Etnografía barrial en salud.
Prolegómeno para el trabajo de campo en espacios sociosanitarios

Horacio Pereyra

Correo electrónico: munayruray@gmail.com

INDES-UNSE

Resumen

Lo que presentamos a continuación pone énfasis desde las ciencias sociales en salud en general, y desde la etnografía en particular, para analizar los procesos sociosanitarios de mujeres-madres en un barrio periférico de la ciudad Capital de Santiago del Estero, Argentina. Para eso las entrevistas en profundidad, observación participante, observación sin participación en el mencionado complejo habitacional y en la Unidad Primaria de Atención de ese lugar, fueron las herramientas que acompañaron el proceso que aquí ponemos en discusiones, a fin de conocer sus alcances, posibilidades y límites en la investigación en salud.

Palabras claves: Etnografía / Procesos sociosanitarios / Mujeres-Madres

Introducción

Este escrito es una parcela de mi Trabajo Final de Grado de la licenciatura en Educación Para la Salud (en adelante EPS) de la Universidad Nacional de Santiago del Estero**.** Problematizo la atención sanitaria en base a unos presupuestos teóricos, que en mí caso surgen de la formación en EPS, involucrando en ésta la perspectiva de Género, lo que a su vez traté de conciliar con mi lugar como habitante del barrio y paciente del centro de salud barrial, lo cual me llevó a seleccionar un problema de salud que tuviera como agentes principales a las mujeres madres del barrio y a las/los profesionales de la UPA en general, y de las/los médicas/os en particular.

Esta organizado de la siguiente manera: **1)** El camino, la estación y la llegada del abordaje etnográfico como perspectiva epistemológica, enfoque metodológico y producto textual de cuestiones sociosanitarias; **2)** caracterizo el trabajo de campo; **3)** Describo el barrio y la UPA en perspectiva contextual para entender los procesos en S/E/A; **4)** En *Un día como todos los días. La cotidianeidad de las mujeres y la batalla en la atención médica*, la vivencia de ellas en planificar y asistir a un la UPA; **5)** *¿Quién es la última? La espera para sacar turno y antes del momento de la atención.* Desde una narrativa de la espera, las estrategias para llegar a un turno **6)** *Distintos y distantes. El poder hegemónico médico y las prácticas tradiciones en salud*. Las tensiones y cruces de saberes sanitarios distintos; **7)** *¿Cuándo no de habla los mensajes dónde están? Afiches,* **8)** Bibliografía.

Etnografía sociosanitaria

Una de las premisas de esta perspectiva es poner en conocimiento las condiciones en que se realizó el escrito, es decir un producto textual situado o contextualizado. A lo cual iremos procesualmente, es decir cómo surgió, las etapas, las llegadas, las mudanzas, etc.

Este trabajo se inicia en mis primeras experiencias sobre el rol de padres y madres como promotores/as de salud en la localidad de los Morales, Santiago del Estero (Banegas, Coronel y Pereyra 2007), observando los modos en que los conocimientos previos adquirían un peso significativo durante el involucramiento de las personas en las acciones socio-sanitarias. A través de dichos saberes y aprendizajes se cuestionaban las concepciones biomédicas preponderantes, participando activamente en la definición y resolución de los problemas. De esta manera las demandas por el cuidado de la salud buscaban incidir en las intervenciones de los equipos sanitarios que hacían foco en los 'cuerpos' desde una visión biologicista. Mediante la contextualización de sus condiciones de vida las familias procuraban sobreponerse a las prácticas de enajenación, tutelaje (Canevari, 2011) y reificación de la conciencia del paciente (Taussig, 1995).

En este trabajo, producto del TFG en Educación Para la Salud –UNSE- (Pereyra, 2014), analicé las representaciones y prácticas sociales en S/E/A de mujeres-madres del barrio Almirante Brown de la ciudad de Santiago Estero. Específicamente el trabajo etnográfico se centró en los vínculos establecidos entre las mujeres y los equipos de salud que desempeñan sus funciones en la Unidad Primaria de Atención del barrio. Dicho proceso de investigación me permitió profundizar en qué sentidos las prácticas socio-sanitarias reproducen y recrean las desigualdades, naturalizando ciertas normas de salud socialmente instituidas (Martínez Hernáez, 2008). Al mismo tiempo la indagación sobre las formas en que las mujeres enfrentaban los problemas de salud materno-infantil me llevó a analizar las articulaciones entre los distintos "modelos de atención": el biomédico, el alternativo subordinado (comunitario-tradicional) y el de autoatención (Menendéz, 1992 y 1994). A partir de dicho trabajo fue posible analizar cómo la lógica pragmática del "Modelo Médico Hegemónico" (Menendéz, 1982 y 1992) generaba situaciones conflictivas con ciertas concepciones y prácticas de S/E/A de las mujeres. Mediante la exploración etnográfica pude advertir cómo la perspectiva biologicista centrada en la racionalidad científica y su carácter individualista y a-histórico reforzaba tanto la subordinación, como también la exclusión de los saberes locales transmitidos generacionalmente, deslegitimando de este modo las prácticas asociadas a los mismos (Comelles, 2004; Menéndez, 2002).

En consonancia, particularmente en el ámbito de la atención médica, las mujeres se constituían en un grupo subalterno, invisibilizándose los determinantes sociales de salud que inciden en sus condiciones de vida (Breilh, 2007).

Desde este punto de mira, "el enfoque etnográfico nos devolvió a los procesos S/E/A su condición de hechos sociales y a la vez develó críticamente las estrategias de encubrimiento que permiten la naturalización de estos fenómenos. Lo importante para nuestro trabajo es que el proceso de S/E/A es percibido como producto cultural de un mundo local de significados" (Martínez Hernaez, 2008).

Trabajo de campo

Hemos trabajado con mujeres madres[1] que asisten al centro de salud del barrio (de 20 a 50 años). También fue necesario entrevistar a mujeres mayores[2] de esa edad, para de esta manera historizar el barrio y la posta sanitaria, es decir reconstruir a través de la transmisión de la memoria de la gente más antigua, por medio de la oralidad, el espacio, el tiempo y el lugar social de la UPA. El trabajo de campo se realizó desde enero de 2013 a marzo 2014.

Las 12 entrevistas[3] a mujeres y 4 a trabajadores/as de la posta sanitaria y las diferentes observaciones fueron llevadas a cabo en una o dos sesiones, cuando fue necesario. Estas se concretaron en los espacios que tenían relación con la atención médica. En la espera para ser atendidas: en las largas colas para los turnos y desde el amanecer fuera de la posta sanitaria y luego en el pasillo de ella. En el consultorio: como pacientes, por la mañana y tarde. Fuera de la institución sanitaria: con las mujeres en los lugares donde se juntan a matear, a jugar a la lotería, etc. en la filas para tratar de conseguir un turno, a lo que ahí se decía, discursos que emergen de la espera para ser atendidas, que se hablan de manera informal bajo la forma de comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones. Coincidiendo con Hita S. (2008) llamaremos información informal, referida a todos aquellos datos en donde no existe la intencionalidad de las preguntas, que suelen ser comentarios, chistes, anécdotas, etc. La información informal resulto ser la mejor herramienta utilizada.

---

[1] Entre la información de ellas están: la escolaridad promedio de 7 grado de primaria, un total de 36 hijos/as, lo cual equivale a 4.2 hijos/as en promedio por mujer.

[2] Estas mujeres en sus años anteriores concurrieron a la UPA, pero debido a su edad (promedio de 67 años) poseen jubilación los que beneficia a tener obra social.

[3] En cada uno de los relatos que citamos se respetó el lenguaje utilizado por la entrevistada, por lo que frecuentemente se utilizan palabras de uso coloquial.

Uno de los aspectos principales de este apartado es que los análisis de entrevistas y observaciones no pueden ser comprendidas fuera del contexto de las representaciones, creencias y prácticas en S/E/A. Por lo cual no hemos trabajado con unidades de análisis, sino, con campos de indagación, ya que captar la acción subjetiva cargada de significado social en lo sanitario, imposibilita ser reducido a unidades, optando de esta manera por una perspectiva que involucre relaciones sociales construidas entre médicos/as-pacientes, pacientes-pacientes, las prácticas tradicionales en salud y la relación que se establece con las biomédicas, el lugar social de la UPA, y al mismo tiempo advirtiendo las modificaciones que estas sufren de acuerdo al peso de lo contextual y temporal, observando qué la naturaleza social, cultural y política del riesgo esta socialmente construida (Lupton, 1999). El mismo permitió acceder no solo a los modos en que las personas (re) significan continuamente su mundo --entendiéndolas como agentes reflexivas y productoras de saberes previos al encuentro con el investigador social (Giddens, 1998)-- sino también interactúan en el marco de determinadas condiciones socio-políticas, proporcionando un tipo de aproximación que permite explorar las concepciones y prácticas en los contextos donde éstas son producidas (Guber, 2001), pero sin olvidar que el mismo está condicionado por el posicionamiento del grupo de pertenencia, resultante de los procesos de hegemonía-subordinación (Bourdieu y Wacquant, 1995; Pacheco de Oliveira, 2006).

El barrio

Escogimos como marco territorial para nuestro estudio el barrio Almirante Brown, ubicado en la zona sur de la ciudad de Santiago del Estero, posee una superficie de 158.00 Hectáreas, con habitantes según el censo 2001. Su nombre actual es en homenaje al almirante Guillermo Brown, nacido en Irlanda que se sumó a la causa de la independencia americana. El barrio se formó en los años 1960 bajo el nombre de Tala Pozo, el cual se constituyó durante el gobierno de Benjamín Zavalia destinado a la localización de migrantes rurales, provenientes de zonas rurales del interior de la provincia, la idea de su ubicación ha sido sostener sus pautas culturales, e ir paulatinamente incorporando los modos de la vida urbana (Legname R. 1986).

De acuerdo a Burguess, E. (1925), Canclini, E. (1982), Galafassi, G. (2008), y sus teorías sobre las zonas concéntricas, ubicamos al sector en el tercer anillo con características de un espacio en transición de la vida rural a la vida urbana, con fuertes costumbres campesinas, sostiene Mazzola, A. (2002) “el paso de la vida rural a la urbana puede efectuarse sin que

desaparezcan los lazos familiares ni los hábitos rurales, e incluso reproduciendo las estrategias familiares de la vida del campo".

La gente del sector del fondo del barrio, son las que a poco se fueron situando, y manteniendo estrategias como por ejemplo: cortar leña para hacer fuego con el fin de cocinar o para prender el horno de barro, del fruto del mistol hacían "bolanchao", de la algarroba patay, aloja, o recolectaban plantas con propiedades medicinales para vender en el mercado armonía de la ciudad. También poseían animales como gallinas, cabritos y huertas. Estas estrategias se vieron modificadas desde hace 5 años con la llegada del asfalto y desde hace cuatro con un complejo de escuelas a la zona (Jardín de Infantes, escuela primaria, escuela de capacitación de adultos). Para ser construido esto-incluido asfalto- los montes, de donde la gente se proveía, ya no existen.

El barrio se encuentra atravesado por el desagüe pluvial sur de Belgrano a Independencia, a los márgenes de este la gente se fue ubicando para vivir con casillas de chapa, plástico y cartón, que cuando llueve demasiado el desagüe se llena y estas casas se inundan.

Gravano, A. (2002), considera a estos sectores "como espacio de reproducción social y material, se diferencia por la tranquilidad, el carácter distintivo de lo obrero, gente de trabajo, la solidaridad vecinal, la confianza y el conocimiento mutuo, la pobreza como rasgo reivindicativo de tipo estructural, manifestándose como espacio vulnerable que afecta al bienestar social". Situamos a la zona como insumo de la reproducción necesaria de las clases trabajadoras, resultado de la división del trabajo y la distribución de la urbanización en la cual los barrios de bajos ingresos se sitúan desde el centro a la periferia, es decir la idea de centralidad de lo urbano va pareja a la de perificidad de lo barrial.

La UPA

La Unidad Primaria de Atención Numero 14 que se localiza en la intersección de calle 6 y Belgrano, a 50 metros del arco "madre de ciudades". Es un punto estratégico ya que facilita a personas de barrios limítrofes como el América del Sur, Ejército Argentino buscar atención médica.

Está construida en un espacio de 150 metros cuadrados aproximadamente. Se divide en guardia-enfermería, consultorio clínico, consultorio odontológico, dirección, oficina de turno, baño.

Los/as trabajadores/as son 26: dos médicas; una odontóloga; cuatro enfermeras; dos Educadores Para la Salud; siete agentes sanitarios; cuatro administrativas; dos personal de limpieza; dos obstétricas y un cardiólogo. La mujer que llega para abrir, lo hace a las 7:00 hs A.M, a las 8:00 hs. comienzan a dar turnos, el horario en que se los da es entre las 7:00 y 8:00 y la atención comienza a las 9:00 hasta las 12:00, y luego por la tarde.

Un día como todos los días. La cotidianidad de las mujeres y la *batalla* en la atención médica

Para comenzar, relatamos, a modo de presentación el acontecer cotidiano de las mujeres y sus experiencias en la UPA.

Los días de semana para las mujeres que asisten al centro de salud, son días agitados. Es cuando hay que levantarse a las 5 de la mañana para preparar el desayuno del marido e ir a la UPA. El ir es su responsabilidad. Se espera que la mujer "proporcione" salud a la familia. La "obligación" es economizar sus tiempos y hacer todo lo que "debe" hacer por la mañana (levantarse a las 5, preparar el desayuno para su marido, ir a la UPA a sacar turno, sin saber si la atenderán por la mañana o por la tarde, levantar a sus hijos/as para ir a la escuela, armar el desayuno para ellos, preparar la ropa y vestirlos/as, luego regresar a la UPA para su atención -si es en ese horario- inmediatamente cocinar para la prole, mientras lxs niñxs llegan de la escuela, debe desvestir a los infantes para que no ensucien la ropa de la escuela).

La mayoría de estas mujeres pasa esta experiencia, Berta[4] es una, tiene 45 años, con siete hijos, 5 vivos y dos *muertitos* –como ella dice-. Vive cerca del desagüe pluvial sur, a dos cuadras de avenida Belgrano, su marido es albañil, todo el día está afuera trabajando. Berta un día antes prepara la vianda para que él lleve a la obra. Dos hijas y un hijo viven en la actualidad con ella, posee una amplia trayectoria o carrera terapéutica doméstica-*upera*. Los recuerdos que en su memoria vienen en cuanto a la atención médica en la UPA son los siguientes

> io y sio toda la vida con la salita, io li **batallao** al médico.
> Io y tenio que **batalla**, como hay gente buena, hay gente que te atiende pa la mierda.
> Tenías que renega pa que te den una caja de leche, y sufrias pa que den una cajita de leche en la sala porque te

[4] Todos los testimonios que citamos hacemos con nombres ficticios, a fin de proteger sus identidades.

> hacían las mil y una, pero uno batallaba y salía adelante (Berta, 50 años, vecina del barrio y paciente de la UPA).

Expongo esto para mostrar cómo la figura de pacientes se construye en base a los sufrimientos locales que las mujeres madres padecen a la hora de concurrir al centro de salud. Ir es el momento de dar ***batalla***. Ella rescata a la gente buena que atiende y condena a la gente que atiende *pa la mierda.*

Otra de las mujeres es Isabel[5], de 33 años, cursó la carrera de obstetricia en la UNSE hasta tercer año, convive con sus tres hijas y su marido, proviene del barrio Independencia (a unos 3 km de distancia hacia el este). Su esposo tiene un taller mecánico en la casa, y un pool-bar sobre la Belgrano, por la noche se ocupa del pool y durante el día del taller. La última niña concurre al jardín, y las otras a la escuela primaria. Ella es quien "obligadamente debe ocuparse de la reproducción doméstica". El momento que fui a su casa, no estaba, pero regresando por la cuadra, la encontré con una de sus hijas en uno de sus brazos y en el otro una bolsa de chizito, la otra niña caminaba bajo su seguimiento, mientras regresábamos le contaba la idea de la charla, llegando, aceptó, mientras el lavarropa encendido se encontraba, "lo y dejao prendido pa que cuando vuelva la ropa este lavada", decía. Así saco dos sillas y comenzamos la charla,

> (…) por eso digo, la espera es tediosa, te molesta, pero nose, **no tienes alternativa más que eso para que te atienda,** io sé que **es feo esperar**, porque esperas, tienes que esperar que te den turno, después que te tomen la presión, y seguir esperando, porque el médico no llega al horario que te tiene que llegar, y siempre hay un conocido de la enfermera que lo atiende, **pero io estoy conforme** (Isabel 33 años).

La parte central de esta cita gira en torno a la espera, aquí vemos "quien detenta el poder, puede hacer esperar, quien se encuentra subordinada, debe tener la paciencia de la espera" (Canevari, 2012). En la parte final, en negrita por nosotros, Isabel reflexiona, que a pesar de la espera y del incumpliendo del horario por parte de los médicos, ella conforme está. Esta

[5] Tres veces fui a su casa, pero en las dos primeras visitas, ella estaba con sus hijas cocinando y preparándolas para ir a la escuela, por lo cual tuve que volver un día lunes, a las 20 horas, para no interrumpir sus actividades.

parte se carga de resignación, y el rol de paciente se construye en la subjetividad resignada. Así se trabaja una paciente, se ***espera, pero io estoy conforme*.**

***¿Quién es la última?* La espera para sacar turno y antes del momentos de la atención médica**

La experiencia de un día es similar a los otros días de lo que sucede en la UPA en el transcurso de la espera para ser atendidas.

Llegue a las 6 A.M, había 4 mujeres, sentadas en el cordón cuneta del frente de la UPA, la fila era según el orden en él, pregunté quién era la última, así quedé quinto en el cordón.

Paulatinamente mujeres llegaban de diferentes puntos cardinales, todas a pie, se saludaban, parecían tener una trayectoria como pacientes de la UPA. A las 6:30 de la mañana una mujer llega y pregunta: *¿Quién es la última para la doctora murha? ¡Porque ella solo atiende 5 turnos!*.

La señora, claro está, incluía a mujeres en su pregunta, *¿quién es la últim<u>A</u>?* En este punto fluyen tensiones entre el observador y las mujeres, ese espacio parecía ser su mundo, el mundo. Reafirmando tal premisa, comenzaron a llegar, todas mujeres, algunas en bici, solo una en moto, con bolsas -en ella poseían se podía apreciar historia clínica, radiografía y demás-, luego llegaron algunos varones.

Una mujer parecía aplaudir, pero los mosquitos estaban cerca de ella: *"me han atacao estos hijos de mil putas",* decía. Parado en ese momento cerca de ella, dos del otro lado conversaban sobre hechos de enfermedad que pasaron y lo que les sucede a sus familias, reflejando la carga que significa para ellas que alguien de la familia se enferme. También es el momento de pedir referencias de *¿cómo atienden aquí?, o ¿qué medico es el mejor?*, como una de ellas preguntaba en la fila.

A eso de las 6:50, se comenzaron a parar, y a realizar fila según el orden de llegada a la par de la puerta, porque sostenían que a las 7, comenzaban a dar turno.

Y así fue, llegó la mujer que brinda turnos, saludó y dijo: *fila chicas* y comenzó a dialogar con las mujeres y tres varones (incluyéndome). Nos amuchamos todas y los varones, y ahí dijo: *hoy vienen todos. ¡Mañana es el último día de la doctora murad!*.

Luego pasamos a la sala de espera, a esa hora éramos 13 mujeres y los tres muchachos. Era el tercero, saqué turno para la "dotora" murhad, me dice la mujer que da turnos: *ella atiende por la tarde, a las 4:30, pero vos tienes que venir a las 4, así te tomamos la presión y hacemos una historia clínica, es tu primera vez ¿qué no?,* pregunta afirmativa, que requiere

un sí. Luego quedé sentado al costado de la ventanilla. Así fueron pasando, me llamó la atención una adolescente que sacó turnos para su madre y dos hermanas[6].

Fui por la tarde, hacía 45 grados, y eso de las 4, dicen *Pereyra,* y sin preguntarme nada, una mujer-en la guardia- supuse enfermera, *sentate* me dice, *pone el brazo aquí*- solicitó poner el brazo tendido en el escritorio- y colocó a la altura de mis bíceps una faja, mientras algo miraba, sin explicación de que estaba realizando, claro que luego me entere, me habían tomado la presión.

Así el espacio de las UPA, se convierte en mundo local de acontecimientos, prácticas y estrategias que circulan en torno al proceso de S/E/A. Desde que sacan turnos por las mañanas y son atendidas por la tarde, hasta la cantidad de turnos que dan los/as médicos/as, 5 por ejemplo en su mayoría, que si hacemos cuenta 15 minutos cada uno, el trabajo de médicos/as ronda a 1 hora y 15 minutos alrededor por día.

Los horarios de entrada de ellos/as varían, la médica por la mañana comienza entre las 8:00 y 9:00, por la tarde entre 16:00 y 18:30, no son fijos. Para tener en cuenta las mujeres vienen a cuesta con sus hijos/as bebes, a esas horas de 45 grados de calor. Entonces las mujeres incorporan como *habitus* la espera por miedo a no ser atendidas, o no poder conseguir turno para sus hijos/as, o acceder a un medicamento. A quienes deberían ser ciudadanas de derechos se las convierte en paciente del Estero (Auyero, 2012).

Integrantes pero no integrados: el poder hegemónico médico y prácticas tradicionales en salud de las mujeres madres.

Anteriormente desarrollamos características de la espera por un turno, ahora analizamos en esa ocasión de relación/interacción de médico y paciente, las situaciones que viven las mujeres cuando poseen un saber cultural en salud y como es abordado por el MMH.

Las prácticas tradicionales en salud se convierten en la depositaria y transmisora del saber acumulado por la sociedad y mantenido a través de las generaciones, saber que constituye uno de los pilares básicos de identidad.

Las claves analíticas de este trabajo se dirigen a entender lo popular y biomédico como conceptos históricos, en continua transformación, revisión por lo grupos operantes.

Esto nos permite entender las tensiones cuando la población del barrio es predominantemente rural o urbana periférica, y donde la tarea de cuidado de salud familiar y comunitaria la realizan las mujeres, debido a que cumplen un rol decisivo en la búsqueda de

[6] Este acto refleja la solidaridad de las mujeres, que por ejemplo una de ellas hace la fila para el turno y luego las beneficiadas, comienzan a llegar.

soluciones frente a las enfermedades, deciden que hacer, a quien consultar, cuando solicitar ayuda (Canevari, C. 1998) cuando el modelo de atención alópata se ha extendido dando lugar a la instalación de prácticas en salud que antes resultaban impensadas en el sector, como la medicalización del empacho, el hipo en infantes o el control de la fiebre.

Con la pluralidad de abordajes la medicina popular al incorporar "prestamos" del saber biomédico que esto demuestra, y no tanto a la inversa, se vislumbra a la UPA y a su consecuente saber médico, como "oficina del Estado", en tanto la primera actúa sobre los cuerpos, y los saberes de esos cuerpos, y el segundo promoviendo y legalizando la primera. Es decir esta "forma de aplicación homogeneizante de la racionalidad biomédica, responde a que los sistemas de salud estatales legitiman y promueven una forma de resolución de los problemas de salud, basada en la racionalidad científica occidental y en una concepción mecanicista del cuerpo" (Chamorro 2005).

Desde este punto de vista la medicina academizada entra en conflicto con otro modo de atención a los padecimientos como es la medicina tradicional, que tiene sus practicantes dentro del ámbito doméstico, y que, como hemos sostenido, incorpora saberes del **MMH**, pero claro está, y coincidiendo con Canevari, Jelin, que la exclusión silenciosa por parte de la batería médica lleva al encontrarse con mujeres que poseen este saber, a desprestigiarlas y sus consecuente saberes son marginados por el solo hecho de ser mujer.

> Mamita te dije que no le pusieras el hilo rojo en la frente!
> io le había contado que pa pararle el hipo le había hecho lo que mi mama me había ensañao, pero se a calentao el hombre (Paz, paciente de la UPA, 47 años).

El derecho a la palabra les ha sido recortado y hasta negado secularmente a estas mujeres. Esto ha contribuido, paradójicamente, a que muchas mujeres "hablen en silencio", o que hablando en voz alta, como demuestra el ejemplo, no sean escuchadas. Las palabras son recortadas y los conocimientos desacreditados, se niega la cultura en salud de las mujeres para crear cultura "profesional".

Esta cultura profesional considera – ya que subalterniza los procesos culturales en salud, inclusive siendo una medicina para todas las culturas y no una medicina para ("esta") cada cultura- saber cómo cuidar la salud de la prole.

Si bien no se podría generalizar, hay mujeres que conocen sobre las prácticas médicas tradicionales, sobre todo las que ya tienen experiencia. Y son ellas las que sufren esta degradación de su saber:

> Lo llevaba a mi hijo con empacho, porque la tirada de cuerito no a funcionao, y llego y le digo al médico lo que a pasao, para que!. Me a dicho de todo culpando de cómo estaba mi hijo. (Alicia, 35 años)

Así, estas mujeres desde antaño despliegan prácticas en la gestión comunitaria y barrial a fin de resolver las necesidades de salud, como la detección, diagnóstico y atención, padecimiento y enfermedades del conjunto de la familia, también la toma de decisiones con respecto a qué hacer ante estas: consulta médica, no médica, autoatención y/o no atención (Weingast, D. 1998).

De esta manera se desconocen las prácticas alternativas a la biomedicina, pero tambien, los conocimientos que las propias mujeres tienen de prácticas trasmitidas de generación en generación. Judith nos decía:

> (…) cuando le agarra fiebre les pongo un paño pero de agua con vinagre, al más chico con el ibuprofeno me le hago bajar la fiebre, un genérico que dan en la UPA o que a veces lo compro.
> **Horacio**: ¿cómo preparas el paño?
> **Judith**: io lo pongo en el platito hondo agua con vinagre y lo mojo. Les pongo bajo las asilas, bajo el cuello y les dejo un rato ahí.
> **Horacio**: ¿quién te ha enseñado?
> **Judith:** ese y aprendio porque a venio mi cuñada del campo, que ella dice que con eso le hacía bajar a los hijos, ella vive en el Simbol (Judith, 37 años, mujer del barrio y paciente de la UPA).

Es un reflejo de la transmisión de los saberes a través de la oralidad, la relación con las propias prácticas culturales en salud que desarrollan les imprimen una forma de relacionarse con el pasado, del mismo modo la construcción/trasformación de ese saber, permite interpretar el significado político y social de estas historias en S/E/A, el cual ha llevado al estudio de diseños e implementación de proyectos globales en salud, observando cómo las

ideas y percepciones de la ciudadanía y la identidad son moldeadas por las desigualdades y las ideologías culturales que configuran la intervención y los procesos de salud.

***¿Cuándo no se habla, los mensajes médicos dónde están?* Afiches, carteles y folletería médica**

Las prácticas de salud en la UPA se estructuran de manera constitutiva entorno a los ejes de "promoción de la salud y prevención de las enfermedades".

La promoción de la salud se desarrolla de distintas maneras, para los efectores/as de salud, *las paredes pueden ser educadoras de la salud*, como una de ellas me decía. Las de la UPA están repletas de afiches, carteles, recomendaciones médicas. Las de sala de espera es el lugar indicado.

Los del ministerio de salud son respecto de pastillas anticonceptivas, Papanicolaou, colocación de DIU, etc. Todos dirigidos a una clase de cuerpos biológico: las mujeres, recurrentes a la UPA.

Cuando preguntamos a una de las trabajadoras, porqué los mensajes de los afiches y carteles, tenían a las mujeres como objetivo de bríndales "promoción de la salud", esto nos decía

> Primero es la que más concurre a la UPA, pero también intentan responsabilizar a la mujer que se encargue de la salud de la familia. ¿A dónde vas si le pasa algo a los chicos?, a la mujer, hasta los programas que se bajan están dirigidos a las mujeres, una concepción machista de la salud (Mujer trabajadora del centro de salud del barrio).

No es necesario un cuerpo machista para subjetivizar a la mujer paciente. Los carteles contienen a nuestro modo de entender un ***metamensaje***, primero de "promoción de la salud" para ser incorporado como norma sanitaria, "así a nivel práctico, la promoción de la salud resulta una respuesta al reconocimiento de "riesgos", donde los parámetros de salud son construidos a partir de una grilla de "factores de riesgo". Es a partir de estos que se ponen en acto estrategias de diferenciación en la medida que son asociados con "comportamientos inapropiados o desviados" (Lorenzetti M. 2012), de las mujeres-madres. Segundo *intentan responsabilizar a la mujer que se encargue de la salud de la familia.* Es decir el Ministerio de Salud, por medio de sus políticas en las upas, no sólo piensa en las mujeres como factores

de riesgo, sino que además, carga moralmente a las mujeres, replicando un mensaje moralcristiano de mujer, pensado para ellas la responsabilidad de la salud familiar.
Además de los nombrados anteriormente, hay dos que llaman la atención, uno en la puerta del consultorio de la odontóloga que decía:

Por favor:

Para consulta de la odontóloga venir cepillado los dientes.

Muchas gracias.

El otro siguiendo el hilo conductor del anterior, sostenía:

Por favor cuidar la higiene personal cuando asisten para:

Consulta médica

Odontóloga

Tratamiento de enfermería (curación, inyección, etc.)

Vacunas

Gracias

Claro está que concurren pacientes sin higienizarse, atmosfera de estricta admisión médica en la salud pública, en tanto del público "limpio".
A propósito Charles Briggs plantea:

> Ideológicamente se proyecta, por medio de una comunicación unilineal, al público destinatario de los folletos, panfletos, afiches de educación para la salud, y toda la propaganda médica, como productores de un discurso y comportamiento, que encarnan la ignorancia, reproduciendo una presunción básica del MMH (…) La ***comunicabilidad*** opera de manera similar al MMH, está construida ideológicamente de forma similar, de tal manera que produce sujetos, los estructura jerárquicamente, reclutando entonces a individuos y colectivos para que se interpelen a sí mismos. Estos "mensajes" recae más habitualmente sobre el "público", particularmente sobre miembros de las poblaciones

> subalternas más duramente afectadas por las disparidades de salud (Charles B. 2005).

Es decir que las mujeres, son situadas ideológica y sanitariamente, no solamente imaginadas por la comunicación en salud sino por la presunción médica hegemónica, como mujeres que deben tener *comportamiento higiénico biomédico* para ingresar a los consultorios.
Las que asisten a la UPA, sostienen sus puntos de vista de estos carteles. Clarisa, nos decía:

> **io creo que puede caer mal**, pero a mí no, porque tengo el hábito de lavarme, io considero que está mal haberlo puesto, porque hay gente que no tiene el hábito de lavarse, porque a veces puedes verlo antes de que te atiendan , y lees eso, y no te has lavao los dientes se va a ir sin que lo atiendan, tal vez no se digo io, **porque se va a sentir medio afectado** (Clarisa, 32 años).

Las personas que no se higienizan pueden caer en la subjetivación de que serán atendidas únicamente "higienizadas".
Una trabajadora de la salud de la UPA nos decía:

> Eso lo pega la enfermera, mandada por los médicos, porque viene gente deplorable.
> (…) Hay gente del costado del desagüe que vive en choza, y esa gente no tiene agua, entiendo que es contradictorio también, como le puedes pedir que venga higienizados, sino tiene agua.

Si tenemos en cuenta que las mujeres son las que más acuden a la UPA, nos dice el cartel que las mujeres *deben ser higienizadas.* La idea es contornear las identidades no saludables, para normativizarlas saludables, siguiendo parámetros de factores de "riesgo".
Los carteles en la galería son demasiados, se dirigen a ellas pero de forma indirecta también, ya que si figura como el de una vacuna para menores, la encargada de hacer vacunar a hijxs es la mujer. Por ejemplo:

Una parte fundamental de tu **derecho a la salud** es el acceso a medicamentos esenciales.
Remediar

Otro en el mismo lugar sostenía:

> Todos los chicos menores de 2 años tienen asegurada su vacuna contra el neumococo, principal causa de neumonía y meningitis.

Esta vacuna contra la neumonía pediátrica, generó polémica en fines de 2007, y se suspendió su aplicación en junio de 2008, con la muerte de 14 bebes. El protocolo Compas diseñado por el laboratorio belga Glaxo Smith Kline (GSK) para probar la eficacia de Synflorix (nombre científico de la vacuna), realizó el experimento en el marco jurídico institucional, con 14.000 menores reclutados en San Juan, Mendoza, Córdoba, y Santiago del Estero. Dentro de esta provincia, los niños del barrio Almirante Brown, fueron blanco de aquella prueba mortal, un trabajador de la UPA, con lágrimas en sus ojos, nos decía:

> No puede ser que ahora agreguen una vacuna como la del neumococo al calendario nacional, sabes que quiere decir eso, que todos los chicos tienen **la obligación de vacunarse**, cuando en el barrio los han usado como conejitos de laboratorio, dos han muerto (…) (trabajador del centro de salud del barrio).

La pregunta es obvia, de que sirve analizar los afiches y sus mensajes, y hacerlo ahora con un cartel que ofrece la vacuna del neumococo.
Estos *gritos en la pared* demuestran como el saber médico a través de su metodología de refutación de laboratorio, utilizó a niñxs del barrio, es decir, si para agregar una vacuna al Calendario Nacional, el conocimiento médico necesita realizar pruebas, te buscan:

> Me acuerdo **me buscaban** en un remis o ambulancia los domingos, era la agente sanitaria, una médica, **y me ofrecían plata** para que los haga vacunar y io ia había escuchao que a unos changuitos del barrio esa vacuna le había ocacionao algo (…), (Rita, 23 años).

La relación que se establece entre equipo médico de la posta y mujeres-madres del barrio previamente identificadas como Rita, es de compra y venta, la corporación compraba

cuerpos para probar una vacuna, para eso era necesario que las mujeres-madres vendieran al de sus hijxs, con la idea de entregarles un dividendo que ellos ofrecían.
Resulta impensado que las mujeres-madres del barrio golpeen la puerta de casa de algún médico un domingo, para ofrecerle la muerte de sus hijxs.
Gustavo Carreras en su estudio *Problemas éticos de la investigación clínica*, referida al análisis ético de esta vacuna, cita a Marchese Ana María, del Hospital de niños Eva Perón:

> En Santiago del Estero hay un reclutamiento no ético de niños, se aprovechan de madres pobres a quienes no les dicen que van a ser sometidos a un protocolo. Les hacen firmar sin leer e incluso los amenazan si quieren abandonar el estudio (Marchese A. citada por Carreras G. 2009).

El primer cartel ofrece el **derecho a los medicamentos,** entre esos el neumococo, esa legislación fue construida a la inversa, violando un derecho, tal opción a ese derecho fue gracias a la previa medicalización de la muerte de niñxs. Hoy es parte del Calendario Nacional de Vacunación.

Bibliografía

- Banegas R. Coronel M. Pereyra H. Rodríguez F. (2008): Informe de experiencia: *La participación de las mujeres en actividades de promoción de la salud*, Los Morales, ciudad de Santiago del Estero, año 2008, cátedra: práctica profesional I y II, UNSE, Santiago del Estero.
- Barri H. (2002) *Hacia una política de medicamentos*. Cuadernos 75, ATE, Buenos Aires.
- Blázquez Rodríguez M. (2011) *Una etnografía en la atención sanitaria*, en *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las practicas académicas y profesionales*, Oriol R., Larrea C. y Fernández J. (Coordinadores), Editorial Bellatera, Madrid.
- Bordelois I. (2009) *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras.* Libros del Zorzal, Buenos Aires.

- Breilh, J. (2007) *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Brigg Ch. (2005) *Perspectivas críticas de la salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales*. Revista de Antropología Social, Año/vol. 014, pp. 101-124, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Cannelotto A. y Luchtenberg E. (Coordinadores) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades.* UNSAM. Buenos Aires.
- Canevari C. (2010) *Cuerpos y culpas, enajenación y tutelaje: violencia contra las mujeres en el proceso de atención del nacimiento*. Tesis de maestría: La sociedad y el poder desde la perspectiva de género. Universidad Nacional de Rosario. Rosario.
- Carreras G. (2009) *Problemas éticos de la investigación clínica*. Ponencia presentada en el 9 Encuentro de Jóvenes Investigadores, Santiago del Estero.
- Castro R. (2011) *Teoría Social y la Salud*. Lugar editorial, Buenos Aires
- Coe R. (1973) *Sociología de la Medicina*. Alianza Editorial. Madrid.
- Coulon A. (1998) *La etnometodología.* Cátedra Colección Teorema. Madrid
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2012) *Psicología de la salud, epidemiología y prevención. Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobre,* artículo publicado en el anuario de investigaciones de la facultad de psicología. UBA.
- Carrillo R. (2012) *Teoría del Hospital*. Biblioteca Nacional. Buenos Aires.
- Epifanio P. (1996) *Historia social de la medicina, época del renacimiento (surgimiento del capitalismo),* DDIRPLE, Buenos Aires.
- Esquivel J (2011) *Representaciones sociales del proceso Salud/Enfermedad/Atención de participantes en el programas sociales de salud pública,* en Iberoforum. Año VI, Nº 11, México.
- Fernández Sacasa (2000) *Los componentes de la práctica clínica*. Revista Ateneo 2000; 1(1):5-9. En http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate01100.htm
- Frankenberg R (2002) *Unidas por la diferencia, divididas por la semenjanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología.* (Traducción: Margulies S. y Roca A.) Cuadernos de Antropología Social pp. 11-27. FFyL-UBA, Buenos Aires.
- García Conde. L. (2013) La frontera, en *Argentina, una historia de frontera. Barbarie, Desarraigo, mestizaje. Claves para una interpretación.* Barco Edita, Santiago del Estero.
- Granada Echeverry P. (2010) *La etnografía en la práctica médica*, en

- Guber R. (2012) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo veintiuno editores, Buenos Aires.
- Genest S. (1980) Introducción a la etnomedicina en *Medicina Tradicional*, vol. II-N° 8. México.
- Giovanni P. (2005) Antonio Gramsci y la antropología medica contemporánea. Hegemonía. "Capacidad de actuar" (Agency) y transformación de la persona. Revista de antropología social, año/vol. 014.
- Gravano A. (1997) Variables de lo barrial y lo barrial como variables en la ciudad intermedia, en *V congreso Argentino de Antropología Social* UNLP, La Plata, Buenos Aires.
- Guber R. (2012) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Hita S. (2009) *La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiologia sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosi.* En salud colectiva Vol. 5 N 1, Lanús.
- Lorenzetti M. (2012) *Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud*. Estudios de Antropologia Social- CAES/IDES. Vol. 2-N° 1, pp. 41-24. Buenos Aires.
- ---------- (2011) *Relaciones interétnicas y practicas de atención de la salud en el Chaco Salteño*, Archivos virtuales de la alteridad americana, Vol. 1, N° 2, 2° semestre 2011, en http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/corpus
- Llovet J. (1989): *Servicios de salud y sectores populares: Los años del Proceso*. Colección: CEDES- HVMANITAS, Buenos Aires.
- Maffía D. (2009) *Cuerpo, fronteras, muros y patrullas*. Revista de UCES, 13 (2), 217-226.
- Martínez Hernaez A. (2008) *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Anthropos, Barcelona.
- Menéndez E. (1982) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza E., México.
- Menéndez E. (2005): *Intencionalidad, Experiencia y Función: la articulación de los saberes médicos.* Madrid, en http://redalyc.uaemex.mx
- Mignolo W. Comp. (2008) *Género y descolonialidad.* Ediciones del signo, Buenos Aires.
- Miranda M. Giron Sierra A. (coordinadores), (2009) *Cuerpo, biopolitica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX.* Siglo XXI, Buenos Aires.
- Passos Nogueira (2008) *La salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich.* Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Perez, A. (2007). *La teoría de las representaciones Sociales*. Revista digital de Psicologia. Cuba, en http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml

- Prece, G. Di Liscia, M. y Piñero, L. (1996) *Mujeres populares, el mandato de cuidar y curar*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Recoder M. (2011) *Médicos, pacientes y consultorio. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/SIDA*. Runa XXXII (1), pp. 63-82, 2011 FFyL-UBA, Buenos Aires.
- Ricoeur P. (2006) *La metáfora y el símbolo,* en *Teoría de la Interpretación. Discurso y excedente de sentido.* Siglo XXI editores. México.
- Ronconi L. (2012) *Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos,* en *Salud Colectiva Volumen 2*. Instituto de Salud Colectiva, UNLa. Buenos Aires.
- Scheper-Hughes N. (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil.* Editorial Ariel, Barcelona.
- Segato R. (2003) *La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho*, Serie Antropológica, Brasilia.
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (1986): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Paidós, Buenos Aires.
- Walsh C., Garcia Linera A. y Mignolo W (2006) *Interculturalidad, descolonización del estado y del conocimiento.* Ediciones Signo, Buenos Aires.