de Ciencias de Salud Universidad Nacional de La Matanza
- Andrea Mastrangelo, CeNDIE-ANLIS-IDAES UNSAM-CONICET

Comentaristas:
- María Celeste Rosso, Licenciada en Sociología y Doctoranda en Antropología Social (IDAES, UNSAM).
- Paula Lucero, Lic. y Profesora en Sociología (UNLP) maestranda en Antropología Social (UNSAM), Doctoranda en Geografía (UNLP).

Secretos, ocultamiento y prohibición. Cómo los dispositivos sanitarios públicos contribuyen a ocultar el sufrimiento de las infancias que trabajan

- Frasco Zuker, Laura
- Mastrangelo, Andrea
CONICET - UNSAM

La ponencia que presentamos es un ejercicio de reflexividad a dos voces, como doctoranda y directora de tesis sobre el proceso y resultados de 3 prácticas de investigación para construir datos sobre salud ocupacional en niñes mineros del Departamento de Iguazú, nordeste argentino. Las prácticas analizadas son: la presentación del proyecto de investigación sobre salud ocupacional de niñes a subsidios de investigación, los registros de base y agregados del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y la negociación de criterios teóricos interdisciplinarios con una parasitóloga para construir una muestra probabilística.

Nuestro análisis concluye que las visiones abolicionistas del trabajo infantil y los principios de validación del conocimiento epidemiológico por la estadística, generan secretos y ocultamiento de prácticas de trabajo y de cuidado familiar de les niñes, contribuyendo a la invisibilización del trabajo infantil, lo que limita que se garanticen derechos a les niñes.

Palabras clave: Trabajo; Infancia; Salud; Derechos.

Trabajo y salud en la "obra". De la experiencia de los trabajadores a la construcción médico técnica del "riesgo"

- Philipp, Gretel. NET - CONICET

En esta ponencia nos proponemos abordar las *experiencias* de un grupo de trabajadores de la construcción a partir de los incipientes resultados obtenidos tras un año de trabajo de campo en una "obra" en construcción en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. En el marco de la realización de nuestra tesis doctoral, la intención es analizar la realidad de los trabajadores de la construcción desde la tradición de la antropología social. Esta se distingue por construir conocimiento a partir de los propios sujetos, entendiéndolos como *agentes* que generan prácticas, saberes y significaciones sobre el mundo social, articulando sus vivencias y experiencias cotidianas con dimensiones sociohistóricas más amplias que los exceden y los contienen a la vez. Por este motivo, focalizamos el estudio en el "riesgo" como categoría nativa, derivada de las características de la industria de la construcción y de las particulares trayectorias y experiencias de sus trabajadores. Asimismo, mediante un breve recorrido por la bibliografía del riesgo de las ciencias sociales, procuramos problematizar la categoría construida por la perspectiva médico técnica, como saber biomédico especializado, que tiende a la monetarización de la salud en un esquema de riesgo-daño-resarcimiento.

Palabras clave: Riesgo; Experiencia; Industria de la Construcción; Trabajadores.

Salud ocupacional en dos centros de clasificación y acopio de materiales reciclables en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, 2015

- Mastrangelo, Andrea
CONICET-CeNDIE (ANLIS) y UNSAM.

- Schamber, Pablo
CONICET-UNQ, UNLa.

¿Cómo estimar los riesgos para la salud de las y los trabajadores que manipulan residuos sólidos urbanos separando y clasificando materiales reciclables? Para responder esta pregunta, durante 2015, se realizó una investigación en terreno con una perspectiva eco epidemiológica en dos centros de clasificación y acopio (uno urbano y otro en un descampado periurbano) ubicados en la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Con el propósito de describir el proceso de trabajo, se utilizaron técnicas etnográficas (entrevistas, observación participante), proyectivas y de trabajo corporal, para caracterizar las condiciones y medio ambiente según riesgos y exigencias de la Organización Internacional de Trabajo para este trabajo no clásico. Las exigencias tenderían a concentrarse en el ingreso y salida de materiales, los riesgos del objeto de trabajo resultarían de la separación y, los riesgos biológicos, del ambiente de trabajo. Se encontró diversidad y poca planificación en el proceso de trabajo. Por ello, la caracterización de las condiciones y el medio ambiente de trabajo fue también una instancia de reflexividad entre trabajadores e investigadores sobre la creación-organización del ambiente de trabajo y la corporización de los padecimientos.

Palabras clave: Salud Laboral; Residuos; Ambiente; Argentina.

Sentidos nativos del riesgo sobre la salud y el medioambiente desde una perspectiva de géneros en Morse (Buenos Aires)

- Lucero, Paula Aldana. CONICET - UNSAM.

El objetivo de este trabajo es conocer los sentidos nativos sobre el riesgo a la salud y el medioambiente sobre el uso de agrotóxicos desde una perspectiva de géneros. El trabajo de campo se realizó en Morse, partido de Junín, (Buenos Aires) una zona dedicada principalmente a la agricultura extensiva. La construcción de los datos primarios se logró mediante un abordaje etnográfico que incluyó observaciones participantes en talleres realizados sobre medioambiente en la escuela primaria del pueblo en 2016 y 2017. En el cual participaron maestras, madres de niñas y niños que asisten a la escuela y funcionarias públicas. Las conclusiones se orientan a que a pesar de que en Morse no haya organización social que se oponga al modelo productivo actual, y a primera vista pareciera que "no pasara nada", al abordar específicamente los sentidos sobre el riesgo de las mujeres, se observa que el uso de agrotóxicos y sus implicaciones

a la salud y el medioambiente es visto como una problemática que está invisibilizada como colectivo, pero que se manifiesta de forma individual en privado y al interior de los hogares.

Palabras clave: Salud; Medioambiente; Géneros; Riesgo; Agronegocio.

Relaciones entre las prácticas de cuidado de las trabajadoras rurales y el vínculo laboral con las empresas tabacaleras en el Valle de Lerma

- Suarez, María Eugenia. Universidad Nacional de Salta.

Las condiciones laborales de las trabajadoras rurales en las empresas tabacaleras están afectadas por la organización de la empresa moderna tabacalera. La actividad productiva del tabaco en el Valle de Lerma representa la actividad económica más importante de la región del NOA. La producción orientada en un mercado internacional ha reconfigurado la organización del espacio rural social y la organización de la producción se sostiene básicamente en el trabajo precario de trabajadores y trabajadoras. En este contexto, las economías campesinas experimentan fenómenos de "desagrarización" con escenarios de multiempleo rural junto a migraciones y asalarización de la población urbana y rural sin tierra que ingresa a los empleos agrícolas temporales (De Grammont, 2009). Transformación que tiene efectos diversos en la economía doméstica en cuanto a la organización de las condiciones de reproducción y de las prácticas domesticas de cuidado y atención. En tal sentido, en este trabajo se indaga en la diversidad de situaciones laborales de las mujeres, problematizando su funcionalidad consignada como "ayuda familiar", la reorganización de los roles de cuidado frente a la precariedad del trabajo asalariado femenino. Para ello, avanzamos en una descripción de las dinámicas internas que ha experimentado la organización familiar rural frente a la incorporación de lógicas de trabajo propias de agroindustria, los marcadores de desigualdad en las categorías de género en relación al mundo laboral y al rol de cuidado que recae sobre las mujeres. A través de entrevistas en profundidad y el análisis de las trayectorias de vida de mujeres trabajadoras del tabaco en el municipio de Cerrillos se busca reflexionar acerca las transformaciones de las nociones de "cuidado", "ayuda" y la relación con el carácter temporal del trabajo con el objetivo de dilucidar las condiciones sobre las que se apoya desigualad de género.

Palabra clave: Trabajadoras Rurales; Cuidado; Trabajo.

Grupo de Trabajo Nº 9

Sistemas y Servicios de Salud

Investigaciones científicas y experiencias de gestión

Coordinadorxs:
- Diego Díaz Córdova (UNLa)
- Marina Gabriela Zunino (UNLa//UNDAV)

Comentaristas:
- María José Luzuriaga (UNLa)
- Mora Castro (UNAJ)

Innovación tecnológica en el sistema de derivaciones de la Red del Sudeste Bonaerense: Una aplicación web al servicio del profesional de la salud

- Barbis, Elizabeth. Secretaría de Salud (Quilmes); Secretaría de Salud (F. Varela); Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).
- Pereyra, Marcelo. Servicio de Pediatría. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, F. Varela.
- Castro, Mora. Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- Favero, Elizabeth. Secretaría de Salud (Quilmes).
- Fontana, Silvina. Secretaría de Salud (Alte. Brown).
- Valiente, Estela. Secretaría de Salud Pública e Higiene (Berazategui).
- Borturo, Melisa. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Kirchner, F. Varela.
- Scaramutti, Isabel. Secretaría de Salud Pública e Higiene (Berazategui).

- Graziano, Ana. Servicio de Pediatría. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, F. Varela.

En el sistema de derivaciones entre especialidades médicas y efectores de salud en la Red del Sudeste Bonaerense, presenta algunas dificultades expresadas en la intensidad y dirección del flujo de pacientes en un territorio específico que combina los partidos de F. Varela, Alte. Brown, Quilmes y Berazategui. Se advierte la necesidad de lxs profesionales de disponer de información sobre los efectores de salud de la región que impide/obstaculiza la correcta y adecuada derivación entre las instituciones, disciplinas, profesionales o niveles de atención, dificultando el acceso de pacientes y familiares a la capacidad sanitaria instalada. La falta de información necesaria para utilizar de manera eficiente los recursos que una Red de trabajo colaborativo e interinstitucional supone, afecta negativamente sobre el proceso salud/enfermedad/atención. Se propuso una herramienta de gestión para mejorar la efectividad en las derivaciones entre los efectores de salud de la región del Sudeste Bonaerense. El formato elegido de la herramienta es una aplicación Web que contenga la oferta prestacional local-regional de manera dinámica, geo-referenciada y de uso amigable, disponible en los servidores de las instituciones de la Red y accesible desde los teléfonos celulares (*Smart Phones*).

Este trabajo presenta el inicio en el diseño y uso de una aplicación web que, por un lado, evita demoras, circulación innecesaria de pacientes y aumento costos de sistema y del bolsillo. Por el otro, facilita la redistribución entre los efectores del territorio integrando la atención entre diferentes niveles de complejidad y espacios geográficos.

Palabras clave: Servicios de salud; Integración regional; Innovación Tecnológica; Conurbano Bonaerense.

Vinculación Estratégica e integración: análisis de calidad de atención entre efectores de la salud de la Red del Sudeste Bonaerense

- Borturo, Melisa. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. N. Kirchner, F. Varela.
- Barbis, Elizabeth. Secretaría de Salud (Quilmes); Secretaría de Salud (F Varela); Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).
- Pereyra, Marcelo. Servicio de Pediatría. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, F. Varela.
- Favero, Elizabeth. Secretaría de Salud (Quilmes).

- Castro, Mora. Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- Fontana, Silvina. Secretaría de Salud (Alte. Brown).
- Valiente, Estela. Secretaría de Salud Pública e Higiene (Berazategui).
- Scaramutti, Isabel. Secretaría de Salud Pública e Higiene (Berazategui).
- Graziano, Ana. Servicio de Pediatría. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, F. Varela.

Antecedentes: Las redes integradas de servicios de salud (RISS) constituyen un conjunto de servicios asistenciales organizados por niveles de complejidad tecnológica ascendente y de complejidad social descendente en espacio geográfico específico (con demanda percibida y una planificación de cobertura). No obstante, los esfuerzos de los países Latinoamericanos, el desafío de instituir servicios de salud más accesibles e integrales continúa siendo una meta (López Puig *et al.,* 2011).

Objetivos: Definir una línea de base para la relación entre los efectores de la "Red del Sudeste" Bonaerense (Berazategui, Quilmes, Florencio Varela y Alte. Brown y El Hospital de Alta Complejidad El Cruce), analizando el grado de integración como proceso y el logro de objetivos en salud como resultado.

Materiales y Métodos: los materiales analizados corresponden a los registros de estructura y capacidad instalada en efectores públicos de salud de la subregión Sudeste Bonaerense y los procesos de vinculación institucionales durante el semestre (diciembre 2017 – mayo 2018).

Resultados: El análisis permite establecer tres dimensiones de integración: la prestación de servicios de salud directos, la rectoría y gestión y, la económica. Pudieron definirse: a) Oferta prestacional del subsector estatal, b) Porcentaje ocupacional de camas de pediatría c) Flujograma de pacientes pediátricos (ambulatorio e internación) d) Estrategias de vinculación entre niveles de atención.

Conclusiones: Los resultados de las relaciones formales nos muestran un modelo de derivación, pero ello no conforma necesariamente una red. Al incluir en el análisis la vinculación como estrategia y las relaciones informales, se puede caracterizar el desempeño interinstitucional y formular intervenciones futuras que aporten a mejorar la calidad vincular entre distintos servicios sanitarios en el territorio involucrado.

Palabras clave: Estrategias de integración; Redes de Atención; Servicios de Salud; Atributos de Calidad.

Hospital de Lezama. Indagación de los vínculos entre la humanización de la salud pública y la construcción subjetiva del paisaje desde la periferia

- Meo Laos, Verónica G. INSOD –UADE.

El siguiente trabajo tiene por objeto exponer los resultados de la investigación cualitativa que se realizó en el Hospital de Lezama, provincia Buenos Aires con vistas a dar cuenta, desde la periferia, en la construcción social de las narrativas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

La investigación de campo enmarcada en el paradigma cualitativo, desde el enfoque interpretativo, empleó la metodología de la historia oral para indagar en el horizonte de creencias acerca de la atención de la salud y el cuidado, la incidencia del paradigma biomédico en los discursos que se establecen entre los profesionales de la salud y los pacientes, así como las tramas de relaciones simétricas y /o asimétricas en las que se ubica el hospital municipal de Lezama respecto de otros centros de salud de la región.

Con vistas a promover la discusión y el intercambio sobre las políticas públicas que inciden en el campo de la salud, la territorialización y cooperación institucional entre efectores (públicos y/o privados) y la colaboración entre profesionales que apunte a consolidar el proceso de salud enfermedad-atención-cuidado (PSEAC), este texto se postula, en primer lugar, como un aporte desde la subalternidad a la elaboración de respuestas individuales y colectivas frente a la enfermedad, el padecimiento y la muerte y, en segundo término, en tanto reflexión teórica acerca de la construcción subjetiva de Lezama y de su hospital municipal en tanto paisajes complejos, o sea, ambientes compuestos por varias dimensiones sensoriales (auditivas, táctiles, olfativas, visuales) que interactúan y en los que los cuerpos se hayan inmersos.

Palabras clave: Salud; Enfermedad; Atención; Paisaje; Periferia.

Políticas públicas y violencia de género, abordajes en tensión en la Región V del Conurbano bonaerense

- Fonsalías, Claudia Cernadas. IESCODE-Licenciatura en Enfermería-DCSy UNPAZ.
- Ferrero, Lía. IESCODE-Licenciatura en Enfermería-DCSyD-UNPAZ

Esta presentación se realiza en el marco del proyecto de investigación "Cuidados enfermeros, políticas públicas y violencia de género.

Usos y resignificaciones de propuestas estatales por parte de la comunidad organizada de José C. Paz" (IESCODE-UNPAZ). Ante una problemática de tan vasto alcance, nos centraremos para esta ponencia en describir y analizar los lineamientos y acciones estatales en materia de violencia de género en tres municipios de la Región Sanitaria V: José C. Paz, San Miguel y Pilar. Para ello, desde una perspectiva etnográfica, realizamos observaciones y entrevistas en los mencionados municipios.

Atentas a las diferencias en los indicadores socioeconómicos y sanitarios, orientaciones políticas e ideológicas entre estos tres municipios, el objetivo de esta ponencia es presentar las continuidades, discontinuidades y estrategias en la implementación de acciones específicas ante problemáticas de violencia de género y la diversidad/multiplicidad de actores involucrados en el proceso. Ello con el objetivo de realizar un mapeo de actores y políticas en la Región, con especial énfasis en el área de salud, a fin de dar cuenta de los sentidos e impacto que tiene la problemática y el abordaje planteado desde las políticas públicas, y como a partir de allí se interviene de maneras diversas.

Palabras clave: Políticas de Género; violencia de Género; Salud; Región V-Conurbano.

Prácticas en Salud Comunitaria. La universidad y los objetivos programáticos de los municipios

- Ferrero, Tamara Daniela. Universidad Nacional de Lanús.
- Aguila, Juan José. Universidad Nacional de Lanús.
- Armand Ugon, Ester. Universidad Nacional de Lanús.
- Castelli, Juan Manuel. Secretaria de Salud de Almirante Brown.
- Fortunato, Mabel. Universidad Nacional de Lanús.

El siguiente trabajo fue desarrollado en el período septiembre-noviembre del año 2017. El desarrollo de la práctica comunitaria estu vo dirigida a articular la responsabilidad formativa de las Universidades nacionales, la necesidad de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de formarse en los principios de la Salud Colectiva y la tarea diseñada desde la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Almirante Brown, para detectar las condiciones de salud de la comunidad del distrito e identificar la población en riesgo que no estaba contenida por el Centro de Atención Primaria de la Salud. Objetivos: Reforzar la articulación entre las unidades académicas y los municipios. Contribuir a solucionar los

problemas que ya han sido diagnosticados/identificados por los organismos de salud de las comunidades. Aumentar la inserción de la unidad académica, en los problemas concretos y de la población. Formar a los estudiantes con sentido crítico y reflexivo. Insertar sus prácticas en escenarios de complejidad, que expresen la realidad y no el ideal desde el cual se formula la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Metodología: A través de un convenio desarrollado entre la carrera de Licenciatura (UNLa) y la Secretaria de Salud de Almirante Brown, 250 estudiantes organizados en 16 equipos de trabajo, 7 docentes, y numerosas promotoras de salud que trabajan en 7 Centros de Atención Primaria de la Salud se implementó el siguiente proyecto. El trabajo consistió en realizar un relevamiento "puerta a puerta" de las necesidades de salud de la población, identificando particularmente los grupos de riesgo (menores de 11 años de edad, embarazadas y adultos mayores con riesgo cardiovascular), obteniendo datos sociodemográficos, cobertura de salud, y asignaciones familiares. Cientos de familias fueron relevadas y la información fue entregada a la Dirección de Planificación de la Secretaria de Salud de Almirante Brown. Resultados: Los resultados de este proyecto se expresaron en niveles múltiples. Desde la experiencia de las familias relevadas, la apreciación fue que el sistema de salud se acercaba a ellos y no a la inversa, por primera vez para la mayoría. Los estudiantes integraron contenidos desarrollados en distintas asignaturas (cultura y salud; enfermería materno infantil; enfermería en adulto y anciano; enfermería en salud mental; educación y salud, salud colectiva, etc.) y desarrollaron una visión crítica sobre las etapas de planificación de los proyectos de intervención, la valoración de los determinantes sociales de la salud, y la complejidad de la articulación interinstitucional. La Secretaria de Salud de Almirante Brown pudo aumentar el radio de conocimiento sobre las características de la salud de la población, fundamental para el diseño de proyectos y programas destinado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por último, para nosotros, como parte de la Universidad, la experiencia fue muy enriquecedora y se dirigió a nuestra razón de ser: formar profesionales reflexivos y comprometidos con el cuidado de la vida humana; favorecer la solidaridad y potenciar el esfuerzo que llevan adelante las instituciones y trabajar para a la comunidad que nos financia y que es objeto de nuestros cuidados. Análisis crítico: Como lo señala de Sra. Rectora de la Universidad Nacional de Lanús, Dra. Ana Jaramillo, las poblaciones humanas se organizan en función de las problemáticas y no de las disciplinas. Esta reflexión remite particular importancia para el diseño de la formación de los estudiantes de las casas de estudio superior. Creer que la respuesta a las complejidades del desarrollo de la vida y la salud de las personas, se concentra en el desarrollo de la tarea de una disciplina, o que el grado académico habilita

a desarrollar certezas sobre lo que el otro, extraño, necesita, es no sólo una muestra de soberbia académica, sino que es absolutamente inútil para resolver los problemas que manifestamos combatir. Conclusiones y/o Recomendaciones: Sistematizar el trabajo colectivo llevado adelante por la Universidad y los organismos/instituciones destinados al cuidado de la salud. Institucionalizar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo continuo y progresivo de las experiencias de articulación.

Centro de documentación de la Salud Pública en la ciudad de Rosario: estrategia para destacar su valor como patrimonio histórico y experiencia sanitaria

- Gerlero, Sandra
- Augsburger, Cecilia
- Dalonso, José
- Moyano, Cecilia
- Pinto, Cecilia
- Taboada, Ernesto

Instituto de la Salud "Juan Lazarte".

Se desarrolla una propuesta de investigación destinada a sistematizar y documentar un conocimiento científico para reconstruir la historia de la Salud Pública en la ciudad de Rosario (1983-2018), a través de la creación de un Centro de Documentación en el Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Desde hace tres décadas la ciudad de Rosario desarrolla una experiencia sanitaria innovadora con eje en la Atención Primaria, la universalidad y la equidad como valores prioritarios. La reflexión crítica en el contexto local y nacional sobre esta experiencia cuenta con destacados trabajos que describen la Salud Pública rosarina en sus diferentes dimensiones. La unidad de documentación se centra en tres áreas que caracterizan el sistema de salud. 1) La política de salud entendida como herramienta estratégica de construcción participativa y colaborativa con el conjunto de actores sociales, 2) La estrategia de Atención Primaria asumida, tanto en su tradición histórica cuanto, en su vigencia actual, como eje rector de los lineamientos del sistema sanitario. 3) El desarrollo de actores sociales en el campo de la salud pública contemplando procesos de investigación y formación. La delimitación de estas tres áreas orientará la indagación del acervo documental, así como la elaboración del archivo oral en vistas a la construcción y recreación de la historia de la Salud Pública en nuestro contexto.

Palabras clave: Centro de Documentación; Salud; Atención Primaria; Medicina Social.

En torno a los procesos de privatización de la salud: Aspectos metodológicos de las búsquedas en línea

- Luzuriaga, María José. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Colectiva
- Zunino, Marina Gabriela. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Colectiva.
- Díaz Córdova, Diego. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Colectiva.

Los procesos de privatización de la salud en Latinoamérica comenzaron a finales de los años 70 y se fueron incrementando con el correr del tiempo, hoy en día ya conforman una parte muy importante de todo el sistema. La investigación sobre estos procesos requiere de múltiples esfuerzos dada su naturaleza compleja. Las categorías no permiten definir con claridad los fenómenos, los datos se encuentran sumamente distribuidos y una parte importante de la información no se encuentra disponible para su análisis. En este sentido es que la aplicación de la Ciencia de Datos, es decir la búsqueda, procesamiento, análisis e interpretación de la información, es una herramienta fundamental para poder dar cuenta de ciertas regularidades o también discontinuidades a lo largo del proceso. La Internet se convirtió en los últimos años en el escenario donde la mayor parte de la información ocurre y por lo tanto es una fuente inestimable de estudio. Pero dada su magnitud, se requiere del uso de herramientas específicas en las diferentes etapas de la investigación. Para la búsqueda es necesario contar con algunos dispositivos que la automaticen ya que no puede hacerse de manera artesanal. Los *crawlers* son piezas de código que permiten leer los sitios web, siguiendo una dirección URL. Los *scrapper* toman la información y la transforman para que pueda ser leída por humanos o bien para organizarla y luego poder procesarla. En el caso que presentamos acá buscamos y procesamos noticias de diferentes portales vinculadas con los procesos de privatización de la salud en Latinoamérica.

Palabras clave: Privatización; Salud; *Scraper; Crawler*; Ciencia de Datos.

Alcances de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en San Miguel de Tucumán

- Mora Augier, Carla. CONICET-Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Quilmes.

El presente trabajo se enmarca en la investigación iniciada para el trayecto de Beca interna doctoral de Conicet de 2019. Esta investigación procura conocer el estado del acceso a los derechos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en San Miguel de Tucumán, tomando como referencia la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002). Se intenta identificar los factores culturales que inciden en el acceso o no de las mujeres tucumanas a las políticas públicas puntualmente de información, aplicación y/o entrega de anticonceptivos para gozar de una salud sexual, reproductiva y no reproductiva de calidad en la única provincia del país que no ha adherido a dicha ley. Para esto nos propusimos entrevistar tanto a efectores responsables de la salud pública como a las mujeres usuarias del sistema público de salud.

La falta de aplicación de Educación Sexual Integral, el desigual acceso a la información y entrega de métodos anticonceptivos y a una maternidad planificada de las mujeres que no poseen los recursos económicos ponen de manifiesto que existen factores y pugnas culturales sobre la sexualidad en Tucumán que inciden en la implementación real de las políticas de esta índole. Resultados parciales en base a entrevistas realizadas a profesionales del ámbito de la salud pública aportaron datos en este sentido para comprender, al menos inicialmente, que dichos comportamientos se siguen reproduciendo.

Palabras clave: Salud Sexual; Políticas Públicas; Derechos.

Adolescencia: entre políticas y servicios de salud en la ciudad de Bahía Blanca

- Quiroga, Ana Florencia. Departamento de Economía -Universidad Nacional del Sur (UNS).

Esta presentación se desprende de un proyecto de investigación en curso centrado en la construcción de representaciones sociales del embarazo en adolescencia en la población de 12 a 18 años de edad de Villa Harding Green - Bahía Blanca-, entre profesionales de la salud, así como en las políticas de salud vinculadas al tema. En esta oportunidad se presentan resultados parciales de este proyecto centrado en la caracterización de las formas en que se constituye la noción de adolescencia y las acciones propuestas en pos del acceso al sistema de salud de los y las adolescentes, en el devenir de los programas de salud en la adolescencia vigentes en la ciudad de Bahía Blanca y, entre profesionales de la salud vinculados a la atención de dicho segmento poblacional. Se pretende dar cuenta de convergencias y divergencias entre las prácticas y nociones en el contexto de los servicios de salud. Y se propone

reflexionar respecto a cómo los marcos de sentido del sector salud se vinculan con las posibilidades (o no) de acceso a los servicios sanitarios por parte de aquellas personas que constituyen el foco de las políticas seleccionadas. La metodología es de corte cualitativo, combinando análisis de fuentes secundarias – políticas de salud en la adolescencia- y relevamiento etnográfico con foco en entrevistas a informantes clave y observación etnográfica en instituciones de salud.

Palabras clave: Adolescencia; Políticas de Salud; Servicios de Salud; Etnografía.

¿Cómo se organiza el Primer Nivel de Atención hoy? Comparación interjurisdiccional de la organización de la Atención Primaria de Salud en Argentina

- Rosés, María Alejandra. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Desde de la Declaración de Alma Ata (OPS, 1979) la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) ha ido creciendo en todo el territorio argentino, aunque de forma discontinua y desigual. En este sentido, desde los años 70's se han incorporado agentes sanitarios. Esto se dio primeramente con el Programa de Salud Rural de Jujuy (Alvarado, 1968), y posteriormente se fue extendiendo, aunque con diferentes denominaciones, trayectorias formativas y funciones, en todas las provincias del país. Pero lejos de encontrarse integrados a los equipos de salud, estos agentes responden a la gestión de áreas sanitarias, y reportan los datos sanitarios a jefes zonales. Así, al preguntarse por los Directores de Atención Primaria en las provincias uno se encuentra con que su responsabilidad es la gestión de estos recursos humanos. Es decir, los sistemas de salud públicos jurisdiccionales no contemplan en este espacio a otros profesionales o perfiles. Esto permite visualizar a qué obedece la "atención primitiva" con la que a veces se confunde el primer nivel de atención, y aportar al debate sobre la "fragmentación del sistema" y la falta de coordinación entre niveles. De esta manera, el presente trabajo pretende continuar lo propuesto por Rovere (2012). A través de un análisis multiescalar se da cuenta de las diferencias y similitudes del primer nivel de atención en las provincias. Así como el derrotero de las políticas de salud a nivel nacional destinadas a la APS. El objetivo es construir un mapa que pueda señalar los problemas y desafíos en un contexto de políticas públicas federales y descentralizadas.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud; Agentes Sanitarios; Primer Nivel de Atención.

La investigación científica para evaluar y mejorar programas de gestión de la línea de cuidado de la salud: el caso de la navegación de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama

- Straw, Cecilia. UBA-CEDES.
- Schwarz Patricia. INCIHUSA-CONICET Mendoza.
- Yañez, Sabrina, INCIHUSA-CONICET Mendoza.

La navegación de pacientes es una estrategia compleja que implica la incorporación de un nuevo actor en el sistema público de salud. Consiste en que una persona (el/la navegador/a) asista a pacientes para que puedan transitar fluidamente la línea de cuidado del cáncer con el menor número de barreras y sin retrasos. La literatura reporta que la demora en el acceso a los tratamientos contribuye a una mayor mortalidad, sufrimiento por la enfermedad y tratamientos más agresivos y costosos. Los resultados y recomendaciones que se presentan aquí forman parte de una investigación cualitativa, más amplia y en curso, que busca describir, evaluar e implementar una intervención para el mejoramiento del funcionamiento de las estrategias de navegación implementadas en Argentina en 2015. Se realizaron observaciones a la navegadora, entrevistas a pacientes y a miembros de los equipos de salud en la línea de cuidado del cáncer de mama. El objetivo de la ponencia es describir resultados de la evaluación correspondiente a un hospital de la investigación (Mendoza), y presentar las recomendaciones de cambio. Como conclusión general destacaremos la pertinencia y necesidad de la investigación cualitativa en el campo de la implementación de modelos de atención en salud.

Palabras clave: Navegación de Pacientes; Cáncer de Mama; Sistema de Salud Público.

Grupo de Trabajo Nº 10

Salud, ambiente y riesgo

Encrucijadas entre la salud colectiva y el impacto medio ambiental del desarrollo

Coordinadorxs:
- Estibaliz Cuesta Ramunno, Facultad Ciencias Médicas-UNR.
- Claudio Staffolani, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER), CEI-PRO- MAS-UNR,

Comentarista:
- María Andrea Dakessian, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Equipo de Salud Ambiental. UNTREF y UNPAZ.

La vida envenenada. Transformaciones y riesgos en las zonas rurales del partido de Olavarría

- Sarlingo, Marcelo. NURES, Departamento de Antropología Social Facultad de Ciencias Sociales de Olavarria – UNICEN.

Desde mediados de los años ´90 del siglo pasado, la producción agrícola argentina se transformó profundamente a partir de la producción en gran escala de soja transgénica. Entre los impactos socioambientales irreversibles está la dispersión de pesticidas, especialmente glifosato, cuya presencia como residuo en múltiples cadenas alimentarias y en diferentes ecosistemas de nuestro país ha sido ampliamente constatada. A partir de un estudio de caso ampliado sobre el padecimiento de una familia de trabajadores rurales del Partido de Olavarría a los que se les detectó glifosato en la sangre, se articulan analíticamente diversos niveles en los que se resume el contexto de riesgo que se ha creado en toda la región pampeana. Se ponen en

cuestión los procesos de desarrollo agrícola que han modificado el perfil productivo del partido, tradicionalmente ganadero, vinculando estas prácticas con otros procesos de orden industrial, como el uso de combustibles alternativos en la producción de cemento, y los discursos desarrollistas que caracterizan los imaginarios locales desde la segunda mitad del siglo XX. En términos teórico-metodológicos la ponencia en enmarca en la Teoría del Riesgo Sociocultural y en el método de la contextualización progresiva trabajado por Andrew Wajda.

Palabras clave: Glifosato; Riesgo Sociocultural; Estudio de Caso; Pdo. de Olavarría.

"Riesgo Ambiental e intersectorialidad: resultados y experiencias en barrios de la Cuenca Matanza Riachuelo de la CABA"

- Peluso, Maximiliano. Becario en Salud Pública GCBA.

En 2006 la Organización Mundial de la Salud elaboró un informe donde estima que el 24% de la carga de morbilidad mundial se debe a la exposición a amenazas ambientales. Asimismo, se estima también que más del 33% de las enfermedades de los niños menores de cinco años se debe a la exposición a riesgos ambientales y, si se considera la mortalidad en los niños de 0 a 14 años, hasta el 36% de las muer tes pueden atribuirse a causas medioambientales. Si bien la mayoría de los problemas de salud son prevenibles, se encuentra hoy día una emergencia y reemergencia de enfermedades vinculadas directamente a la calidad de vida. En este sentido, es importante pensar las amenazas ambientales no sólo contemplando los riesgos tradicionales asociados a sustancias tóxicas derivadas de la producción industrial, sino también, ligar estas amenazas al ordenamiento territorial de las comunidades y el uso y apropiación que realizan de los espacios y del ambiente. Este trabajo se propone abordar los resultados y experiencias de las evaluaciones de salud ambiental en barrios expuestos a amenazas ambientales de la Cuenca Matanza Riachuelo ubicados en el espacio de la ciudad durante 2017 y 2018, a partir de la articulación intersectorial entre el Departamento de Salud Ambiental de la CABA y la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo.

Palabras clave: Riesgo Ambiental; Intersectorialidad; Salud Ambiental; Cuenca Matanza Riachuelo.

Una mirada interdisciplinaria e intersectorial de la Hidatidosis en la zona periurbana de San Carlos de Bariloche

- Caruso, Paula. Maestría en Políticas Ambientales y Territoriales, FFyL –UBA. Licenciatura en Enfermería-DCSyD-UNPAZ.
- Mujica, Guillermo. Unidad Regional de Epidemiología y Salud Ambiental; U.R.E.S.A Andina.

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria que constituye un complejo problema de salud pública. En la provincia de Río Negro, la enfermedad es considerada endémica, de importancia sanitaria y económica a causa de las pérdidas que produce en la salud de las personas y la merma en la calidad del ganado. Desde 1979, el Programa Provincial de Control de Hidatidosis centra sus actividades de vigilancia en la desparasitación canina, el diagnóstico precoz a población humana asintomática y una serie de actividades de Educación Sanitaria para la Promoción de la Salud. Desde un enfoque mixto (cuali-cuantitativo) esta experiencia se propuso aportar a la mejora de las condiciones sanitarias de la población periurbana de San Carlos de Bariloche. Para ello, se generó información sobre el ciclo de transmisión de la enfermedad, la percepción social de la problemática vinculada a las condiciones de vida de la población afectada y se buscó ampliar las concepciones tradicionales de la categoría *riesgo* en epidemiología a fin de efectuar desde los Centros de Atención Primaria de Salud acciones tendientes al control de la hidatidosis. Presentamos aquí, los resultados relevados desde un conjunto de proyectos –devenidos en actividades interdisciplinarias e intersectoriales- que arrojan diferentes miradas sobre los problemas de salud pública que, en tanto problemas sociales, aportan datos para una mejora en las intervenciones en territorio.

Palabras clave: Hidatidosis; Percepción Social; Interdisciplinariedad; Control Canino.

Representaciones sociales sobre factores ambientales percibidos de riesgo para la salud de poblaciones de la Región Centro

- Staffolani, Claudio. UNR-CEI/PROMAS, UADER.
- Cuesta Ramunno, Estibaliz. UNR-CEI/PROMAS.
- Oliva, Alejandro. UNR-CEI/PROMAS.

- González-Cobos, Julio. FCM/UNR.

Este proyecto (2018-2020) busca conocer cómo poblaciones rurales lideradas por el sector agropecuario vivencian la *encrucijada* (Beck, 1998) naturalizada de ser dueños de sistemas de producción potencialmente contaminantes, al mismo tiempo que portadores en su salud de las consecuencias. La posibilidad de aceptar la remoción necesaria de factores de riesgo ambiental que condicionan la aparición de ciertos padecimientos (como casos de cáncer) implica necesariamente asumir un impacto sobre la propia economía y plantear nuevas reglas de participación de la relación entre el medio ambiente y los procesos de salud-enfermedad-atención. Los objetivos del proyecto son describir las representaciones sociales sobre los factores potenciales de riesgo para la salud e identificar obstáculos y facilitadores que podrían intervenir sobre políticas y estrategias de comunicación. El trabajo de campo se realiza en tres poblaciones de menos de 5.000 habitantes, de cada una de las provincias de la Región Centro. El diseño metodológico del proyecto es de corte cualitativo, consta de casos múltiples y es descriptivo. Se utilizan técnicas de observaciones geográficas, entrevistas abiertas y grupos focales. Hasta el momento hallamos en Santa Fe, que más allá del reconocimiento de los factores de riesgo, la dificultad se establece en la posibilidad de encontrar un ámbito donde dirimir la encrucijada entre la ponderación de la salud y los ingresos económicos.

Palabras clave: Representaciones Sociales; Riesgo Medio Ambiental; Desarrollo.

Justicia ambiental y social: Desafíos para el Empoderamiento legal Comunitario en contextos de segregación socio urbana.

- Echegoyemberry, María Natalia. Abogada, Universidad Nacional del Litoral; Psicóloga, Universidad de Palermo; Magíster en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires.
- Vitale, Pablo. Co-Director de ACIJ, Ex-Coordinador del Área Derecho a la ciudad. Lic. en Ciencia Política, Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales y candidato a Dr. en Ciencias Sociales - UBA.
- Mesel. Felipe. Abogado - UNLP.

Villa Inflamable, se encuentra en Dock Sud, Avellaneda y es una zona marcadamente segregada en términos socioespaciales de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR). En este lugar, hace más de diez años, se

originó una de las causas judiciales más emblemática en materia ambiental. A pesar de la manda judicial, las afecciones a la salud y la calidad de vida de la población de Villa Inflamable son recurrentes y una expresión clara de vulneración de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA). Aunque la profusa intervención de efectores judiciales y tribunales podría hacer pensar lo contrario, el acceso a la justicia de la comunidad no se encuentra garantizado para sus habitantes, por la presencia de múltiples barreras (económicas, administrativas, geográficas, simbólicas, de género). En este contexto de segregación socio-urbana, consideramos necesario contar con estrategias de empoderamiento legal comunitario para revertir las barreras que enfrentan las personas, colectivos y comunidades. Por ello, desde la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) realizamos distintas intervenciones socio-jurídicas: asistencia legal gratuita, asistencia técnica, acciones incidencia y extensionismo jurídico. En ese marco implementamos el "Programa de Formación de Promotoras de acceso a la justicia" en el marco del proyecto de investigación-acción: "Desafiando a la segregación socio espacial en grandes ciudades latinoamericanas: Empoderamiento legal comunitario y acceso a la justicia", con el objetivo de incrementar el repertorio de acción de las comunidades, fortalecer la organización comunitaria, la participación social, garantizar el acceso a la información, la educación en derechos y el acceso a la justicia social y ambiental. Primeramente, se presentan algunos impactos de las intervenciones y se analizan en qué medida han servido para la reversión de barreras en el ejercicio de derechos, incrementar la percepción y gestión del riesgo ambiental, la gobernanza sobre los bienes comunes y en la constitución de ciudadanía ambiental. Se evalúan las fortalezas y limitaciones de las estrategias implementadas. Asimismo, se analizan a partir del proyecto de investigación acción, en qué medida se ha producido un conocimiento a partir del entrecruzamiento de saberes (populares, académicos y técnicos), poniendo en el centro de la producción académica y de las disputas sociotécnicas el relato que surge "con" y "desde" las comunidades segregadas.

Palabras clave: Empoderamiento Legal Comunitario; Justicia Ambiental; Justicia Social; Segregación Socio-Urbana.

La intersectorialidad en el abordaje territorial de problemáticas de infraestructura y acceso a servicios básicos desde el CeSAC N° 16

- Armani, M. F.
- Carrasco, K.

- Chavarria, G.
- Demirjian, F. M.
- Gauna, C.
- Kotzarew, T. E.
- Matusevicius, J.
- Soto, V. I.
- Molina, A.
- Pereyra Martinez, M.
Cesac No 16, Área Programática del Hospital General de Agudos J. M. Penna, CABA.

Desde el Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 16, ubicado en el Barrio de Barracas, CABA, en el Área de la Cuenca Matanza Riachuelo, trabajamos desde un abordaje territorial en el cual surgen diversas problemáticas multideterminadas, relacionadas con las condiciones de infraestructura y el acceso a los servicios básicos que afectan la salud integral de la población. Para su abordaje es necesario un trabajo intersectorial que tome en cuenta estas dimensiones en función de una intervención adecuada. El objetivo de este trabajo es identificar las dificultades para dicho abordaje intersectorial y las alternativas para lograr respuestas estatales integrales. A partir del trabajo territorial se identificaron problemáticas de salud ligadas a la deficiente provisión de agua segura, falta de adecuada conexión cloacal, presencia de basurales y plagas, inadecuada conexión eléctrica, exposición a metales pesados y otros contaminantes. Mientras que en el resto de la ciudad los servicios son provistos por los entes encargados de garantizarlos, en las villas y asentamientos muchas veces son las mismas personas quienes generan el acceso a los mismos, en general en condiciones precarias, mediante estrategias de autoorganización. Por su parte, distintos sectores gubernamentales realizan múltiples intervenciones de manera aislada, desarticulada y esporádica sin tener en cuenta muchas veces la voz de las/os vecinas/os.

Palabras clave: Salud Ambiental; Intersectorialidad; Participación Comunitaria.

Riesgo, Espacio y Salud: Reflexiones en torno a la tuberculosis como problemática de salud pública de las ciudades

- Pereira, Andrés Martín. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Maestría de Políticas Ambientales y Territoriales.

La presente ponencia forma parte de una investigación más amplia en torno a la incidencia de la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires en el período 2017-2020 y más específicamente en un Área Programática delimitada que integra un Hospital General de Agudos del subsector público del sistema de salud.

Con este escrito en primer lugar se pretende explorar la vinculación entre las percepciones y representaciones socio-culturales del espacio en relación a un proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado (Michalewicz, Pierri y Ardilla Goméz, 2014) concreto: la tuberculosis. En segundo lugar, se indagará sobre las diferencias conceptuales entre medio ambiente y territorio como herramientas de análisis propias de la geografía aplicada a una problemática de salud pública específica. En tercer lugar, se colocará el foco sobre las particularidades de la distribución de la tuberculosis como uno de los padecimientos que afectan a las poblaciones urbanas y al mismo tiempo como efecto del proceso de urbanización. En cuarto lugar, se analizará el proceso de construcción social del riesgo (Beck, 2000) en relación al análisis espacial y epidemiológico de la tuberculosis en un contexto urbano poniendo en dialogo los sentidos del término "riesgo" como objeto de análisis (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

La presente ponencia pretende aportar elementos conceptuales que faciliten una mirada crítica sobre los datos construidos por la vigilancia epidemiológica en específico, y en un sentido más amplio sobre la implementación de políticas públicas en salud en escenarios urbanos caracterizados por fuertes inequidades sociales.

Palabras clave: Riesgo; Tuberculosis; Ciudades.

Cuerpos abyectos: paisajes de contaminación y corporización de la desigualdad ambiental

- Swistun, Debora A. Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín (IDAES-UNSAM); Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV).

El estudio etnográfico de los efectos sociales de las enfermedades asociadas a tóxicos provenientes de la actividad industrial en la vi lla Inflamable (polo petroquímico de Dock Sud) puede iluminar las vías por las que las desigualdades ambientales están íntimamente corporalizadas, dando una idea de las implicaciones sociales de esos marcadores(in)visibles de desventaja. ¿Cuáles son los efectos sociales de cargar en el cuerpo un paisaje de contaminación? Retomaré el concepto de biología local de Lock, que sintetiza la forma en que

la biología difiere por la cultura, la dieta y el medio ambiente y el concepto de biología estigmatizada de Horton y Baker que incorpora a la posición de un sujeto en la estructura social. Cuando miramos un cuerpo podemos descubrir marcas e intuir qué las causaron, qué paisaje habita ese cuerpo y cuál es su lugar (pertenencia social) en la ciudad. A este respecto también importa la definición que hace Meneses de la dimensión de lo visible en un régimen visual: lo visible es la dimensión que envuelve el dominio de poder y de control, el ver o ser visto, el darse o no darse a ver, la visibilidad o invisibilidad. La particular combinación de los conceptos de paisaje, embodiment y biología estigmatizada mediados por el concepto de régimen visual, aquí propuestos, podrían ayudar a entender algunas de las vías simbólicas de la reproducción de la exclusión social en la ciudad y facilitar el análisis de la dimensión corporal en los estudios de flujos de contaminación en la ecología política urbana.

Grupo de Trabajo Nº 11

Procesos de salud/enfermedad/ atención/ cuidados en migrantes y refugiados/as

Coordinadorxs:
- Alejandro Goldberg, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras UBA/CONICET
- María Florencia Linardelli, Instituto de Estudios de Género y Mujeres, Universidad Nacional de Cuyo

Comentaristas:
- Brígida Baeza, Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia (UNPSJB)/CONICET
- Lila Aizemberg, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba/CONICET

Interseccionalidad y salud migratoria en contextos sanitarios y laborales restrictivos del interior de la provincia de Córdoba, Argentina

- Aizenberg, Lila
- Saletti, Lorena
CIECS-CONICET-UNC.

La teoría interseccional ha sido reconocida como una herramienta clave para entender la forma en que el género interactúa con otros factores sociales como la clase social, la nacionalidad, la condición migratoria, la etnia, entre otros. En el campo de la salud, la teoría interseccional permite identificar más claramente cuáles son y cómo operan los distintos ejes de desigualdad social en el acceso y uso a servicios de las personas, la imposición discrecional de obstáculos institucionales y también la forma en que los grupos logran superar

las distintas barreras para el cuidado de su cuerpo y de su salud. Este estudio trae la teoría interseccional para iluminar discursos de profesionales sanitarios de primer y tercer nivel de atención y de mujeres migrantes bolivianas trabajando en cortaderos de ladrillos en el interior de la provincia de Córdoba. La perspectiva interseccional permite poner en relieve los diversos ejes de desigualdades que atraviesan la salud de mujeres bolivianas en procesos migratorios caracterizados por un contexto de alto nivel de precariedad laboral e inequidades sanitarias, así como los sentidos e implicancias que estas variables tienen sobre las particularidades que adquiere el cuidado de su cuerpo y la salud en dichos contextos.

Palabras clave: Salud Migratoria; Migración Boliviana; Interseccionalidad; Córdoba.

Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba (Bolivia) en las ciudades de Comodoro Rivadavia (Chubut) y Caleta Olivia (Santa Cruz)

- Baeza, Brígida. Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (UNPSJB)/CONICET.

Propongo el análisis de los itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba (Bolivia) en las ciudades de Comodoro Rivadavia (Chubut) y Caleta Olivia (Santa Cruz), a par tir de sus testimonios y de quienes las "atienden" y cuidan por fuera del sistema de salud oficial. Hemos estudiado diversas problemáticas asociadas a las barreras sanitarias y a diversos condicionantes que se presentan en la atención y cuidados sanitarios a los que se ven sometidas las mujeres migrantes que provienen del sector rural cochabambino y que en gran parte se trata de quechuablantes que comienzan su proceso de aprendizaje del idioma español en las ciudades de la Cuenca del Golfo San Jorge (Comodoro Rivadavia y/o Caleta Olivia).

En las múltiples dificultades y obstáculos que las mujeres migrantes deben ir sorteando se encuentra la posibilidad de recurrir al autocuidado, a la pesquisa de soluciones a través de redes con otros lugares de residencia de sus paisanxs o bien a redes establecidas con familiares del lugar de origen. Entre estas posibilidades se encuentra la consulta y el seguimiento de tratamientos vinculados a prácticas curanderiles a la cual no sólo acuden migrantes sino también

la población nativa ligada al mundo rural mapuche-patagónico. Además de activar una serie de dispositivos que forman parte de los conocimientos que "todas" dominan o se encuentran en camino a dominar, tal como el empleo de plantas curativas o determinados rituales de curación. De este modo, orientaremos el análisis no sólo de los itinerarios terapéuticos sino también del pluralismo asistencial presente en los casos que nos encontramos indagando desde una perspectiva etnográfica en dos ciudades patagónicas de la Cuenca del Golfo San Jorge.

¿Qué conocemos de la salud de las personas migrantes?

- Domínguez, Camila. Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Las migraciones son eje de atención para quienes gobiernan el Estado argentino desde su conformación. El acceso a los servicios de salud, ha sido arena de debate y con mayor profundidad cuando los recursos escasean y se necesita a ese otro que "viene a tomar lo que no le pertenece". Ahora bien, a la hora de discutir sobre las condiciones y acceso a los servicios de salud de las personas migrantes, existen muchos interrogantes que no son fáciles de saldar por quienes intentan acusarlos de toda problemática en torno a la salud, como así también para quienes luchan por desenmascarar ese discurso y colaborar con el respeto a sus derechos. Conocer las condiciones de salud de las y los migrantes en Argentina es toda una hazaña, una tarea casi imposible de resolver. Existen muchos esfuerzos que intentan dar cuenta de cuáles son las condiciones de salud y cómo se vulneran los derechos de quienes migran desde experiencias concretas en diferentes centros de salud. La difícil tarea para ampliar ese conocimiento, se debe en parte, a la falta de información disponible, y esto es una situación mencionada en muchas publicaciones como así también una problemática sentida por las organizaciones de migrantes y refugiados que luchan por su sobrevivencia. Conocer qué es lo que existe disponible, aunque resulte escaso, puede acercarnos a pararnos en terrenos más firmes para disputar sentidos y políticas públicas.

Palabras clave: Migraciones; Salud; Fuentes de Información Oficiales.

Entender y atender la enfermedad respecto a la movilidad de los sujetos. El caso de la tuberculosis

- Bidegain, Evangelina. CIESAS. México DF.

La movilidad de poblaciones a causa de guerras y/o desempleo ha generado medidas epidemiológicas que buscan el registro y la detección de enfermedades infectocontagiosas, desde zonas de alta endemia a otra de baja endemia. En el caso de la tuberculosis pulmonar, la prensa la asocia a la llegada de caravanas de migrantes. Así sucedió en el norte de México, entre el 2016 y 2017. Sin embargo, la movilidad es parte de la vida cotidiana, asociada con modos y medios de subsistencia y actividades de ocio y reciprocidad con grupos primarios y secundarios. En una etnografía que desarrollé entre 2016 y 2017 doy cuenta de la movilidad entre pacientes bajo tratamiento por tuberculosis, en residentes establecidos en la ciudad de Ensenada, a unos 86 km de la línea de frontera con Estados Unidos. Similar situación identifiqué en Puerto Iguazú, en Misiones anteriormente. Si bien hay diferencias entre varones y mujeres, los motivos de la movilidad y entre distintas edades. Planteo una propuesta de registro etnográfico que discute cómo se lleva a cabo el estudio de contactos dentro de servicios públicos biomédicos de atención. Los estudios acerca de migrantes y refugiados, destacan la precariedad de la vida cotidiana y la desigualdad socioespacial y la relación con la movilidad y no movilidad de sujetos en el discurso jurídico y las políticas migratorias. De la misma manera, propongo considerar las medidas de prevención, control y registro de la biomedicina.

Políticas focalizadas en salud y sus tensiones sobre el cuidado: Mujeres migrantes en Comodoro Rivadavia

- Barria Oyarzo, Carlos. CONICET, IESyPPat/UNPSJB.

En este trabajo se presentan algunas aproximaciones que forman parte de una investigación en curso que busca caracterizar las relaciones entre los agentes estatales del sistema de salud y mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia en la ciudad de Comodoro Rivadavia, Patagonia argentina. Particularmente, aquí se busca caracterizar la gestión cotidiana de la política en salud que tiene como destinatarias a mujeres migrantes, analizando la producción y la gestión de la salud y el riesgo por parte de agentes estatales que dan cuenta de lógicas de la salud pública que se codifican en contextos de desigualdad.

Este trabajo es pensado en y desde la etnografía, presentando parte del trabajo de campo realizado entre los años 2016 y 2018 en dos centros de atención primaria de salud ubicados en barrios periurbanos de la ciudad, a través del acompañamiento en las tareas cotidianas de “trabajadoras comunitarias de salud en terreno” y encuentros con

profesionales, funcionarios/as del sistema de salud y mujeres migrantes. Desde aportes de los estudios migratorios, la antropología de la salud, del Estado y un enfoque de género interseccional se evidencia una política focalizada y tutelar en lo que respecta a la salud de migrantes que vela una lectura generizada, etnicizada, de clase social y generacional que invisibiliza condiciones estructurales de existencia, fundamentando técnicas de control y subjetivación. A pesar de esto, las mujeres migrantes sostienen y reconfiguran prácticas de cuidado que subvierten o coexisten con aquellas que promueve el sistema de salud.

Palabras clave: Migración; Políticas públicas; Cuidados; Salud.

Aproximaciones a las problemáticas de salud y migraciones en el territorio bonaerense de José C. Paz

- Estrella, Paula. IESCODE-UNPAZ/UNAJ/IIGG-UBA.
- Gagliolo, Agostina. ICA-UBA/IESCODE-UNPAZ.
- Gregoric, Juan José. FFyL-UBA/IESCODE-UNPAZ.
- Hernández, Fabian. IESCODE- UNPAZ.

La localidad de José C. Paz está ubicada en la provincia de Buenos Aires, a 40 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y posee una población de 216.637 habitantes, de los cuales 13. 513 nacieron en el extranjero. Desde la Organización Panamericana de la Salud se ha planteado que las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria que padecen los grupos migrantes representan un problema significativo en la región. En esa línea consideramos que los procesos migratorios de personas y grupos poblacionales -sea cual fuere su duración, composición o causas-, conllevan diversas problemáticas que repercuten en su salud en un sentido amplio.

Hemos planteado como objetivos de esta investigación: a) Describir las características sociodemográficas de los migrantes en el Municipio de José C. Paz; y b) Indagar acerca de los principales aspectos de los procesos de atención a la salud de migrantes desde la perspectiva del personal de salud del primer nivel; en base a entrevistas realizadas a trabajadores/as de dos centros de salud municipales. Para ello nos basamos en el análisis de fuentes secundarias (datos de INDEC, EPH, Ministerio de Salud, bibliografía específica, entre otras) y fuentes primarias (observación participante y entrevistas semiestructuradas a personal del primer nivel de atención de la salud).

Los resultados que se presentan son el resultado de la primera etapa de la investigación en curso "Cuidados en enfermería y población

migrante en el Municipio de José C. Paz", iniciada en diciembre del año 2018. Se trata de un primer acercamiento a las problemáticas de salud y migraciones en el territorio bonaerense de José C. Paz.

Sufrir de espera: Sufrimiento psíquico en solicitantes de asilo y refugiados de origen Latinoamericano en Chile

- Carreño Calderón, Alejandra. Universidad de Los Lagos, Chile.

El aumento de las solicitudes de asilo y refugio en Chile ha sido acompañado con cambios en la ley de refugiados. Hoy en día constatamos que estos cambios se están utilizando para perpetuar el proceso de espera de una respuesta definitiva, que se puede extender por un periodo superior a los dos años. Este antecedente, sumado a las múltiples irregularidades que han llevado a hablar de una crisis del sistema humanitario en Chile (Liberona, 2017), nos ponen frente a la necesidad de indagar las formas en que los procesos burocráticos se instauran como formas de violencia que impactan sobre la salud de las personas que se encuentran en esta condición. En particular, a partir de una investigación etnográfica y cualitativa, nos centraremos en lo que Auyero (2010) describe como "institucionalización de la espera" en personas en situación de refugio y las consecuencias que ésta tiene sobre el surgimiento de síntomas de sufrimiento psíquico. Considerando que la salud mental es uno de los aspectos más crítico en estos grupos, la presentación analizará las formas en las que el Estado chileno está generando condiciones que restringen el derecho a la salud a través de un sistema burocrático que los suspende en un estado de precariedad e invisibilidad permanente.

Palabras clave: Refugiados; Salud Mental; Espera; Antropología del Estado.

Violencia contra las mujeres en contextos migratorios: experiencias, estrategias e implicancias en la salud/ enfermedad/cuidado

- Linardelli, María Florencia. IDEGEM UNCuyo - Universidad de Congreso.

En las últimas décadas, la violencia contra las mujeres migrantes constituye un tema de creciente interés en el campo de estudios sobre género y migraciones. Distintos/as autores/as sostienen que el contexto migratorio expone a las mujeres a diversas situaciones de

violencia: en ocasiones huyen de estas en sus países de origen, pero también las acechan durante el tránsito y son recurrentes en el país de destino, vinculadas a las extremas condiciones en que se realizan los desplazamientos, a las políticas de expulsión de migrantes vigentes en distintos países y a la persistencia de prácticas xenofóbicas y racistas en las sociedades de acogida. En ese marco, la ponencia aborda las experiencias de violencia -y las estrategias de afrontamiento- de mujeres originarias de Bolivia y del norte argentino, vivenciadas en sus recorridos migratorios asociados al trabajo agrícola en Mendoza. A partir de sus relatos de vida, y de la mano de perspectivas feministas, identificamos que estas experiencias lejos referir únicamente a una dramática vivencia individual y privada, con profundas consecuencias en la salud/enfermedad/cuidado de cada una, se encuentran vinculadas con procesos socioeconómicos de escala global, nominados por algunas autoras como procesos de feminización de la supervivencia. Discutimos con la idea de que la violencia que sufren deriva de su presunta vulnerabilidad como mujeres migrantes, y postulamos que esta se inscribe en lógicas político-económicas más amplias, trazadas por el mercado laboral, las regulaciones migratorias y las políticas sociosanitarias disponibles.

Palabras clave: Violencia contra las Mujeres; Migraciones; Salud.

"Procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados en refugiados y refugiadas desde un enfoque transnacional- comparativo".

- Goldberg, Alejandro. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras- UBA-CONICET.

El número de personas desplazadas de manera forzada en el mundo llegó, en 2015, a ser el mayor desde la Segunda Guerra Mundial. El máximo se alcanzó en 2018, año en el que las personas obligadas a emigrar por guerras, persecuciones y diferentes tipos de violencia, fue de 70.8 millones (ACNUR, 2019). Dentro de ellos, las mujeres y las niñas representan alrededor del 50%.

Los refugiados/as sufren diversas formas de violencia física, psicológica, emocional y/o sexual -además de la estructural- en sus países de origen, que en muchos casos se perpetúan durante sus itinerarios de tránsito, e incluso en los países donde los acogen. Diferentes estudios médicos internacionales han identificado trastornos psicológicos en personas desplazadas, entre los que sobresalen los tipos de trauma, el estrés y formas de esquizofrenia. Sin embargo, estos padecimientos

pueden potenciarse en la sociedad de destino ante la incertidumbre relacionada con las solicitudes de asilo, los problemas para acceder a una vivienda digna, la separación familiar, el desempleo, el trabajo precario y la falta de expectativas futuras, entre otras variables. Paralelamente, debido a su inserción mayoritariamente subalterna en la nueva sociedad, quedan expuestos a contraer enfermedades infecciosas prevalentes en contextos de vulnerabilidad social determinados por condiciones de vida precarias, con el agregado de los obstáculos y las barreras que experimentan, con frecuencia, para ejercer su derecho a una atención sanitaria gratuita de calidad.

Palabras clave: Refugiados/as; Procesos de Salud/Enfermedad/ Atención/Cuidados; Enfoque Ttransnacional; Comparativo.

Grupo de Trabajo Nº 12

Tratamientos y padecimientos vinculados a los usos de drogas

Coordinadorxs:
- Florencia Corbelle, ICA-UBA. CONICET
- Ana Leticia Fitte, IIGG/UBA

Comentaristas:
- Silvana Garbi, IIGG-UBA
- Ana Candil, UBA/UNPaz

Espacios de Contención y Orientación (ECO): autocultivo de cannabis y feminismos

- Amanto, Mariana. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Desde la sanción y posterior reglamentación de la Ley de Cannabis Medicinal en 2017 la utilización de la planta de cannabis para cuidados paliativos y en el tratamiento de enfermedades crónicas ha crecido de manera exponencial. Los/as posibles futuros usuarios/as, frente a la falta de asesoramiento por parte de los/as profesionales de la salud, demandan información y asistencia a las agrupaciones cannábicas, así como a las agrupaciones de usuarios/as y familiares de usuarios/as terapéuticos de cannabis. En este trabajo exploro de qué manera Mamá Cultiva Argentina -una asociación de familiares de usuarios/as terapéuticos de cannabis- da respuesta a tal demanda a partir del desarrollo de los "Espacios de Contención y Orientación" desde una perspectiva feminista. Concretamente, se analizarán las formas particulares de orientar y asesorar que el colectivo pone a circular en estos espacios ligando los conceptos de empoderamiento y autocultivo para hacer efectivo el derecho a la salud en el contexto prohibicionista argentino.

Palabras clave: Tratamientos; Padecimientos; Drogas; Feminismo.

Respuestas a los consumos de drogas en contextos de vulnerabilidad social. El Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires

- Azparren, Ana Laura. IIGG-UBA.

Desde el año 2008, el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (conocidos popularmente como *curas villeros*) desarrolla un programa de abordaje de los consumos de drogas denominado "Hogar de Cristo". Actualmente, este programa cuenta con distintos dispositivos (centros barriales, casas amigables, hogares residenciales, granjas) localizados en villas de la Ciudad de Buenos Aires y en otros barrios vulnerabilizados del país. Desde sus dispositivos, brindan atención diaria a cientos de personas con problemáticas de consumo de drogas y de vulnerabilidad social.

En esta ponencia analizo las potencialidades y limitaciones de las respuestas a los consumos de drogas desarrolladas por los curas villeros en el marco del Programa Hogar de Cristo, temática abordada en el marco de mi tesis de Maestría en Estudios Urbanos (presentada y defendida en 2017).

La estrategia metodológica es cualitativa. Realicé observaciones participantes en los seis dispositivos del Hogar de Cristo localizados en villas de la Ciudad de Buenos Aires, y 36 entrevistas semi-estructuradas a informantes clave (sacerdotes, coordinadoras/es, profesionales y ex usuarias/os de drogas).

El Hogar de Cristo se destaca por la accesibilidad que presenta para las personas en situación de consumo de drogas que residen en villas de la Ciudad de Buenos Aires, y por la integralidad de su abordaje, ya que no se centra exclusivamente en sus problemáticas de consumo, sino que abarca una multiplicidad de dimensiones (vivienda, salud, trabajo, familia, acceso a la justicia, educación, etcétera). Asimismo, el abordaje presenta algunas limitaciones, entre las que se destacan el "aislamiento" de las personas en el territorio, y la propuesta del "plan de vida", que entiende a la inclusión social como una tarea individual. Si bien los curas villeros definen el consumo de drogas en estos territorios como una consecuencia de la exclusión social, las respuestas que brindan siguen haciendo foco en el individuo como el principal responsable de su recuperación y de su inclusión social.

La construcción de un modelo de sujeto en comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa

- Güelman, Martín. FSoC. IIGG/CONICET

En esta ponencia, analizo el proceso de construcción de un modelo de sujeto que tiene lugar en dos comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa que pertenecen a redes internacionales y cuentan con sedes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). En particular, busco dar cuenta del modo en que ambas instituciones aspiran a "fabricar" un sujeto que se ciña a un modelo. Este modelo o ideal de sujeto está conformado por una serie de lineamientos o valores prestablecidos que son ponderados positivamente y que luego debieran traducirse en prácticas que se ajusten a lo que institucionalmente es definido como un "camino de rectitud". Los prolongados tratamientos que ambas comunidades terapéuticas ofrecen son el contexto fundamental en que se produce la construcción de este modelo.

El tratamiento en estas comunidades terapéuticas supone la construcción de un nuevo proyecto biográfico y la asunción por parte del residente de un rol protagónico en este proceso. Sin embargo, el residente es compelido a construir este nuevo proyecto biográfico a partir de coordenadas específicas dictadas por las propias instituciones.

Esta ponencia recoge resultados preliminares de mi tesis doctoral. El material empírico analizado se compone de entrevistas biográficamente orientadas que realicé a residentes y ex residentes de las dos instituciones seleccionadas, notas de campo registradas a partir de observaciones participantes en diversas instancias institucionales y materiales elaborados por los propios centros.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica; Consumos de Drogas; Religión; Socialización.

Las Madres contra el paco y el abordaje de los consumos problemáticos desde una perspectiva comunitaria

- López Bouscayrol, Milena. Facultad de Filosofía y Letras- UBA.

A principios del 2000, la extensión del consumo de paco entre niños/as, adolescentes y jóvenes puso en evidencia las falencias de la oferta asistencial existente en el sistema de salud público que debió modificar los criterios y repensar las prácticas para poder asistir a estas nuevas poblaciones, cuando no optó por rechazar directamente su admisión. En este marco, diversos grupos de madres comenzaron a pedir

ayuda para sus hijos/as y, poco a poco, se fueron organizando para pedir al Estado respuestas asistenciales. Así, a la par que "el problema del paco" se instalaba como *cuestión social*, las madres comenzaron a relacionarse con instituciones, funcionarios y ONGs en pos de dar ayuda ya no solo a sus hijos/as, sino a todos/as los/as jóvenes en esta situación. En este trabajo analizamos las formas en que un grupo de madres contra el paco abordó la prevención y asistencia de consumos problemáticos en su barrio. En ese sentido, interesa recuperar cómo comenzaron a abordar la problemática en su comedor comunitario, pasando por la gestión de una *casa* hasta la co-gestión de un Centro de Prevención de Adicciones (CePLA) en conjunto con la SEDRONAR y las diferentes estrategias y alianzas que fueron forjando en el proceso.

Palabras clave: Consumos problemáticos; Tratamiento; Madres Contra el Paco.

Procesos y transacciones en la legitimación de los usos medicinales del cannabis en Argentina

- Sarlingo, Marcelo NURES – FACSO – UNICEN y Barreto, Gastón FIO – UNICEN.

En los últimos tres años, la lucha colectiva por la legalización del uso del cannabis medicinal deja al descubierto un conjunto de procesos que relacionan de múltiples maneras al campo de la medicina, a las políticas estatales en materia de salud pública, a las dinámicas de mercantilización de la salud colectiva y a los conjuntos sociales que sufren diversos padecimientos y recurren a la autoatención para poder continuar viviendo. Un análisis de estos procesos utilizando categorías de la antropología médica crítica se revela interesante para entender el fenómeno que permite por primera vez en Argentina el uso de productos fitosanitarios derivados del cannabis, luego de cuarenta años de estigma y persecución a usuarios recreativos identificados de manera estigmatizante mediante figuras de peligro colectivo y disolución social. El trabajo se basa en la participación de los autores en la coordinación de un curso de medicina cannábica para estudiantes avanzados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNICEN, en el desarrollo de un proyecto de extensión sobre usos medicinales del cannabis y en aportes a diversos ámbitos de divulgación y discusión sobre la lucha por la legalización del cannabis medicinal desde el año 2015.

Palabras clave: Espacios Transaccionales; Cannabis Medicinal.

Cannabis medicinal y recreativo: ponderación antropológica de las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de marihuana

- Lynch, Fernando. Sección de Etnología, ICA, FFy L., UBA.

Se plantea una lectura antropológica crítica de las nociones de salud y enfermedad implicadas en la prohibición de las drogas psicoactivas, de entre las cuales la marihuana constituye un caso paradigmático. En primer lugar, se observa que, según su raigambre religiosa, la noción de salud subyacente a la prohibición reside en el ideal de completa sobriedad inherente a la lógica abstencionista. En concordancia con ello, se destaca que el presupuesto naturalista del diagnóstico de enfermedad atribuido al consumo, en tanto confiere todo el poder a la substancia, conlleva consecuencias de-subjetivantes. A su vez, en tanto la sanción legal y penal impuesta por la prohibición resulta una interferencia del ámbito jurídico en el médico, se advierte que ello perturba una percepción sanitaria objetiva del asunto. Se ejemplifica la tensión entre las nociones de salud y enfermedad implicadas con el debate actual por la legalización del consumo medicinal de cannabis. Se concluye que, en consonancia con los dictámenes del diagnóstico oficial, y en función del predominio de la razón instrumental, se ha producido su aprobación social generalizada puesto que se acepta que en este caso la marihuana es un medicamento. Por el contrario, en tanto su consumo recreativo no conlleva una utilidad manifiesta, terapéutica en particular, sigue siendo considerado una práctica viciosa, con dañinas consecuencias "estupefacientes" que ameritan el mantenimiento de su condena social.

Palabras clave: Salud; Enfermedad; Cannabis; Marihuana.

Grupo de Trabajo Nº 13

Antropología, salud mental y diálogos disciplinares ante procesos transformadores

Coordinadorxs:
- Ana S. Valero, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, LINEA, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata
- Eugenia Rouillé, ICA, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

Comentaristas:
- Silvia Faraone, Coordinadora GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA
- Eugenia Bianchi, GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA- CONICET
- Flavia Torricelli, GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Facultad de Psicología, UBA
- Paula Cantor, Licenciada en Trabajo social, UBA. Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH), IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA
- Milagros Oberti, Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH), IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA

Prescripción de psicofármacos en población infanto juvenil en Atención Primaria. Aporte al debate sobre el derecho a la salud

- Augsburger, A. Cecilia
- Gerlero, Sandra S.
- Mehring, Silvana A.
- Moyano, Cecilia B.
Instituto de la Salud “Juan Lazarte”

Se presentan una investigación que interroga las características de la prescripción e indicación de psicofármacos en Atención Primaria para la población de niñas, niños y jóvenes. El sistema de salud municipal implementó condiciones para disponer y/o continuar con el tratamiento psicofarmacológico en servicios de base comunitaria como premisa básica para facilitar la accesibilidad de las personas a los cuidados. Sin embargo, la magnitud y extensión de los procesos de medicamentalización en la población infanto –juvenil representa hoy una señal de alarma para los servicios de salud mental.

El estudio se orientó a elaborar el padrón epidemiológico de la población de niños/as y jóvenes con tratamiento psicofarmacológico dispensado en Centros de Salud del municipio. Se utilizaron diversas fuentes secundarias y los medicamentos se clasificaron según grupos de fármacos. Se identificó la magnitud de prescripciones y pacientes durante el período de un mes en 41 Centros de Salud, y su distribución conforme la organización territorial de los servicios. Se describieron los principales tipos de fármacos, su distribución por género y grupo etáreo. Se analizó la polifarmacia, y las especialidades de los profesionales que indicaron la medicación. Se refuerza la necesidad de contar con información epidemiológica de la población consultante que permita monitorear la adecuación de los tratamientos evitando procesos de medicalización en la población usuaria.

Palabras clave: Psicofármacos; Prescripción; Infantojuvenil; Atención Primaria de Salud.

Intersecciones entre antropología social y psicología. Experiencias en torno a la investigación/extensión en el campo de la salud

- Avalos, Miguel Alejandro. Antropólogo social. IESyH CONICET UNaM.
- Báez, María Fernanda. Psicóloga. Secretaría de Investigación y Posgrado FHyCS UNaM.

En la presente comunicación buscamos compartir las experiencias desarrolladas, en los ámbitos de la investigación y la extensión, que vinculan a la antropología social con la psicología; al mismo tiempo que buscamos problematizar nuestra propia práctica como actores en el campo de la salud y la educación dando cuenta de las implicancias de complementar las miradas disciplinares.

Palabras clave: Salud; Antropología Social; Psicología; Investigación/ Extensión.

El rol de la salud mental en el acceso a la salud de la población trans. Transformaciones y desafíos en las prácticas de atención (Área Metropolitana de Buenos Aires, 1997-2019).

- Dra. Farji Neer, Anahí. IIGG- FSoC- UBA.

En Argentina, la Ley 26.657 de Salud Mental aprobada en 2010 afirma que en ningún caso pueden hacerse diagnósticos en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o identidad sexual. Por su parte, la Ley 26.743 de Identidad de Género sancionada en 2012 eliminó los requisitos judiciales -que incluían pericias psiquiátricas de evaluación diagnóstica- para acceder a los cambios registrales de sexo y nombre, así como a los tratamientos médicos para adecuar la corporalidad a la identidad de género.

En relación con la entrada en vigencia de la Ley de Identidad de Género, el principal desafío que atraviesa la atención psicotera- péutica es el de constituirse como herramienta de acompañamiento de carácter electivo en el marco de un paradigma de atención integral de la salud que garantice los derechos de los/as pacientes. Para ello resulta necesario realizar una revisión de los modos en los que el campo médico local entendió el rol de la salud mental en el marco de la atención de la salud de la población trans con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género. Prestando atención a ello, en este trabajo analizo los sentidos que profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires involucrados/as en los tratamientos de construcción corporal trans otorgaron a la psicoterapia en el período 1997-2019. Analizo un corpus constituido por entrevistas a profesionales de la salud, exposiciones públicas y artículos publicados en revistas de medicina.

Palabras clave: Psicoterapia; Despatologización; Identidad de Género; Salud Transgénero; Salud Integral.

Acciones colectivas en el campo de la salud mental, los procesos de crianza y las infancias: la inclusión de la mirada antropológica y la etnografía

- Parra, Marcela Alejandra. Facultad de Ciencias de la Educación (UNComahue).

A través de la presente ponencia quisiéramos presentar los avances del *Proyecto de Investigación "Salud Mental, Procesos de Crianza e Infancias: entre la Acción Comunitaria y las Políticas Públicas"* (C140-FACE- UNCo) en el cual nos proponemos identificar y comprender acciones comunitarias vinculadas a la salud mental y los procesos de crianza de las infancias en las provincias de Neuquén, Río Negro y La Pampa durante el período 2018-2020.

El *contexto teórico* que guía esta investigación está conformado por dos grandes ejes: 1) teorías que nos permiten comprender las acciones comunitarias y las políticas públicas; 2) concepciones de salud mental, procesos de crianza e infancias.

La *fundamentación epistemológica* se inspira en las Epistemologías Feministas y en su concepción de un conocimiento situado, así como también en las Epistemologías del Sur las cuales revalorizan los saberes producidos en el marco de las luchas sociales y protagonizados por poblaciones subalternizadas.

La *estrategia metodológica* implementada es eminentemente cualitativa y está constituida por dos grandes momentos: 1) identificación de acciones comunitarias vinculadas a la salud mental y a los procesos de crianza de las infancias que existen en las provincias mencionadas; y 2) orientado a la caracterización en profundidad de algunas de dichas acciones habiéndose previsto trabajar con al menos seis experiencias. Para ello se están utilizando múltiples dispositivos de producción de datos (revisión de documentos, observaciones, entrevistas, etc.). El análisis de datos se está realizando de manera conjunta a su producción de datos basándonos en el concepto de triangulación metodológica e inspirándonos en la teoría fundamentada y en el método de comparación constante.

En *esta ponencia* se presentarán algunas reformulaciones y precisiones realizadas a nivel del contexto teórico de la investigación; los resultados de la primera etapa del trabajo de campo; y se presentarán las experiencias a ser investigadas en profundidad durante la segunda etapa del proyecto, los criterios que fundamentan la selección de las mismas y los preparativos de la segunda etapa de trabajo de campo.

Saber, poder y subjetivación. Los medios de comunicación ante los procesos de reforma en salud mental en Argentina: la internación como analizador

- Oberti, Milagros Luján. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Valero, Ana Silvia. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; LINEA, FCNYM, UNLP.

- Bianchi, Eugenia. CONICET, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Cantor, Paula IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Faraone, Silvia. IIGG; Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Torricelli, Flavia. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Los medios de comunicación desempeñan un papel crítico en las formas de vinculación entre la sociedad y las políticas públicas en el campo de la salud. En particular, su rol cobra especial relevancia ante los procesos de reforma en salud mental en curso en Argentina tendientes a promover cambios desde un enfoque de derechos de los sujetos con padecimiento psíquico y las formas de atención y cuidado. La ponencia planteará un análisis innovador de los procesos transformadores en salud mental, en tanto retomará la especificidad del encuadre disciplinar de las ciencias de la comunicación social a partir de una exploración del tratamiento en los medios de comunicación del periodo enero 2019 - agosto 2019 en torno al proceso de internación por motivos de salud mental en instituciones monovalentes, de características manicomiales y en neta contradicción con el marco normativo vigente (Ley 26.657). Dicho marco normativo, aún en proceso de implementación, establece la sustitución de los hospitales monovalentes reconduciendo el proceso de atención en salud mental hacia un modelo basado en abordajes comunitarios. En este contexto, entendemos a los medios de comunicación como dispositivos de saber, poder y subjetivación, conformados como actores específicos para contribuir a la construcción de sentidos, valores y representaciones relativos a la salud mental para una gran parte de la sociedad, empleando mecanismos de des/legitimación, des/información y des/sensibilización.

Palabras clave: Salud Mental; Saber; Poder; Medios de Comunicación; Internación.

El peso de la Ley: un acercamiento al modo en que la normativa vigente en salud mental es considerada en el desarrollo de los procesos de internación y externación de un Hospital monovalente de la CABA

- Rouillé, Eugenia. ICA, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Esta ponencia parte de un trabajo antropológico que describe y analiza aspectos relativos al proceso de atención de los padecimientos mentales en un Hospital monovalente de la CABA, atendiendo

específicamente a los procesos de internación y externación que resultan de una compleja articulación entre las condiciones estructurales, institucionales, las normas regulatorias, las formaciones disciplinares y las singularidades de las/los profesionales implicados/as y las personas que demandan atención. En cuanto a los aspectos metodológicos, se han implementado técnicas propias del abordaje antropológico: observaciones, entrevistas en profundidad y otros encuentros conversacionales, recorriendo diferentes puntos de vista, posicionamientos y prácticas identificadas a partir de las observaciones y entrevistas realizadas con trabajadores/as del Hospital.

Este trabajo se centra particularmente en cómo la Ley 26.657 es referida por parte de los/as profesionales y sus posicionamientos al respecto, identificando la tensión existente entre el denominado *cambio de paradigma,* y un efecto *como sí* [de aceptación y aplicación de la Ley] por parte de algunos/as profesionales. El interrogante se manifiesta entonces a modo de ¿cambio de *paradigma* o *ficción legal*?

Asimismo, focaliza en la modalidad que adquiere diariamente el trabajo en equipo, relacionándolo con lo que la Ley estipula respecto al trabajo interdisciplinario. Considera las particularidades de vinculación e interacción entre profesionales provenientes de diversas disciplinas, las relaciones de hegemonía y sulbalternidad implicadas, los efectos que esto genera en el proceso de atención, las conceptualizaciones de los/as profesionales respecto de la interdisciplinariedad, sus alcances y principales limitaciones.

Palabras clave: Cambio de Paradigma; Ficción Legal; Interdisciplina; Salud Mental.

Grupo de Trabajo Nº 14

Desafíos en torno a las transformaciones sociopolíticas en el abordaje de la discapacidad
Del modelo médico rehabilitador al modelo social

Coordinadorxs:
- María José Campero, Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA) y Hospital Durand (CABA)
- Marina Heredia, Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA) y Programa de Antropología y Salud (ICA, FFyL-UBA)

Comentaristas:
- Verónica Rusler, Coordinadora del Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA)
- Verónica González Bonet, presidenta de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI)

Discapacidad en la infancia: el Certificado Único de Discapacidad como política pública

- Levin Axel, Programa Discapacidad y Accesibilidad SEUBE, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Este trabajo se centra en analizar cómo el Estado argentino determina la *discapacidad* en la infancia. La investigación, cuyo enfoque fue et nográfico, tuvo de referente empírico al Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Enfocándome en las Juntas de evaluación pediátricas y en las familias solicitantes del Certificado Único de Discapacidad, analizo algunas de las representaciones que repercuten en las decisiones tanto de las profesionales como de las familias. En este sentido, a lo largo de la investigación abordo la relación entre los *estigmas* (Goffman, 1963) de la *discapacidad* y

la adquisición de beneficios de excepción mediante el certificado. También, la influencia del factor *económico* en la determinación de la *discapacidad*. En esta línea, destaco el carácter *prescriptivo* (Bourdieu, 1981) de esta política estatal para pensar la formación de un *habitus de la discapacidad* (Ferrante y Ferreira, 2009) desde la infancia.

Palabras clave: Discapacidad; Infancia; Estigma.

Discapacidad intelectual aproximaciones al debate en torno a los procesos de inserción laboral en un Hospital Municipal

- Calabrese Reynoso, María Guadalupe. FFyL – UBA.

El siguiente trabajo tiene como base el análisis la observación participante hecha durante los años 2014 en un taller protegido para personas con discapacidad intelectual. El mismo tiene distintas áreas de trabajo, entre las cuales se encuentra el "kiosquito del hospital". Allí jóvenes y adultos desarrollan su trabajo en el hospital vendiendo artesanías hechas por otro de los espacios de trabajo que es el vivero. Su rutina de vendedores, por más de una década en el espacio del Hospital ha generado vínculos de cercanía y proximidad con las distintas áreas y trabajadores de la salud. Su presencia es reconocida y afectuosa generando incluso permisos para el acceso a áreas restringidas. Ahora bien, ellos no forman parte de los trabajadores del hospital y esto trae tensiones sobre las formas de habitar el espacio. El Hospital como espacio público debe albergar un cupo de trabajadores con discapacidad el cual no es respetado y estos grupos quedan periféricos. Entonces, ¿qué posibilidades brinda el poder tener acceso al hospital todos los días? A partir, de las observaciones se ven como estos vínculos permiten un acceso agilizado a las consultas médicas, ya sea por conocer las burocracias o mismo por la cercanía permitiendo una mejora en la calidad en el trato en las relaciones médico-paciente. A su vez, personas con discapacidad intelectual interactuando dentro del cotidiano del mundo del hospital generan un motor de situaciones sobre las nociones y prejuicios que existen en el común de la sociedad donde se generan discursos entorno a la pena y la infantilización de su vida.

Palabras clave: Discapacidad intelectual; Talleres protegidos; Trabajo/Empleo; Hospital.

Los significados del deporte sordo: identidades en juego y voces silenciadas

- Ferrante, Carolina. CONICET/Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Quilmes.

El deporte sordo nace en 1924 en París y se halla destinado exclusivamente a los miembros de esta minoría lingüística. El mismo, a través de las *Sordolimpiadas,* se extendió internacionalmente configurándose como uno de los patrimonios culturales más custodiados por las comunidades sordas hasta nuestros días. Nuestro país, desde 1953, cuenta con una oferta silenciosa pionera a nivel latinoamericano, activa hasta la actualidad en la defensa de este tipo de prácticas. Sin embargo, desde miradas "oyentistas", global y localmente, el deporte sordo ha sido cuestionado: en una era en la cual desde las políticas de "discapacidad" se lucha por la inclusión, la exigencia de vigencia de un espacio segregado es considerada una medida autoexcluyente. Estas críticas parten de prejuicios que han silenciado las voces sordas. Partiendo de una investigación cualitativa sobre deporte sordo y reconocimiento en Argentina (1953-2018) esta ponencia busca problematizar ¿qué identidades sobre la sordera pone en juego el deporte Sordo? ¿qué significados posee para sus protagonistas? Para este fin se partirá de una mirada socio-antropológica de la sordera y de un corpus compuesto por documentos históricos producidos por la comunidad sorda argentina y de entrevistas a líderes y deportistas sordos argentinos. Los hallazgos visibilizan que el deporte sordo configura un mundo de significados a través del cual se disputa la identidad devaluada imputada desde la mirada clínica terapéutica de la sordera, construyéndose narrativas identitarias alternativas e igualitarias.

Palabras clave: Deporte Sordo; Comunidades Sordas; Sordera; Identidades.

Colaboración Ubicua:7x24

- Guerschberg Karina, Senderos del Sembrador, y Rubinowicz Gustavo, Senderos del Sembrador.

Se presenta la modalidad de trabajo colaborativo implementado por un equipo profesional que presta servicios a adultos con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo. Hemos denominado a nuestra forma de trabajo colaboración ubicua, ya que trasciende las paredes de la institución y promueve un trabajo con toda "la aldea",

en diversos momentos y formatos. Es una postura ética, una forma de estar en la tarea, más que una técnica, donde resulta central no reproducir la opresión que han experimentado dentro de la cultura dominante e incluir todas las voces de las personas involucradas. Vamos construyendo un glosario de palabras, contenidos, identidades culturales a través de la conversación dialógica para poder ir hilando algunas ideas que colaboren con la calidad de vida, como una postura/obstinación filosófica donde no se busca la rehabilitación o la cura. Resistir las fuerzas micropolíticas que nos encierran en guiones desvitalizados y acompañar la búsqueda de una vida que valga la pena.

No tenemos ninguna intención de "desarrollar lo cognitivo", "lo lingüístico" o "la eficacia". Tampoco caemos en la trampa de asociar dificultades para expresarse y capacidad cognitiva. Esta es una decisión de carácter epistemológico, porque consideramos que las dificultades que presentan están lejos de ser de carácter individual, sino que son producto de construcciones interindividuales. Mucho se habla de la discapacidad como cuestión social, como producto de la interacción de la persona con el entorno, pero luego se aborda a la persona como fenómeno individual, relocalizando la discapacidad en su cuerpo.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual; Micropolítica; Ubicuo; Dialógico; Aldea.

Aprendiendo a vivir con Parkinson: pérdida, sufrimiento y grupo de pares

- Strasser, Georgina. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis.
- Bacigalupe, María de los Angeles. CONICET -División Etnografía, Museo de La Plata, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación desde una perspectiva de la antropología médica y cualitativa, en el marco de un taller para enfermos de Parkinson donde se realizan diversas actividades artísticas y deportivas. La indagación tuvo lugar en los años 2010-2011 y se trabajó con sujetos con Enfermedad de Parkinson del taller. El análisis se nutrió de aportes del enfoque interpretativo, del interaccionismo simbólico y de la fenomenología. Los ejes temáticos abordados fueron: síntomas y percepción del malestar, el sufrimiento y el estigma, las estrategias terapéuticas y el valor del encuentro grupal. Se observó que los síntomas de la enfermedad conllevaban una drástica ruptura con el modo de vida previa y afectaban el sentimiento

de autonomía y potestad de la persona, lo que, sumado a la perspectiva de cronicidad y evolución negativa de la enfermedad, ocasionaba un sufrimiento difícil de contrarrestar. Adaptarse a este nuevo estado del ser requirió ir construyendo un nuevo vínculo entre el cuerpo propio y el mundo, deconstruir los hábitos incorporados a lo largo de toda la vida y desnaturalizar aquello que otrora se hicie ra de manera espontánea e irreflexiva. Este nuevo aprendizaje no se hizo sin resistencias, impotencia y desazón frente a las capacidades perdidas. El grupo de pares adquirió relevancia en este contexto, donde el compromiso emocional de cada participante fue construyendo una propiedad emergente del espacio al que asistían, desafiando el estigma social y el marco biomédico desde el que tradicionalmente se entiende la enfermedad.

Palabras clave: Antropología Médica; Enfermedad de Parkinson; Sufrimiento; Grupo de pares.

Desafiando el estigma de vivir con Enfermedad de Parkinson (EP) desde la perspectiva de los ensamblados corporales.

- Bacigalupe, María de los Angeles. CONICET -División Etnografía, Museo de La Plata, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
- Strasser, Georgina. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Una de las consecuencias más adversas de vivir con Parkinson es su impacto sobre la vida social del individuo con EP, condición cuyas manifestaciones pueden generar estigma entendido como fenómeno complejo que se ubica en la interface entre el individuo y el mundo externo. Desarrollamos una observación participante en el contexto de un programa estable de extensión universitaria dedicado a la generación de experiencia estética y soporte social con personas con EP durante los años 2017-2018, desde un enfoque intensivo y cualitativo, realizando un *focus group* y entrevistas con los participantes. En este trabajo nos centramos en los temas el cuerpo parkinsoniano y el yo y el mediambiente. El yo y el medioambiente incluyó los siguientes subtemas: (a) autodescripción de los síntomas, (b) el otro (pareja o compañero) y los otros (familia, amigos, otros con Parkinson) y (c) relaciones con las personas con Parkinson. El cuerpo parkinsoniano incluyó los siguientes subtemas: (a) expectativas sobre la eficacia corporal e imagen corporal, (b) impacto de los síntomas, (c) las pérdidas,

(d) estigma y autoestima y (e) culpa. El cuerpo y sus cambios fueron temas que atravesaron todos los intercambios en las distintas circunstancias. Analizamos la co-adaptación con su cuerpo y entorno que manifestaron los participantes y su resistencia al estigma, en el contexto de su participación en el taller y de la teoría de los ensamblados corporales, a fin de contribuir con datos empíricos y teóricos al desarrollo de una antropología de la salud.

Palabras clave: Antropología de la Salud; Taller de Parkinson; Ensamblado; Estigma.

Red Interuniversitaria Latinoamericana y del Caribe sobre Discapacidad y Derechos Humanos. Espacios posibles de encuentro y transformación

- Katz, Sandra Lea, Universidad Nacional de La Plata y Méndez Marcela, Universidad Nacional de Lanús.

En esta comunicación compartiremos algunas consideraciones sobre el camino recorrido por la Red Interuniversitaria Latinoamericana y del Caribe sobre Discapacidad y Derechos Humanos creada en abril del 2019.

Desde hace décadas que las Organizaciones de la Sociedad Civil han generado acciones frente a situaciones de discriminación y exclusión en la que viven. Las comunidades universitarias latinoamericanas no hemos sido participes del proceso, podemos decir que el reconocimiento de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad a nivel educativo es un fenómeno social de reciente aparición. Ante lo cual varias universidades de la región iniciamos las gestiones para garantizar una universidad accesible. En ese contexto, hemos impulsado redes interuniversitarias nacionales y regionales a fin de compartir conocimientos, experiencias y recursos, con la finalidad de transformarse en comunidades de aprendizaje inclusivas.

Enarbolamos la bandera de defender a la educación como un bien público y social y no como un producto mercantil. Se ha avanzado en políticas de apoyos a estudiantes con discapacidad, nos queda el desafío de trabajar en la curricularización. En pocos años hemos logrado generar un espacio de encuentro y de intercambio de experiencias, publicaciones, investigaciones, pasantías, promoviendo la coparticipación, donde la construcción colectiva y el dialogo desde una posición horizontal y participativa es posible.

Tecnología biomédica y sordera profunda: los entretelones de la convivencia con el implante coclear

- Heredia, Marina. Programa de Antropología y Salud ICA, FFyL, UBA y Programa de discapacidad y Accesibilidad SEUBE, FFyL, UBA.
- Reznik, Lía. Programa de discapacidad y Accesibilidad SEUBE, FFyL, UBA.

La evolución de las tecnologías del sonido y el conocimiento biomédico respecto del oído interno permitieron la convergencia humano-máquina en personas sordas profundas a través del implante coclear. Esto posibilitó la habilitación del sonido en niños/as sin experiencia auditiva o con privación a temprana edad, así como la restitución del sentido auditivo en personas adultas que se vieron afectadas por sordera profunda. A diferencia del audífono, que es un amplificador del sonido, el implante coclear (IC) es una tecnología biomédica compleja que integra una intervención quirúrgica; la adopción de un artefacto -interno y externo- hibridado al cuerpo y un intensivo programa de rehabilitación auditiva. Este proceso de convivencia con el implante instala debates en torno al control técnico-social sobre la naturaleza y el cuerpo y la biomedicalización de la vida, así como reconfiguraciones en las subjetividades e identidades de personas sordas (Foucault, 1990; Menéndez, 1992). A la vez, posibilita a las personas sordas experimentar formas inéditas de relacionarse con el mundo, el cuerpo y otros actores. En esta ponencia nos proponemos analizar los aspectos que involucran la biomedicalización en la experiencia de implantación y rehabilitación de una persona adulta oralizada, con 30 años de sordera bilateral profunda a partir de sus 10 años de edad, y las dimensiones solapadas por la mirada médica en cuanto a la convivencia con dicho artefacto que se configuran como saberes de los sujetos involucrados.

Palabras clave: Tecnología; Biomedicalización; Sordera; Saberes.

La Red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA) es un espacio de encuentro de antropólogxs formadxs y en formación, para intercambiar experiencias y trayectorias de trabajo en diversos campos de actuación en salud (investigación, transferencia, docencia y gestión), integrando las múltiples dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. http://www.redasa.net.ar/

Las II Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA), realizadas en el Centro Cultural Haroldo Conti en noviembre de 2019, pusieron en diálogo los trabajos que numerosos equipos vienen desarrollando en las distintas regiones del país. En este marco, investigadorxs, docentes y profesionales del campo de la salud compartieron los modos en que se han articulado las miradas antropológicas con otros abordajes disciplinarios y en la pluralidad de los campos de interlocución donde llevan a cabo sus tareas.

Este libro es el resultado colectivo del intercambio de las experiencias y trayectorias antropológicas en vinculación con otros enfoques analíticos recreados tanto en los ámbitos formativos como en los procesos de investigación y las praxis en diferentes espacios sociales que abordan diversas problemáticas de salud.

redASA

RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA