

Universidad Nacional de Córdoba
Centro de Estudios Avanzados
Doctorado en Estudios Sociales de América Latina

LOS MODOS DE PRODUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD Y LA INTERCULTURALIDAD EN
LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD AMBIENTAL

**Tesis para optar por el título de Doctor en Estudios Sociales de América
Latina**

Autor: Mgter. Rafael Carreras

Directora: Dra. María del Carmen Rojas

Co-Director: Dr. Adrián Carbonetti

Córdoba, Argentina

2012

LOS MODOS DE PRODUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD Y LA
INTERCULTURALIDAD EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD
AMBIENTAL

Sumario

Mgter. Rafael Carreras

Universidad Nacional de Córdoba

Directora: Dra. María del Carmen Rojas

Co-Director: Dr. Adrián Carbonetti

En este estudio, hemos elaborado un desarrollo teórico y metodológico sobre sistemas de información en salud ambiental a partir de reconocer como dimensiones centrales los modos de producción de la subjetividad y la interculturalidad, ya que entendemos que ambas vinculan las narrativas del sujeto sobre su padecimiento y las condiciones sociales objetivas.

Producto de esto, analizamos cada una de las dimensiones mencionadas y desagregamos los conceptos en subdimensiones, para así validar cada contenido con un instrumento elaborado para tal fin y lo sometimos a expertos en el tema. Posteriormente y a partir de los resultados arrojados por dicha aplicación, planteamos una grilla temática que contempla características de las subdimensiones y formas sugerentes de indagarlas en el marco de un sistema de información en salud. Estimamos que esto permitirá determinar acciones en epidemiología, tales como programación local participativa, monitoreo en salud o construcción de perfiles comunitarios en salud.

Para este trabajo, abordamos el proceso salud-enfermedad-ambiente desde marcos interpretativos propios y desde enfoques multidisciplinares.

Este trabajo realiza un aporte a los sistemas de información para alcanzar niveles de proximidad a la realidad comunitaria a partir de la inclusión de los modos de producción de la subjetividad y de interculturalidad desde el enfoque de la epidemiología crítica.

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: Fundamentación y presentación del tema.....	13
CAPÍTULO II: EPIDEMIOLOGÍA y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD	28
a) Orígenes y saberes.....	29
b) Los sistemas de información en salud	35
c) A modo de cierre	48
CAPÍTULO III: EPIDEMIOLOGÍA, SUBJETIVIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	49
a) Las fronteras de la subjetividad: delimitación conceptual.....	49
b) Categorías constitutivas	65
c) Consideraciones de los expertos.....	81
d) A modo de cierre	101
CAPÍTULO IV: EPIDEMIOLOGÍA, INTERCULTURALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	102
a) Las fronteras interculturales.....	102
b) Categorías constitutivas	117
c) Consideraciones de los expertos.....	130
d) A modo de cierre	143
CAPÍTULO V: REFLEXIONES FINALES	145
a) Hacia la precisión de temas para la construcción de un instrumento.....	145
b) Sobre factibilidad y aplicabilidad	159
c) Conclusiones	160
BIBLIOGRAFÍA.....	155
ANEXO A	
• Páginas del sitio WEB	
ANEXO B	
• Instrumento de validez de contenido	

ANEXO C

- Glosario

ANEXO D

- Matriz de procesamiento de datos
- Grilla temática orientadora de prácticas para el primer nivel de atención en salud

Lista de cuadros

Cuadro N 1: Sistema de Información en Salud (SIS) y sus subsistemas.....	35
Cuadro N 2: Momentos de la lógica procesual de un SIS en el marco referencial DICCA	38
Cuadro N 3: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “contexto social”. Valores relativos.....	81
Cuadro N 4: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “contexto social”. Valores relativos.....	82
Cuadro N 5: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “contexto social”	83
Cuadro N 6: Utilidad de la información sobre contexto social según niveles de gestión en salud.....	84
Cuadro N 7: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “vida cotidiana”. Valores relativos.....	85
Cuadro N 8: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “vida cotidiana”. Valores relativos.....	86
Cuadro N 9: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “vida cotidiana”.....	87
Cuadro N 10: Utilidad de la información sobre vida cotidiana según niveles de gestión en salud.....	88
Cuadro N 11: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “contingencia”. Valores relativos.....	89
Cuadro N 12: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “contingencia”. Valores relativos.....	90
Cuadro N 13: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “contingencia”.....	91

Cuadro N 14: Utilidad de la información sobre contingencia según niveles de gestión en salud.....	92
Cuadro N 15: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “instituciones”. Valores relativos.....	93
Cuadro N 16: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “instituciones”. Valores relativos.....	94
Cuadro N 17: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “instituciones”.....	95
Cuadro N 18: Utilidad de la información sobre instituciones según niveles de gestión en salud.....	96
Cuadro N 19: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “cultura”. Valores relativos.....	130
Cuadro N 20: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “cultura”. Valores relativos.....	131
Cuadro N 21: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “cultura”.....	132
Cuadro N 22: Utilidad de la información sobre cultura según niveles de gestión en salud.....	133
Cuadro N 23: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “territorio”. Valores relativos.....	134
Cuadro N 24: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “territorio”. Valores relativos.....	135
Cuadro N 25: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “territorio”.....	136
Cuadro N 26: Utilidad de la información sobre territorio según niveles de gestión en salud.....	137
Cuadro N 27: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “estigmatización”. Valores relativos.....	138
Cuadro N 28: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “estigmatización”. Valores relativos.....	139
Cuadro N 29: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “estigmatización”.....	140
Cuadro N 30: Utilidad de la información sobre estigmatización según niveles de gestión en salud.....	141

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación de Ciencia y Tecnología (PICT 2007) “El riesgo de la vivienda urbana para la salud desde la perspectiva de la salud comunitaria y la vulnerabilidad sociodemográfica en las ciudades de Resistencia y Córdoba. Año 2001”. Esta investigación propone, por un lado, determinar el riesgo de la vivienda para la salud en las ciudades de Córdoba y Resistencia, desde las consideraciones teóricas de salud comunitaria y vulnerabilidad global centradas en el análisis de la vulnerabilidad socio-demográfica; por otro lado, persigue justipreciar el método diagnóstico del riesgo de la vivienda para la salud (DRVS).

A partir de un recorrido bibliográfico y de las lecturas realizadas de los avances del proyecto mencionado, identificamos lo siguiente:

- 1) Los sistemas de información en salud ambiental (SISA) constituyen un factor clave para la gestión y posibilitan la denuncia de desigualdades en salud, con el fin de orientar políticas para su reducción (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006). Por otra parte, los programas de prevención y promoción deberían basarse en los SISA para permitir realizar una matriz de intervención, control social y evaluación para el monitoreo de la calidad de las acciones y propuestas epidemiológicas (Breilh, 2003b).
- 2) En la actualidad, la información que ofrecen estos sistemas posee una distancia sustantiva en relación a aquélla relevada en los trabajos de campo implementados por distintos efectores de salud, investigadores y equipos de intervención gubernamental y no gubernamental.
- 3) Existe una carencia de sistemas de información en salud ambiental que aporten al relevamiento, sistematización y construcción de información para la acción epidemiológica, desde la perspectiva del actor.

Desde este estudio, entendemos que un sistema de información en salud que dé soporte a la gestión local debe comprender un conjunto de elementos formado por datos, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCA¹), todos orientados a los conceptos de “ciudadanía” y “equidad social” (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006).

¹ Para estos autores, “un dato es una construcción compleja que, por consecuencia, posee una estructura interna”. La información es conjunto de datos procesados; el conocimiento, en tanto proceso hermenéutico, rompe con la razón instrumental y nos permite pasar del “¿cómo se hace?” al “¿por qué se hace?”. La comunicación nos permite articular el “mundo de los objetos” con el “mundo de los sujetos”, es decir, pasar de una lógica normativa a una lógica en la que intervienen sujetos con sus intencionalidades y sus conocimientos derivados del análisis e interpretación de la información. Por último, se hace referencia a la acción como “acciones estratégicas” orientadas al éxito, y “acciones comunicativas” orientadas al entendimiento. Estas

En términos más amplios, esta investigación pretende contribuir a la construcción de un paradigma nuevo para la información en salud que sea eficaz para reflexionar, analizar, jerarquizar y monitorear las necesidades colectivas, así como para promover la capacidad de generar control sobre las acciones vinculadas a programas y servicios de salud; por lo tanto, consideramos a la información como un instrumento de poder y una herramienta política.

En este sentido, para avanzar en un nuevo paradigma, Breilh (2003b) sostiene un modelo de vigilancia participativo en salud que difiere sustancialmente del modelo convencional, porque se define a partir de tres acciones complementarias: la planeación estratégica (construcción de un proyecto colectivo), el monitoreo participativo (proceso comunitario de vigilancia permanente hacia el propio bienestar) y el control social (implica participación comunitaria en acciones de evaluación y análisis del proceso). Estas acciones promueven el fortalecimiento político y protagonismo comunitario en la gestión en salud.

Es por todo esto que consideramos que un nuevo paradigma de información en salud debe contemplar relaciones directas entre efectores de salud y comunidad a partir de lazos horizontales, para que las mismas personas puedan ser partes de la gestión en salud, esto es, participación en la definición de acciones, jerarquización de necesidades, monitoreo de las actividades, control y distribución de los recursos, entre otros.

Para esto, los sistemas de informaciones actuales, desde las perspectivas presentadas, deberían contemplar la mirada del destinatario y reconocer a sujetos diferentes. En consecuencia, es necesario diseñar instrumentos acordes al territorio en el cual se implementan.

Es así que el trabajo que a continuación presentamos es una propuesta teórico-metodológica que discute y propone una grilla temática orientadora de prácticas para efectores en salud del primer nivel de atención, cuya aplicación permitiría construir una información confiable, próxima a la realidad comunitaria, teniendo en cuenta la subjetividad² y su pertenencia cultural³. Para elaborar el dispositivo, se requirió de

acciones están dirigidas a diferentes colectivos: el propio colectivo de trabajo; otros actores sociales; y organizaciones sociales (Alazraqui, et al, 2006: 2696-2699).

² De manera preliminar, entendemos este concepto como la mirada que el sujeto construye del mundo que lo rodea, su percepción y no sólo las características particulares u objetivas de sus condiciones de vida.

³ Entendemos este concepto como la cosmovisión que el sujeto construye con sus semejantes culturales y que incluye una visión ambiental y relacional que otorga una adscripción identitaria, una pertenencia a un grupo social producido con otros.

discusiones conceptuales y con expertos en la temática que pudieran ampliar el campo discursivo y práctico.

El primer capítulo presenta las especificidades del tema, los conceptos centrales y argumentativos que sostienen los planteos centrales del trabajo, como así también los procedimientos metodológicos dispuestos para abordar el problema y los objetivos del trabajo. El segundo capítulo expresa los fundamentos epistemológicos asumidos desde la epidemiología, sus orígenes y campo de acción, al igual que su relación con el enfoque teórico desde el que nos posicionamos para pensar los sistemas de información en salud.

En los dos capítulos posteriores definimos los conceptos centrales: subjetividad e interculturalidad, y nos abocamos a realizar un proceso de deconstrucción por el cual, a partir de un instrumento, discutimos con expertos en la temática. Estos capítulos permiten reconocer la labor metodológica utilizada para validar la propuesta y los consiguientes resultados obtenidos para alcanzar un avance en el conocimiento científico.

Finalmente, en el Capítulo V presentamos la grilla temática orientadora de prácticas en salud para el primer nivel de atención, como producto central de este trabajo, y terminamos con las conclusiones arribadas a partir del desarrollo.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA

Tanto el conocimiento de los modos de producción de subjetividad, como la interculturalidad en la gestión colectiva de la salud son de gran importancia para mejorar los sistemas de información.

Ahora bien, también es sabido que estas dos dimensiones son muy amplias y debatidas en diversos campos teóricos. Por lo tanto, aquello que se sostiene como problema de investigación es conocer qué características de estas dimensiones del sujeto deben incluirse en los sistemas de salud ambiental, para alcanzar una aproximación eficaz a la realidad comunitaria.

Por esto, perseguimos el siguiente objetivo general:

- Conocer qué características de las dimensiones subjetivas y culturales de las personas deben incluirse en los sistemas de información en salud ambiental, para alcanzar una aproximación eficaz a la realidad comunitaria que impulse la gestión colectiva en salud.

Son nuestros objetivos específicos:

- Deconstruir las nociones de subjetividad e interculturalidad en subdimensiones y propiedades a los fines de posibilitar su captura en los sistemas de información en salud ambiental.
- Realizar una validez de contenido con expertos en salud comunitaria sobre las discusiones elaboradas en el objetivo anterior respecto de la subjetividad y la interculturalidad.
- Construir una grilla temática orientadora de prácticas para efectores en salud del primer nivel de atención.

Esta propuesta se sostuvo en que, para que un sistema de información en salud, tendiente a la gestión, sea útil para la construcción de la información, debería:

- Por un lado, considerar los modos de producción de subjetividad que supone identificar la organización de la experiencia cotidiana y su devenir contingente producto de los abruptos cambios sociales, históricos y políticos, como así también la valoración y autopercepción de lo cotidiano, que otorgan formas de

existencia a los distintos actores sociales y modos particulares de significar la vida que rodea.

- Por otro lado, tener en cuenta la interculturalidad, que hace referencia a la pertenencia de un sujeto a una cultura y a un territorio como escenario de adscripción identitaria. Esto supondría, por lo tanto, una cosmovisión compartida y esquemas semánticos de cohesión grupal/comunitario que permiten emprender acciones colectivas sobre grupos sociales claves, minoritarios, en contra de procesos segregativos que son visibles en sociedades actuales.

Por lo expuesto, además de la importancia (necesidad) de incluir en los SIS estos conceptos, creemos que así entendidos, facilitan la comprensión del proceso salud-enfermedad-ambiente desde los determinantes sociales y permiten realizar abordajes adecuados en dicho proceso desde una visión dialéctica, para una acción epidemiológica acorde a las distintas cosmovisiones comunitarias en movimiento permanente.

Para abordar el problema y los objetivos, empleamos una metodología de tipo cualitativa, que incluyó cuatro tipos de actividades complementarias referidas a alcanzar los objetivos planteados.

En primer lugar, realizamos una construcción conceptual sobre las nociones que intentamos incluir en los sistemas de información en salud (SIS), los que entendemos como metodologías o “arteficios tecnológicos diseñados para las intervenciones institucionales y/o comunitarias” (Fernández, 2007:115). Se inclinan por la búsqueda de un cambio de un estado de cosas e inscriptos en un proceso, concluyen en la acción comunitaria en salud. Los SIS poseen la capacidad/posibilidad de crear una información tan sólida como para favorecer la comprensión del proceso salud-enfermedad-ambiente para una probable vigilancia epidemiológica. Consideramos que los sistemas de información deben ser comprendidos a partir de la relación dialéctica que se establece entre ellos, la comunidad y los efectores de salud.

Desde este estudio, partimos de entender que un sistema de información en salud ambiental (SISA) debe poseer la capacidad de indagar no sólo en los aspectos objetivos de los modos de vida de las personas, sino también en las formas de percibir el mundo que los rodea, es decir, sus modos de producción de subjetividad. Estos constituyen un campo mayor de percepción y clasificación de la experiencia, narrada desde la historia social del sujeto, acorde a la cultura de pertenencia. Por ello, resulta

necesario comprenderlos desde la noción de dispositivo⁴, en tanto crean condiciones para la enunciación de los sujetos, posibilitan la visibilidad de emergentes e implican acciones estratégicas y planificadas para el mejoramiento de la salud de la comunidad. Esto hace posible considerar la noción de proceso cuando abordamos los sistemas de información en salud como herramientas para la gestión.

En este sentido, y sumando claves para abordar el problema definido en esta investigación, queremos destacar que los sistemas de información, tal cual los definimos, deberían contemplar la capacidad de captura de los modos de producción de subjetividad en los agrupamientos sociales que vinculan al sujeto con la estructura social, es decir, el contexto que atraviesa socio-históricamente la participación comunitaria y sus modos de percibir la realidad. Incidir en los procesos comunitarios desde estos dispositivos implica la apertura hacia relaciones sociales que pongan de manifiesto las miradas de los actores involucrados, la relación con sus satisfactores, su universo de bienes comunitarios; nos referimos, en otras palabras, a la capacidad de aproximarnos a la dimensión subjetiva de las personas.

Para esto, la subjetividad será entendida como un modo de dar respuestas, de transformar, de volver rutina el sentido de la vida y de la muerte desde la propia configuración, desde la propia organización de las secuencias vivenciales; la subjetividad permite resistir el sufrimiento para develar la existencia placentera y repensar modos de hacer, tomas de decisiones hacia estilos de vida saludables. La subjetividad es experiencia, es praxis social, encuentros y desencuentros, resistencia y diversidad orientadas desde una invención colectiva. Esta lente que nos permite construir tipificaciones, modos de interpretar la realidad y decodificar las relaciones sociales está atravesada por una dimensión del sujeto altamente relevante para el propósito de esta investigación y sobre la cual quisiéramos detenernos: la dimensión cultural de los sujetos, que desde la epidemiología se asume bajo el concepto de interculturalidad:

La posibilidad de construcción de nuevos marcos interpretativos, traducción recíproca de conocimientos, nuevas formas de análisis y por consiguiente la generación de conceptos renovados. Implica (...) negociación de conocimiento, una (re)estructuración, y un

⁴ Este trabajo comprenderá al dispositivo como un conjunto heterogéneo que incluye cuestiones lingüísticas y no-lingüísticas: lo que se dice, lo que por omisión se dice y lo que está por fuera. Esto configura una red de relaciones entre los distintos elementos en juego, de manera tal que las acciones y los movimientos guardan una relación entre sí, estratégica, concreta e inscrita en una relación de poder. Foucault lo describe como una maquinaria para hacer ver y hablar (Agamben, 2006).

(in)disciplinamiento de las estructuras que se integran, para que se atienda a los significados y especificidades de las zonas de contacto. (Breihl, 2003a: 272)

Se entiende como un proceso histórico de relación entre todos los saberes que comparten un espacio histórico de reproducción de cultura, pero que se gesta en grupos específicos. La interculturalidad es una relación estratégica entre culturas, que implica construir/contraconstruir/reconstruir y que presupone equidad de derechos (Breilh, 2003a). Pensar las culturas requiere el reconocimiento de las adscripciones de los grupos sociales, el territorio y el contexto social de producción, entre otras cosas.

A partir de lo expuesto, consideramos los sistemas de información como dispositivos para la acción que, desde la epidemiología, culmina en un monitoreo en salud como herramienta de participación y cambio, en la medida en que se incluye a la comunidad en la definición y jerarquización de sus problemas de salud. Por esto, la participación es una estructura concerniente que opera como motor y movimiento de las subjetividades para la puesta en marcha de capitales y recursos autodefinidos.

Debemos comprender también que diseñar y poner en práctica un dispositivo requiere historizar los procesos comunitarios, pero sobre todo reconocer los dominios de las ciencias y los campos disciplinares y es por esto que se considera a la epidemiología crítica como una disciplina adecuada para contribuir al campo de la salud desde los tres conceptos recién explicados.

En sus escritos, Breilh afirma que el epidemiólogo posee un rol político por medio del cual favorece

la construcción de equidad y disolución del poder, una epidemiología que abra su acción hacia todo el conjunto de procesos de la reproducción social, articulándose al quehacer de un bloque social solidario, de tal manera que sus acciones se concatenen tanto con la totalidad social, como con lo local. (Breilh, 2003a: 24-25)

Este autor postula a la epidemiología crítica como paradigma emancipador y reconoce su dimensión política y transformadora de las personas, en tanto acción que valida un saber popular en interlocución con otros saberes.

Este encuentro de saberes que se hace visible en la relación intercultural, permite enriquecer el campo de la salud e integrar perspectivas no validadas por la epidemiología convencional, así como comprender el proceso salud-enfermedad-

ambiente con el otro y desde el otro, en el devenir cotidiano, el espacio geoecológico y el accionar geopolítico.

El oficio del epidemiólogo implica un potencial carácter transformador contrahegemónico, ya que supone pensar la salud como proceso en su visión dialéctica y en interlocución permanente con la comunidad.

Su enclave político deviene también de la posibilidad de toma de decisiones y desarrollo de procesos de fortalecimiento en comunidad. Desde ahí se gesta el poder capaz de modificar, de independizar o de resistir. Es por esto que la visión de la epidemiología debe ser crítica y analista de los procesos sociales en los que tienen lugar las relaciones sociales y, por tanto, las relaciones de poder.

La historia de las políticas de salud en Argentina es así una historia de bloqueos. En la mayor parte de su desarrollo las agencias del estado no se han mostrado como actor ni tampoco como árbitro, mucho menos como foro prestigioso de debate destinado a transmitir opciones a la ciudadanía. A lo sumo se transforman en una arena –o tal vez un pantano o una ciénaga– donde cada alternativa confronta su posibilidad de superar las otras, donde algunas ceden espacio y otras avanzan, lo resuelto no constituye un compromiso que no satisfice a todos y que cada uno violará en cuanto se sienta en disposición de hacerlo. (Beltramino S., en Spinelli H., 2008:155)

Desde esta perspectiva, resulta necesario profundizar los debates acerca de la gestión de la salud para que no se limite al funcionamiento administrativo, sino que enlace salud como proceso desde los determinantes sociales y logre así pensar desde lógicas emancipatorias.

Los modelos emancipadores para el desarrollo humano plantean en sus fundamentos que, para que la emancipación no quede sólo en una retórica, es necesario construir proyectos políticos a escala nacional y no sólo regional, que aborden las necesidades básicas, que promuevan la igualdad social a partir de una reformulación de los modelos de producción hacia la distribución concentrada de la riqueza, además de preservar los derechos ciudadanos, traducidos en equidad de clase, género y generaciones.

Breilh (2003a) propone la construcción desde abajo de un poder popular, que busque transformar la estructura del poder económico, a la vez que verdaderos modelos democráticos de desarrollo. Por esto, la investigación que proponemos es pertinente

para la disciplina presentada justamente porque contribuye a prácticas que recuperan las voces de los actores y el protagonismo social y político desde la construcción de dispositivos que sirvan como vectores analíticos; de esta manera, superan los modos tradicionales de hacer y pensar la salud.

Estas primeras discusiones permitieron abrir paso a una segunda instancia sumamente relevante respecto del desarrollo de un proceso de deconstrucción conceptual, que posibilitó identificar particularidades y especificidades de las dimensiones a incluir en los sistemas de información: la subjetividad y la interculturalidad.

El objetivo fue elaborar una operacionalización sobre los conceptos centrales de la tesis, para que pudieran ser comprendidos e incluidos en un instrumento de validez de contenido, con foco en las propiedades y características constitutivas de los dos conceptos.

La deconstrucción forma parte de la crítica a las corrientes estructuralistas consideradas como logocentristas. Derrida, influenciado por las ideas de Heidegger, no propuso pasos para realizar una labor deconstructiva; sin embargo, sus aportes filosóficos nos han provisto de algunas claves.

Para muchos autores, la deconstrucción es considerada una postura que uno toma frente a un objeto. La deconstrucción derridiana propone problematizar los supuestos que subyacen a una estructura para dar a conocer una nueva mirada sobre el objeto, un significado distinto. Lo que Derrida pretende al deconstruir son nuevas formas de observar un fenómeno a partir de abrir una serie de interrogantes como punto de partida para conocer, reconocer y preguntar sobre la naturaleza de un objeto, su estructura, su sentido.

Ahora bien, este concepto resulta altamente vinculante a la noción de “criterios de indagación” presentada por Fernández (2007), en cuya propuesta, si bien no está implícita la tarea deconstructiva, aparece la noción de “campos de problemas”, que se aproxima bastante. Tanto Derrida como Fernández parten del pensamiento de la multiplicidad y de entender la realidad como compleja, para coincidir en abrir campos de visibilidad y desmontar cristalizaciones que superen la frontera de lo que se sabe hacia circuitos de problematización recursiva:

No se trataría de una serie lineal de problemas que, al estilo de muñequitas rusas, estarían unos dentro de otros, sino que en sus derivas e insistencias presentan puntos y momentos de conexión y desconexión que

enlazan y desenlazan, que insisten y mutan pero que al volver una y otra vez sobre lo mismo van armando método. (Fernández, 2007:30)

Incluyendo esta mirada, la deconstrucción fue comprendida como una forma de analizar un objeto, lo cual provocó una ruptura con los modos tradicionales de hacerlo. Este proceso utilizado ha permitido problematizar los conceptos, descontextualizarlos y recontextualizarlos en el campo de producción de conocimiento asumido en este trabajo de investigación científica. El proceso de deconstrucción fue desarrollado a través de la desagregación conceptual desde contenidos expresados de lo general a lo particular.

En una primera instancia, tomamos las dos dimensiones a analizar y desde lo construido en la primera parte de este trabajo, seleccionamos conceptos identificados como relevantes, recurrentes y centrales que se abordaron y que están implícitos en la definición operacional de esa dimensión. Luego, tomamos cada subdimensión y la definimos respetando las discusiones establecidas en el marco de referencia.

Cada subdimensión fue desagregada en propiedades que consideramos constituyen o abarcan la subdimensión. Definimos cada propiedad de dos maneras: primero, construimos una definición desde nuestro punto de vista sobre qué entendemos por esos conceptos. En segundo lugar, definimos los mismos conceptos operacionalmente desde autores vinculados a las Ciencias Sociales que han trabajado en sus trayectorias profesionales el concepto a precisar. Finalmente, presentamos atributos y claves conceptuales entendidas como elementos que constituyen cada propiedad.

El proceso de deconstrucción nos permitió avanzar hacia a una tercera instancia: diseñar y aplicar un instrumento para validar los contenidos discutidos en las instancias anteriores con expertos de la salud y de otros campos disciplinares. La construcción de este instrumento requirió de mucho trabajo por la escasez de bibliografía específica sobre construcción de instrumentos de este tipo; sin embargo, esta instancia no constituye el producto final del trabajo, sino el trabajo de campo en el cual los supuesto teóricos a los que hasta aquí llegamos se ponen en tensión con la perspectiva de diversos actores del campo de la psicología, la antropología y la medicina, como también se entrecruzan niveles de atención en la salud, efectores de salud, diseñadores de programas y gestores de alto rango decisorio.

Esta consulta exigió un gran esfuerzo para hacer comunicable el proceso de trabajo. El objetivo de esta actividad fue validar, a través de juicios de expertos, los conceptos deconstruidos que contemplan las dimensiones y justiprecian ese análisis. Para esta

tesis doctoral, esta actividad resultó nodal, porque nos permitió avanzar sobre la identificación de claves y elementos precisos de la subjetividad y la interculturalidad constitutivos de nuestro objeto de estudio.

Con la finalidad de que los expertos pudieran acceder al instrumento y realizar la validez de contenido, se diseñó un sitio web⁵ que presenta el recorrido teórico y metodológico hecho a lo largo del trabajo, el instrumento y un glosario⁶. Los contenidos presentados en ese sitio respondieron a:

- Por un lado, las consideraciones teóricas abordadas en el trabajo, producto del desarrollo inicialmente elaborado y que sustenta el instrumento de validez en sí mismo.
- Por otro, el sometimiento a prueba de un instrumento que permite validar características sugeridas por el tesista sobre aspectos constitutivos de la subjetividad e interculturalidad, para su captura desde los sistemas de información en salud ambiental.

El instrumento de validez sobre el cual se realizó la prueba mencionada en el párrafo anterior fue diseñado de la siguiente manera: se buscó que los indicadores cualitativos utilizados constituyeran una representatividad del conjunto de todos los posibles indicadores del concepto que se pretende medir. La validez se interpretó como el grado en el que los indicadores seleccionados representan de forma adecuada el concepto central que se somete a prueba.

El instrumento⁷ se elaboró sobre una tabla de doble entrada: en la primera fila figuran aquellas propiedades de cada subdimensión elaboradas para incluir en los sistemas de información en salud ambiental (SISA) a los fines de permitir la captura de la subjetividad y la interculturalidad.

En la primera columna figuran las preguntas que respondieron los expertos; entonces, sobre cada dimensión (subjetividad e interculturalidad) se presenta un cuadro. Esas preguntas constituyen una encuesta de tipo cerrada y se solicitó la opinión sobre cuatro aspectos:

- 1) Representatividad: si las propiedades reflejan o abarcan la subdimensión que se intenta analizar, así como también si esto permitiría la captura de las dimensiones. Las opciones de respuesta van de “totalmente” o

⁵ Se adjuntan las distintas partes en el anexo A. Para más datos, ver <https://sites.google.com/site/saludenfermedadambiente>

⁶ Se adjunta en el anexo C.

⁷ Se adjunta en el anexo B.

“medianamente”, hasta la opción negativa. Con esta pregunta se busca que el experto dé una primera opinión general acerca de los conceptos centrales vertidos en el desarrollo de la tesis.

- 2) Factibilidad: si el experto cree posible incluir cada propiedad en un sistema de información en salud ambiental. Esto nos permitirá conocer su apreciación sobre la viabilidad de la propuesta.
- 3) Modificaciones: sugerimos cambios a introducir en la propuesta. Para esto, se les preguntó sobre las propiedades a validar: sobre la definición de cada propiedades(a); sobre el respeto por un orden lógico de lo general a lo particular del conjunto de propiedades que representan a la propiedad(b); sobre si hay claridad que favorezca la comunicación y la comprensión de la propiedad(c). Las opciones de respuesta conducen a la apreciación del experto sobre la comprensión de lo que se intenta comunicar. Además, incluimos un espacio para plantear las observaciones y comentarios que el experto deseara expresar.
- 4) Utilidad de la información: para finalizar, solicitamos si el experto podía señalar a qué nivel de decisión gubernamental le servía la información producida desde cada subdimensión analizada y sus propiedades en el marco de un SISA. Ofrecimos como opciones “ministro o secretario”, “diseñador de programas en salud”, “efectores” (profesional de servicio próximo) o la opción “todos”. Esta última permitirá que el experto pueda expresarse sobre la toma de decisión en salud, lo que no resulta un dato menor en los SISA. Desde este aporte también se puede reconocer la utilidad de la información proveniente de cada subdimensión y sus propiedades, en su búsqueda por capturar los modos de producción de subjetividad e interculturalidad.

Para validar el contenido, en este trabajo de campo se utilizó una metodología cualitativa bajo la técnica Delphi,⁸ entendida como un método que permite estructurar un proceso de comunicación de un grupo de expertos a los que se les indaga sobre determinadas cuestiones, de las cuales son especialistas con capacidad para elaborar estimaciones sobre lo indagado.

⁸ Esta técnica se lleva a cabo por medio de la pregunta a expertos a partir de un soporte, como un cuestionario. Se ubica dentro de las técnicas descriptivas. En la actualidad, el uso a través de las redes sociales suele ser habitual, justamente porque busca romper con los efectos de liderazgo que suelen constituirse. Para ampliar, ver Landeta, Jon. (1999): *El método Delphi. Una Técnica de previsión para la incertidumbre.*, Barcelona: Ariel

La muestra seleccionada para realizar la validez de contenido fue intencional, sometida hasta alcanzar una saturación, de acuerdo con estos criterios:

- I. Profesionales con capacidad de juicio en la materia (inscrita en su biografía académica, producción intelectual continua sobre los contenidos).
- II. Profesionales de la salud que ocupen en la actualidad un lugar en la gestión en salud con responsabilidades en diseño de programas o acciones comunitarias a corto plazo.
- III. Profesionales de la salud que su trabajo cotidiano estén vinculados a la atención en el primer nivel de salud.

Por esto, los expertos consultados fueron los que a continuación se presentan:

A) **Norma Meichtry**. Doctora en Sociología-Demografía. Profesora en Geografía. Investigadora del Conicet. Directora del Doctorado en Geografía y docente de la Universidad Nacional Nordeste. Docente en el Doctorado y Maestría en Demografía (Universidad Nacional Córdoba) y en la Maestría en Ciencias Sociales (Universidad Nacional Tucumán). Trabaja sobre temas de población, pobreza y migraciones.

B) **Virginia Vásquez**. Licenciada en Psicología con énfasis en la Psicología Comunitaria y Derechos Humanos. Adscripta en la cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria. Actualmente efectora de salud de un centro de atención primaria dependiente de la Municipalidad de Córdoba. Miembro del equipo de acompañamiento a testigos víctimas del terrorismo de Estado en juicios por delitos de lesa humanidad. Miembro del espacio Mujeres Habitadas, donde se trabajan temáticas tales como la violencia de género a través del juego y el arte.

C) **Mariano Ricci**. Licenciado en Psicología con énfasis en la psicología comunitaria. Actualmente efector de salud de un centro de atención primaria dependiente de la Municipalidad de Córdoba. Referente institucional del Programa de egresos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

D) **José Mántaras**. Médico generalista. Magister en Administración y Políticas Públicas. Coordinador de los Programas de Prevención y Promoción de la Salud de la obra social DASPU desde 2009. Ha participado en distintos cargos de gestión en salud en la Municipalidad de Córdoba.

E) **Eloísa Migueltoarena**. Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Salud Comunitaria. Residente de tercer nivel. Directora de Salud de la Municipalidad de Unquillo. Las tareas desempeñadas están asociadas a diseñar e implementar políticas locales que garanticen el derecho a la salud de la población a cargo, en el plano

asistencial (a través de los centros de salud municipales), y en promoción de la salud individual y colectiva.

F) **María Inés Laje.** Licenciada en Antropología Social, ENAH, México. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, Área de Antropología (Facultad de Filosofía y Humanidades). Doctora en Sociología de la Universidad de Paris 8, Saint Dennis. Investigadora y Profesora Adjunta de la Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales. Docente de la Maestría en Administración y Políticas Públicas. Docente del Doctorado en Administración y Políticas Públicas. Miembro del Comité Académico de la Maestría en Sociedad e Instituciones, Universidad Nacional de San Luis

G) **Verónica Cortez.** Licenciada en Psicología con énfasis en la psicología comunitaria y problemas ambientales. Actualmente efectora de salud de un centro de atención primaria dependiente de la Municipalidad de Córdoba. Miembro del equipo de trabajo en el centro de salud de barrio Ituzaingó, con participación activa en los espacios de movilización comunitaria por los casos de contaminación ambiental.

H) **Marina Tomasini.** Licenciada en Psicología. Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología, UNC (Carrera de doctorado acreditada "A" por CONEAU). Investigadora categoría III en el Programa Nacional de Incentivos, otorgado en el año 2011. Integrante de la Comisión de Admisión y Seguimiento del Doctorado en Estudios de Género. Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET).

El análisis de los datos de la prueba de validez nos permitió avanzar sobre la confección de una grilla de temas prioritarios para orientar prácticas en salud comunitaria, cuarta instancia que constituye el producto final de esta tesis y que relataremos a continuación.

A partir del análisis de la sistematización de la información, producto del sometimiento a validez por parte de expertos, los contenidos centrales de este trabajo se formularon en una grilla temática que permite la construcción de una información factible para la planificación en salud comunitaria, a partir de privilegiar los niveles de atención primaria. Se entiende que este producto conduce a una mayor proximidad con la realidad comunitaria desde las dimensiones subjetivas y culturales de los sujetos.

Las respuestas vertidas por los expertos se analizaron en una matriz de procesamiento de elaboración propia que, sumada a las discusiones con los expertos, derivaron en la confección de temas y/o preguntas que constituyen un dispositivo de acción epidemiológica útil, entre otras cosas, para orientar al efector de salud sobre

qué indagar en salud desde la mirada del actor, en pos de recuperar su dimensión cultural y comprender la salud como un proceso que guarda una estrecha relación con el contexto social e histórico que lo atraviesa.

A modo de cierre, entendimos que para contribuir a un nuevo paradigma de la información debemos consolidar nuevos dispositivos que asuman las características propias de un instrumento de trabajo en comunidad desde el relevamiento de datos que los sistemas de información en salud existentes no registran y que necesariamente parten de teorías multidisciplinares vigentes. Luego, se abriría la posibilidad de discutir con expertos en una direccionalidad que no implica una linealidad.

El desarrollo de este trabajo da cuenta de las implicancias políticas asumidas y de la profundidad que se requirió para llegar a la confección de una propuesta teórica, validada y discutida por expertos, que le da soporte y confiabilidad conceptual y técnica a un dispositivo en salud ambiental para la acción epidemiológica.

CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGÍA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

En los últimos sesenta años, se produjo una serie de cambios en América Latina y en la ciencia, en particular, que propusieron repensar los paradigmas positivistas y reconsiderar las investigaciones de corte cualitativas que, de a poco, fueron ganando terreno y visibilidad.

Así, la salud fue desarrollando sus primeros estudios cuantitativos para luego sumar una visión que recuperara las voces oprimidas en diversos estudios cualitativos. La perspectiva del actor, del sujeto investigado, fue paulatinamente cobrando relevancia.

A continuación, y a los fines de una precisión de enfoque, nos referiremos a los orígenes de la epidemiología para conocer cómo han variado los posicionamientos de ésta. Destacaremos, asimismo, el aporte de distintas disciplinas y el campo sociohistórico que contextualiza su origen.

Este recorrido permite reconocer la perspectiva de la epidemiología crítica como ciencia y la necesidad de pensar desde este paradigma los sistemas de información en salud, la subjetividad y la interculturalidad.

Este capítulo fue organizado a partir de dos nodos centrales: el primero aborda los orígenes de la epidemiología y luego presenta los aportes de la salud colectiva como campo de acción epidemiológica; el segundo hace hincapié sobre los sistemas de información a partir de conceptualizarlos desde aportes contemporáneos y de presentar sus antecedentes vinculados a la salud.

a) Orígenes y saberes

La Epidemiología, según Almeida-Filho y Rouquayrol (2008: 21), tiene sus orígenes en la clínica médica, la estadística y la medicina social.

En relación a la primera, el saber clínico se desarrolló en distintos momentos. Thomas Sydenham, durante el siglo XVII, elabora una teoría sobre la constitución epidémica que permite dar un primer paso. A principios del siglo XIX, se consolida una línea de pensamiento vinculada a las patologías. Y por último, durante ese siglo también se institucionaliza la medicina dentro del campo científico.

Este trayecto tuvo un movimiento pendular que fue desde lo individual hacia lo colectivo. Este último supuso la reflexión epidémica de la situación que vivían distintas poblaciones y no —como algunas corrientes de pensamiento del siglo XX lo

conceptualizarán— desde estrategias y planificación conjunta para el cuidado de la salud.

En relación a la segunda, la estadística, observamos que ésta se inscribe en un proyecto cuantificador capaz de ofrecer información certera y matemática acerca de la evolución o control de las epidemias en un radio geográfico determinado. Constituye un elemento fundamental para la epidemiología y el estudio probabilístico, pero tanto en sus inicios como en la actualidad, al ser un dato matemático, puede ser objeto de manipulaciones que derivan, muchas veces, en un uso político necesario de reconsiderar. Si se analizan los precursores de la estadística en epidemiología, se encuentra que, en su mayoría, estaban vinculados a la medicina, al ejercicio de la política y a la relación entre ambas.

A partir de la década de 1960, la estadística en epidemiología fue potenciada por los avances tecnológicos y la inclusión de la computadora electrónica, que permitió adelantar cálculos y estimaciones y alcanzar grandes avances.

Sin embargo, las llamadas “ciencias duras” no son las únicas que realizan aportes a la epidemiología. Durante el siglo XIX, en distintos países europeos surgen alternativas sanitarias para enfrentar la atención en salud de los sectores de menor poder adquisitivo. La figura del proletariado, luego de la revolución industrial, cobró un lugar notorio y distintos médicos comenzaron a dar cuenta de los grandes deterioros que producían los modos de vida y las condiciones laborales de explotación.

La medicina social constituyó una respuesta política a la salud de los grupos que se encontraban en mayor grado de exposición⁹. Lo social de la medicina, en este caso, muestra que existían sectores que quedaban por fuera de los servicios de salud y que se requería una planificación diferenciada para determinados grupos.

Es por esto que los médicos encargados de la medicina social también eran integrantes de agrupaciones políticas. Inclusive, éstas eran perseguidas por quienes ocupaban el Estado, por considerar que alteraban el orden social. Durante el siglo XIX, el movimiento de la medicina social fue reprimido violentamente en las comunas de París y Berlín. Virchow (líder) fue condenado a un exilio interno y, posteriormente, entre otras cosas, se convirtió en el nombre más importante de la patología moderna además de iniciar la antropología física e influenciar la geografía médica. (Almeida-Filho y Rouquayrol, 2008: 30)

⁹ En este caso, nos referimos al concepto de “exposición” como la presencia de un sujeto frente a determinantes sociolaborales perniciosos para la salud de un trabajador, cuyo desarrollo puede provocar profundos desmejoramientos o la muerte.

Si bien se contribuía a la salud del proletariado, la medicina social también iniciaba sus trabajos investigando las muertes de soldados en la guerra, luego de ser intervenidos quirúrgicamente.

En síntesis, centraba su interés en aquello que representaba generalmente un problema para los sectores no dominantes, y así permitió el surgimiento de médicos y enfermeros preocupados por esa causa, pero también el de líderes políticos que llevaron adelante luchas tendientes a la distribución equitativa de la atención en salud. Es importante reconocer que desde un comienzo está presente la tensión entre lo individual y lo colectivo. Es más, el desarrollo de la epidemiología como ciencia se inicia con preocupaciones individuales y avanza hacia demandas colectivas, por las guerras, las epidemias y sus derivados.

Por lo tanto, pensar estas demandas significó un esfuerzo en términos laborales y políticos, ya que implicaba una estrategia mancomunada con otros profesionales y con organismos dependientes del Estado, así como una planificación y diseños de estrategias de asistencia a grupos de personas georreferenciadas, para evitar la expansión y disminuir el número de muertes en un radio mayor, aquello que desde la atención individual era imposible lograr.

Por esto, la salud deja de ser un estado de cosas para muchos, y pasa a ser una preocupación a largo plazo, comprendida en los diseños de las políticas estatales, en tanto se inscribe en el seno de las relaciones sociales.

Es posible una Ciencia Social de la Salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son, propiamente hablando, hechos del mundo de las cosas reales o naturales, sino hechos del campo de las relaciones sociales: de las valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan. (Samaja, 2004: 34)

En consecuencia, en la historia del mundo y en la salud, como en todos los derechos ejercidos por un ciudadano, las relaciones de poder comienzan a cobrar gran relevancia. Para la epidemiología, este dato no será menor, justamente porque la historia de las ciencias de la salud muestra determinadas luchas y conquistas sociales que remiten a la búsqueda de un abordaje equitativo, confrontaciones entre paradigmas, una tensión permanente de poder entre dominantes y grupos subalternos. Sumado a esto, el progresivo involucramiento del Estado y las enfermedades epocales lograron configurar una epidemiología que, si bien no se ha constituido en una visión

prevalente, reconoce a la salud vinculada a determinantes sociales, a interpretaciones que las personas hacen tanto de su visión del mundo, como de la percepción subjetiva de la vida y la muerte, en contextos sociales cada vez más desiguales y complejos.

Un antecedente sustancial para esta perspectiva fueron los aportes del médico alemán Viktor von Weizsäcker (1886-1957) quien, a principios del siglo pasado y con la intención de contribuir a una mirada holística de la salud, desarrolló una medicina antropológica que tuvo en cuenta la unidad de cuerpo, alma y espíritu. Desde esta perspectiva los factores políticos, económicos y culturales, como así también los relacionales, cobraban gran relevancia sobre el proceso salud-enfermedad-ambiente. La antropología médica basada en los aportes de la psicología —que tenía en cuenta el auge del psicoanálisis y la filosofía de principios del siglo XX— desarrolla una perspectiva analítica que considera la perspectiva del enfermo y su padecimiento. Esta perspectiva estará en gran medida vinculada a la vivencia subjetiva, a su narrativa de padecimiento, por lo tanto a la experiencia, pero

entendida en su doble vertiente: como dimensión estrategia en el estudio de la construcción social de los padecimientos y las distintas formas de sufrimiento social, en tanto subjetiva, histórica y culturalmente construida, y como organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales.
(Grimberg, 2009:7)

Entre otros aportes presentados en el último siglo por la antropología médica y en consonancia con la envergadura con que se trata la experiencia del sujeto, también puede destacarse lo referido a la percepción del dolor que algunos antropólogos contemporáneos considerarán como elemento constitutivo de nuestra identidad, porque articula elementos socioculturales, sistemas de cognición, comprensión y acción.

Por otra parte, los planteos de Ramírez Hita (2009) sobre la salud intercultural desarrollados particularmente en Bolivia igualmente aportan al paradigma presentado, dado que en sus escritos manifiesta la necesidad de una salud intercultural, entendida como una transformación, una participación real de los movimientos indígenas en las estructuras del Estado para poder tomar decisiones que respondan genuinamente a las necesidades de estos movimientos y no a la interpretación vertical de parte de los grupos colonialistas y a partir de donde responden y diseñan los programas en salud. Por lo expuesto, es necesario destacar que la antropología médica ha realizado y realiza valiosos aportes en materia de salud y recupera la perspectiva del actor en dos

dimensiones: sobre su narrativa del padecimiento y sobre la importancia de que las minorías sociales participen activamente en la gestión de salud; así, logran romper las interpretaciones que los grupos hegemónicos producen sobre el sufrimiento humano y, por consiguiente, sobre su abordaje.

La salud colectiva como campo de acción

Desde una visión latinoamericanista, la salud colectiva es considerada el campo de acción por excelencia de la epidemiología crítica, y asume como compromiso la producción de conocimiento para la acción orientada a la eliminación de desigualdades en salud. Es un proyecto que retoma la noción de sujeto como producto de una historia y a la salud desde una perspectiva que involucra la vivencia, la experiencia y los sentidos que los sujetos le otorgan a la vida cotidiana.

Se trata de un movimiento que supone complementariedad con los procesos económicos, políticos y sociales de una Nación, y que implica reconocer la heterogeneidad de miradas, la interculturalidad y las distintas posiciones que ocupan los sujetos en la estructura social.

La salud colectiva es un enfoque basado en la praxis democrática en salud, que busca rupturas de modelos hegemónicos cimentados desde las ciencias positivistas y que propone un trabajo en conjunto con la comunidad desde la construcción de relaciones sociales horizontales que garanticen el acceso equitativo a los recursos y a la atención en salud. Recupera la memoria colectiva y plantea un escenario de trabajo idóneo para diagnosticar, planificar y abordar los factores deteriorantes desde una mirada holística de la salud.

Este campo de acción se ha desarrollado bajo tres ejes disciplinares fundamentales: la planificación en salud, las ciencias sociales en salud, y la epidemiología, abiertamente destinados a sustentar la construcción histórica de ese campo, varias concepciones críticas de la epidemiología en tanto que ciencia y práctica han sido desarrolladas en distintas partes de Latinoamérica. (Almeida-Filho, 2000: 290)

Se funda en una práctica con la comunidad, que permite crear nuevos dispositivos de análisis e intervención en salud, atendiendo a “los problemas reales, representados y afrontados” (Samaja, 2004: 121).

A modo de cierre, la epidemiología posee una historia que entrecruza campos, intereses y experiencias diversas y dicotómicas que han permitido su consolidación

como disciplina. Su sentido político nos remite a su historia desde el reconocimiento de los diversos actores (intelectuales, militantes y revolucionarios) que insistieron en la idea de nuevas formas de hacer epidemiología en tiempos en los que la medicina se erigía como profesión predominante positivista.

En ese mismo sentido, hemos resaltado los aportes de otras disciplinas, como la antropología médica, que nos aproximan a la comprensión del proceso la salud-enfermedad-ambiente desde marcos interpretativos socioculturales.

Por último, reconocimos a la salud colectiva como campo de práctica de la epidemiología crítica. Este enfoque asume la lectura de los marcos contextuales para abordar la salud y la necesidad de sostener la idea de cambio y reforma para desarrollar nuevas prácticas en el proceso salud-enfermedad-ambiente.

b) Los sistemas de información en salud

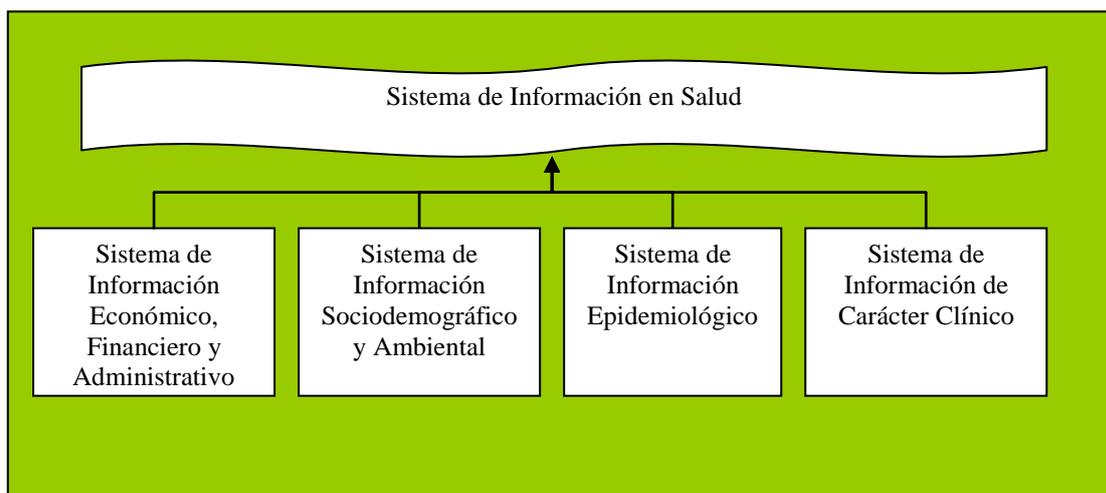
La epidemiología crítica, como dijimos anteriormente, tuvo sus orígenes en la estadística que ha expresado su faceta cuantitativa, su desarrollo y perfeccionamiento y que, con los años, devino en la construcción de sistemas de información. Esto ocurrió a partir de la consideración de que los sistemas de información se constituyen en un valioso instrumento que permite analizar, planificar y evaluar necesidades para el fortalecimiento de la salud comunitaria.

Desde este trabajo, sostenemos que un sistema de información en salud tendiente a la gestión debe ser abierto y debe, a su vez, recuperar las voces de los destinatarios en un proceso dialéctico con la comunidad para la construcción de un dato fértil, con una impronta política que promueva acciones tendientes a la transformación.

De acuerdo con la teoría general de los sistemas propuesta por Bertalanffy (1995), se deben tener en cuenta cuatro características básicas de un sistema: la totalidad, es decir, que la suma de las partes no equivale necesariamente a un todo; los límites, en tanto se considera un sistema abierto en interlocución con el contexto que lo circunda; la jerarquía, ya que todo sistema depende de una superestructura y a su vez posee subsistemas que la conforman y, por último, la equifinalidad, porque no todos los sistemas parten desde un mismo lugar, por lo tanto su desarrollo y crecimiento varían.

Por esto, adoptamos la propuesta de Alazraqui, Mota y Spinelli (2006: 2694) sobre sistemas de información en salud, y lo recuperamos en la siguiente figura:

Cuadro Nº 1: Sistema de Información en Salud (SIS) y sus subsistemas



Fuente: Reproducción propia de la figura en Alazraqui, Mota y Spinelli (2006: 2694) a partir de Mota & Carvalho.

Esta propuesta resulta relevante porque considera el contexto social y económico de las personas, incluye un elemento cuantificable que permite dimensionar las acciones y las estrategias, otorga datos precisos sobre la salud y su perfil epidemiológico y recoge un dato específico y particular.

El esquema así comprendido realiza un movimiento dialéctico entre lo general y lo particular que se complementa con otros sistemas al ampliar el espectro de información y generar datos que configuran la posibilidad de construir un perfil epidemiológico como punto de partida para trabajar los problemas de salud en una comunidad.

Ahora bien, cuando nos referimos a sistemas de información, sugerimos tener en cuenta la producción de subjetividad y la interculturalidad, es decir, reconocer la necesidad de construir dispositivos de información que tiendan a mejorar y a ofrecer un dato próximo a la realidad cotidiana vinculada a la salud.

De ahí que la urgencia de apropiarnos del debate sobre la información y su desarrollo hacia el próximo milenio es de una contraperspectiva. Urgencia de resistir y arrimar hombros para desencadenar un movimiento de investigación y ensayo de líneas alternativas, inscribiendo nuestra tarea en la necesidad expresada colectivamente y en la responsabilidad de contribuir a rehacer la lógica y el proceso de información, impregnándolos de vida real, de contenidos y procesos que expresen la necesidad democráticamente definida, de un proceso sustentable de generación

multicultural de la imagen y prioridades de dicha necesidad, y lo que es igualmente importante, de una activación del conocimiento crítico ante la información, lo cual es factible cuando los ritmos y escenarios del proceso informativo hacen posible pensar, cuestionar y actuar autárquicamente. (Brehil, 2000: 103)

Esto no sólo porque los sistemas de información aplicados desde los organismos estatales no recuperan la perspectiva del actor, sino porque se entiende que sólo es posible un monitoreo participativo si el dato se construye con la comunidad, a través de estrategias metodológicas participativas.

Un sistema de información debe poder arrojar datos que constituyan una matriz cualitativa que garantice y fortalezca acciones de la comunidad por encima de los indicadores tradicionales. Así, el dato es una dimensión a construir con la comunidad y no el resultado de una aplicación rutinaria y tecnocrática.

Breilh (2003a) anticipa que los sistemas de información deben incluir una dimensión contextual que vincule las necesidades sociales, la cultura y el género. Propone, de esta manera, un carácter humanizador de la información que permitirá una gestión en salud con los actores de la comunidad. Asegura así una matriz de procesos críticos que recupera y pondera las opiniones de una colectividad.

La información sobre la necesidad epidemiológica se concreta en una matriz de procesos críticos que establece la concreción espacio-territorial; las dimensiones del perfil epidemiológico puestas de relieve —procesos determinantes, expresiones de salud (genofenotípicas) y ambientales (ecológicas)—; y los grupos humanos clave, definidos según su inserción social, su condición de género y etnonacional. Surgen de un trabajo de planeación estratégica. (Breilh, 2003b: 112)

Desde esta perspectiva, la territorialidad cobra un sentido fundamental, a la vez que reconoce el contexto social en el cual el sujeto vive, desde una visión que contempla los derechos y el desarrollo humano. Esta propuesta está fuertemente implicada en los determinantes de la vida cotidiana, es decir, al hábitat y su relación con el medio, a las condiciones de vivienda, al trabajo en el que el sujeto se desempeña y el lugar que ocupa en la estructura social, entre otros.

Por lo tanto, la matriz de procesos críticos posee una direccionalidad e intencionalidad, y constituye una herramienta colectiva para generar procesos de cambios. Los actores

de una comunidad participan en un proceso dialéctico, en el cual el dato es coproducido y revela su carácter horizontal, lo que otorga confianza y responsabilidad por parte de los actores hacia la salud de su comunidad.

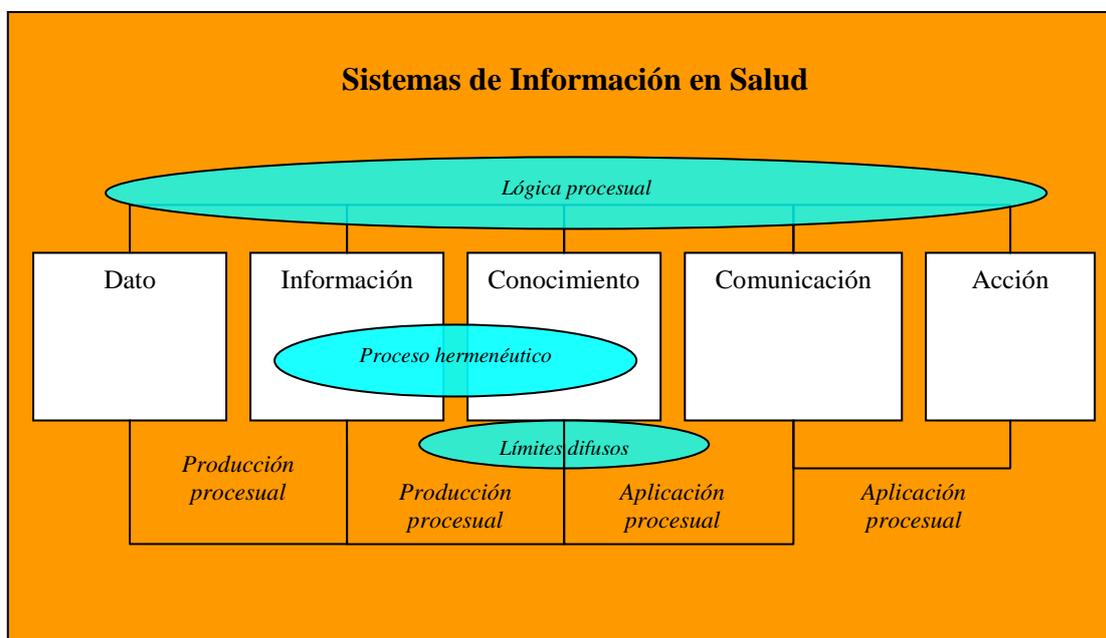
Por último, cabe aclarar que esto nos alerta sobre la necesidad de problematizar y analizar la configuración de los datos que construyen los diversos sistemas de información presentados en el campo de la salud.

En tanto entendemos que el dato es el punto de partida para pensar los sistemas de información, acordamos con el modelo propuesto por Alazraqui, Mota y Spinelli (2006), que parte de la hipótesis de que la forma de construir un sistema de información en salud que dé soporte a la gestión local implica concebirlo como un sistema complejo que debe ser abordado en tanto conjunto de elementos: datos, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCA).

Reconocemos que estos conceptos concatenados deben ser soporte de los sistemas de información, aplicables en determinados contextos y circunstancias. Cabe aclarar que los sistemas de información, tal cual los entendemos, no pueden considerarse en una condición estática en el tiempo, sino que deben ser adaptados o reformulados de acuerdo con el territorio en el que se desea intervenir y los momentos coyunturales que éste atraviesa.

A continuación, presentamos un cuadro esclarecedor acerca de la propuesta de los autores recién mencionados:

Cuadro Nº 2: Momentos de la lógica procesual de un SIS en el marco referencial DICCA



Fuente: Reproducción de figura en Alazraqui, Mota y Spinelli (2006: 2694).

Partir de un dato construido desde una distancia con la realidad supone desencadenar un efecto difuso sobre los otros subsistemas que continúan en el proceso para la acción en salud. Por lo tanto, si consideramos el sistema DICCA, debemos tener en cuenta que implica comprender los sistemas de información en una relación dialéctica entre éstos y la comunidad.

La lógica procesual del DICCA que se expone en el cuadro requiere tomar a cada elemento como un constructo que se desarrolla en interacción constante desde una relación dialéctica. La propuesta presenta cinco partes del sistema que no revisten un carácter estático y que están en un diálogo permanente entre sí.

Entendemos que el proceso DICCA descrito anteriormente debe tener este componente reflexivo que permitiría a los trabajadores de salud apropiarse de su proceso de trabajo mediante una concepción creativa, transformadora de la realidad y no alienante del trabajador. En este sentido nos remitimos al concepto de elucidación de Castoriadis que propone pensar lo que se hace y saber lo que se piensa. (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006: 2700)

Lo interesante de esta propuesta reside en que el dato es algo producido y que constituido como información y comunicado, expresa una lógica de aplicación factible

de finalizar en una acción. Ahora bien, esta acción es un movimiento de un colectivo de personas hacia la transformación de la realidad identificada previamente.

Esta propuesta DICCA puede presentarse entre dos puntos: el de partida, que es la producción del dato, la información y el conocimiento, y el de llegada, que es la aplicación que contempla la comunicación y la acción. Cada uno de estos elementos posee límites difusos, por lo que al ponerlos en práctica puede resultar complejo compartimentarlos y entenderlos por separado. Por eso, para comprender la lógica de su desarrollo debemos basarnos en la relación dialéctica entre producción y acción.

Por último, los autores proponen asumir una lógica reflexiva sobre la necesidad de evaluar el sistema DICCA frecuentemente, un poco porque las transformaciones que se producen en términos de necesidades son importante de región a región y de momento histórico a otro y porque la reflexión y la evaluación deben ser labor del agente en salud, siempre que ponga en prácticas acciones tendientes a mejorar o promover cambios con la comunidad.

Es por esta razón que se debe considerar la noción de “proceso” cuando hablamos de los sistemas de información en salud, ya que:

no se trata de que haya procesos protectores y destructivos separadamente, sino que en su desarrollo concreto, los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras o facetas y formas destructivas, según que su operación desencadene mecanismos de uno u otro tipo en los genotipos y en los fenotipos humanos del grupo involucrado. (Brehil, 2003a: 209)

Considerar la salud-enfermedad-ambiente y los sistemas de información como herramientas para la gestión en salud, es comprender la comunidad en movimiento. En consecuencia, la relación dialéctica entre sujeto y estructura, determinantes protectores y deteriorantes, supone una antítesis permeable, abierta, sujeta a cambios, que no permite reducirla en el tiempo ni en el espacio, sino que implica convivir con la complejidad misma “siempre relacionada con el azar” (Morin, 2003: 60), que por momentos parece ser precisa y por otros conlleva a una visión difusa.

Antecedentes sobre sistemas de información

En la actualidad, los sistemas de información —específicamente en el campo de la salud— constituyen múltiples dispositivos que permiten generar una heterogeneidad de información útil para conocer o sistematizar la información; sin embargo, no siempre se constituyen como dispositivos pensados para la acción o tendientes a abordar problemáticas colectivas en salud. En el último Congreso Argentino de Informática y Salud (CASI-2010, disponible en <http://www.39jaiio.org.ar/cais>), se presentaron una variedad de trabajos sobre sistemas de información en salud, algunos con el objeto de garantizar cierta eficacia en la sistematización de la diversa información, tales como historias clínicas, tableros de comandos para sistemas hospitalarios y, los menos, destinados a la salud pública y a la posibilidad de estimar problemas en salud.

Por lo tanto, podríamos clasificar provisoriamente tres tipos de sistemas de información en salud relevados en el evento científico mencionado:

I) Aquéllos que buscan una eficaz sistematización de la información focalizada en un aspecto de la persona (por ejemplo, el control prenatal), de uso universal y diseñados por organismos nacionales (producto de investigaciones radicadas en organismos como el Consejo Nacional de investigaciones científicas y tecnológicas) o internacionales (por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud) generalmente presentados para un primer nivel de salud y de costos nulos comparados con la envergadura de los diseños.

II) Aquéllos que ofrecen una información sobre ciertas características demográficas de la población, de carácter universal, que puede ser útil para conocer características provisorias. Por ejemplo, la encuesta permanente de hogares o el mismo Censo poblacional.

III) Aquéllos que buscan una eficaz sistematización de la información circulante, pero que sólo sirven al efector de salud (suelen estar dirigidos a instituciones privadas como grandes hospitales en general y difícilmente se utilizan para un primer nivel de atención en salud, son de muy alto costo y están disponibles en el mercado para su compra).

Desde los antecedentes revisados, podemos hablar actualmente de un predominio de una perspectiva particular en aquéllos que están destinados a sistematizar una información que no necesariamente prospera en una idea de abordaje comunitario en salud. A continuación, presentaremos la descripción de algunos sistemas de información inscriptos en las tipologías recién mencionadas y respetando el orden:

El diagnóstico del riesgo de la vivienda para la salud (DRVS¹⁰)

El dispositivo se inscribe en un enfoque holístico y crítico del proceso salud-enfermedad-ambiente. Su propuesta parte de una labor deconstructiva teórica y metodológica que supera la visión positivista de la noción de “vivienda saludable” a partir del análisis y la evaluación de vulnerabilidades sociodemográficas. Se puede decir que es el resultado de una profunda labor transdisciplinaria.

Este modelo computacional busca estimar, a partir de datos secundarios, el índice de riesgo y vulnerabilidad global y tiene en cuenta las capacidades, la resiliencia, el empoderamiento, el capital y la estructura de oportunidades que poseen un sujeto y su comunidad. La vulnerabilidad del capital humano se analiza desde la fragilidad social y el par exposición/imposición.

El abordaje se sustenta desde una filosofía emancipatoria que aborda la salud como un proceso y no desde una determinación unicausal. La DRVS consiste en la instrumentación de un *software* que se ajusta a los principios de la salud colectiva desde un pensamiento puramente complejo.

La estimación que se puede realizar con esta propuesta permite conocer en profundidad a una comunidad desde determinados aspectos y construir una información lo suficientemente valiosa como para adentrarnos en sus particularidades y promover un trabajo con la comunidad, o bien realizar comparaciones entre distintos sitios geográficos que permitan identificar, entre otras cosas, dónde se ubican las mayores amenazas en una población o sobre qué residencias.

La propuesta desarrollada para estimar el riesgo de la vivienda para la salud permitirá verificar los resultados y priorizar las acciones de prevención y planificación que se deban implementar para intervención y modificación de las condiciones que más influyen en la conformación de la vivienda como insalubre. (Rojas et al., 2008: 198)

La formulación del dispositivo hasta su aplicación requiere de un minucioso recorrido que involucra a distintos actores y sectores de la salud. El trabajo empezó con una fundamentación teórico-metodológica hasta la transición de esa propuesta a un

¹⁰ Para ampliar la información sobre este instrumento, ver Rojas, M. C., et al. (2008): “Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis del enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica”. *Salud Colectiva*, 4(2), pp. 187-201, y Rojas, M. C. (2006): *Población, vivienda, salud y vulnerabilidad global. Propuesta teórico-metodológica para la estimación del riesgo de la vivienda urbana para la salud basada en el análisis de la vulnerabilidad sociodemográfica*. Disertación doctoral no publicada, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

modelo computacional. El *software* fue creado por especialistas de las áreas de conocimiento de la informática a partir de la información recogida en el trabajo de campo, a su vez sometida a criterios de expertos.

Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

La Encuesta Permanente de Hogares es un programa nacional que surgió en 1972. Se aboca a generar indicadores sociales en forma permanente para conocer la situación socioeconómica de la población. Se desarrolla en conjunto con otras dos entidades, una nacional y otra provincial: el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y las distintas direcciones de estadísticas que poseen las provincias. La encuesta se realiza por muestreo en aglomerados urbanos.

La EPH fue reelaborada a partir del 2003; en ese punto, los diseñadores destacan una mejora en la captación de los movimientos del mercado laboral, a la vez que los datos se presentan con mayor frecuencia en pos de reflejar la realidad de manera más adecuada. Su rediseño ha surgido de los continuos cambios en el sistema productivo del país y de la profunda crisis vivida en el 2001. Posterior a esto, el nuevo gobierno instrumenta cambios que permiten una continua actualización de la información y que elevan la frecuencia en el levantamiento de los datos. La fortaleza que posee esta encuesta es el tiempo de aplicación, lo que hace que haya sido estudiada e implementada por numerosos científicos a fin de reconocer el comportamiento del mercado laboral (el cual es uno de sus principales objetivos).

Sistema de Información Geográfica en Epidemiología en Salud Pública¹¹

Es un sistema de información geográfica (SIG) creado para diagnosticar y abordar problemas complejos de planificación y gestión en salud. Este sistema comprende a la salud como proceso. Su diseño facilita la obtención, gestión y análisis de datos referenciados espacialmente.

Los SIG son instrumentos capaces de establecer desigualdades de salud e identificar grupos en mayor situación de desprotección a partir de la determinación de prioridades. Sintetizan un gran caudal de datos que permite describir situaciones de salud y realizar análisis de tipo epidemiológicos adecuados para la gestión en salud. También se los puede aplicar a los sistemas productivos agrícolas y pecuarios para lograr ubicar establecimientos y sus producciones y la situación de salud de cada uno de ellos.

¹¹ Para ampliar la información sobre este dispositivo, ver <http://ais.paho.org/sigepi/>

Fue elaborado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), específicamente como dispositivo de análisis para áreas de la salud. La obtención de licencias de este sistema *hardware* es altamente accesible por su muy bajo costo; también se puede acceder a través de otras formas, como cooperación técnica con el organismo.

Los sistemas de información en el marco de la epidemiología crítica

Los sistemas de información en salud nos permiten realizar monitoreos o vigilancia en y con la comunidad hacia intervenciones adecuadas en las que éstos deben tener un rol específico. Por eso resulta necesario identificar dos tipos de monitoreos:

- El monitoreo convencional, que sólo llega a mostrar y conocer el origen de diversos procesos deteriorantes para su control y prevención. Actualmente, este tipo de monitoreo se realiza con frecuencia y sitúa a la comunidad en un rol pasivo, en la cual las personas ejercen vigilancia externa de aquello que les pertenece y que el Estado debe distribuir a partir de su gestión (recursos, diagnósticos, programas, etc.).
- La epidemiología crítica propone otro modelo de vigilancia o monitoreo en salud que tiene por objetivo una planificación estratégica a partir del análisis de los procesos críticos. Esto supone que el control no es puntual ni situacional, sino que es un proceso continuo en el tiempo y que sólo es posible con la participación activa de la comunidad que se quiere monitorear.

Quisiéramos detenernos entonces en el concepto de “participación”, según el cual la comunidad enuncia y discute los problemas de su barrio, propone acciones y se involucra en ellas.

Algunas características para precisar el concepto:

- a) La participación no es necesariamente ascendente, vale decir que la continuidad puede ser aleatoria y esto no significa una disminución en la participación.
- b) La cuantificación no permite medir si la participación es efectiva o no; las políticas sociales muchas veces se miden por la cantidad de destinatarios y no por los procesos comunitarios que se movilizan en un escenario.
- c) El involucramiento, en primera instancia, es una característica esencial para alcanzar una participación real, en la que la comunidad debate y define los problemas que deterioran la salud del barrio, a la vez que ensaya posibles

soluciones. Pero esto no significa que, una vez comenzado el proceso, las personas no puedan involucrarse en cualquier momento de manera genuina.

En todo proceso participativo, se deben garantizar las relaciones democráticas y la escucha de todos los actores involucrados. Su dimensión política radica en la posibilidad de toma de decisiones sobre el curso de las cosas, su accionar y su evaluación.

La participación requiere de un proceso de organización, en el que los distintos actores comunitarios tengan la capacidad de influir en las decisiones, en una relación de equidad y reciprocidad, lo que implica una transformación que conjuga la fuerza colectiva y el interés común como accionar contrahegemónico. Pero,

la continuidad de la participación debe comprenderse en un proceso al interior (...) como un sistema de relaciones intersubjetivas, donde el otro y el sí mismo colaboran en la construcción de un espacio de certidumbres respecto a la concreción de una meta sentida y, al mismo tiempo, va creando las bases para que ese espacio perdure en el tiempo. (Sánchez, 2000: 143)

A partir de lo expuesto en este punto, consideramos que los SIS y la epidemiología se enlazan en las prácticas de monitoreo en salud como una herramienta política, en la medida en que se incluye a la comunidad en la definición y jerarquización de los problemas de salud que ella misma afronta. Se considera a la participación como una estructura que opera como motor y movimiento de las subjetividades para la puesta en marcha de acciones, capitales y recursos atravesados fuertemente por un contexto social de producción.

Tanto el monitoreo como la participación son parte de una misma estructura, pero no deben entenderse como estables en el tiempo, porque el proceso salud-enfermedad-ambiente sufre cambios sustanciales frecuentes y porque la participación comunitaria tampoco es un compartimiento ascendente en el tiempo, sus lógicas en movimiento son complejas.

Se debe comprender, a partir de esto, que la atención primaria en salud y su monitoreo por parte de los propios agentes implica comprender que la salud es un valor y un derecho inherente a una comunidad, y que su ejercicio contribuye a una ciudadanía activa, a una acción política.

c) A modo de cierre

En este capítulo se ha demostrado la importancia de los sistemas de información en salud como factor clave para la gestión y el monitoreo. Se los especificó como instrumentos para la acción comunitaria. Es por esto que nos situamos en la epidemiología crítica que, en su historia y su desarrollo actual, presenta analizadores para profundizar los debates en salud.

Reconocemos también la importancia de los sistemas de información en salud ambiental (SISA), comprendidos desde una progresiva participación de la comunidad en la construcción de la información para fortalecer y garantizar una mejor gestión en salud.

Pensar los monitoreos en salud, tal cual fueron definidos en este capítulo, implica asumir la dicotomía certidumbre/incertidumbre, que sólo puede ser entendida desde una perspectiva de salud que aborde la complejidad desde los modos de producción de la subjetividad de los agentes de una comunidad. Así se contribuye a que los sistemas de información sean una herramienta política que permita la toma de decisiones, la planificación y la gestión de la salud de manera horizontal, para así garantizar la apropiación y la responsabilidad de la comunidad sobre sus necesidades y problemáticas.

CAPÍTULO III

EPIDEMIOLOGÍA, SUBJETIVIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En este capítulo presentaremos una primera discusión sobre la noción de “subjetividad” desde la especificación de los campos disciplinares de producción elegidos. A partir de esto, avanzaremos en un segundo momento con el proceso de deconstrucción conceptual, para arribar a un instrumento que les permita a expertos validar los contenidos desarrollados.

Por último, presentaremos las ponderaciones resultado del sometimiento a juicio de expertos sobre las dimensiones de “subjetividad”, las subdimensiones y atributos que las conforman.

a) Las fronteras de la subjetividad: delimitación conceptual

Para una mayor aproximación a la realidad de una comunidad, consideramos necesario incluir en los sistemas de información de salud ambiental el análisis de la subjetividad y sus modos de producción.

Se considera desde este estudio y desde la epidemiología crítica, según ya lo hemos señalado, la necesidad de reconocer los contextos sociohistóricos para el abordaje de los sistemas de información en salud ambiental, justamente porque éstas, en relación dialéctica con los modos de producción de subjetividad, explican las razones prácticas de por qué los sujetos actúan como actúan.

A continuación, desarrollaremos cuatro puntos nodales para pensar la subjetividad. En primer lugar, nos aproximaremos al contexto social a partir de una lectura intencionada que permite contextualizar la vida social, sus cambios y el impacto subjetivo. Luego, conceptualizaremos la subjetividad y su relación con la salud y la epidemiología.

En tercer lugar, realizaremos un análisis que permita dimensionar estos conceptos y su relación con la noción de “institucionalidad”. Por último, nos referiremos a las implicancias del abordaje y su complejidad.

Aproximación a un análisis de contexto

En el presente análisis expondremos las distintas características y formas que ha adoptado el Estado argentino, como así también los cambios sustanciales que dan cuenta del proceso capitalista llevado adelante y su impacto.

Los años de la década de 1990 se caracterizaron por un pronunciado asentamiento del modelo neoliberal en Argentina, estipulado en el primer Consenso de Washington. Los cambios sustanciales durante ese período comprendieron un aumento de la deuda externa, privatizaciones de empresas públicas con fuerte legitimidad hacia lo privado, profunda distribución desigual de la riqueza, flexibilización laboral, procesos de desclasamiento y exclusión social y desmovilización social hacia fenómenos tales como el desempleo, el repliegue hacia la esfera privada, aumento del cuentapropismo y políticas sociales escasas y focalizadas, entre otras transformaciones.

En los últimos años (entre 2001 al 2011) los distintos gobiernos han tratado de modificar sin mayores resultados dichas consecuencias. Los argumentos más pesimistas (Lozano, 2009) plantean que los cambios en la política económica argentina en este último período han fracasado y aseguran que el tipo de cambio competitivo propuesto, el superávit fiscal generado y determinadas modificaciones en la economía interna, no son suficientes para resolver problemas económicos como la concentración del capital (en este punto se ha profundizado la brecha entre ricos y pobres), la distribución del ingreso (de carácter más bien regresiva) y un Estado que mantiene una confusa intervención en el proceso económico.

En este sentido, las políticas sociales¹² estructurales hasta 2009 han sido también financiadas por organismos externos, y su focalización y su modalidad clientelar hacia los “más pobres” y los “más organizados” (agrupaciones sociales, movimientos piqueteros, etc.) se ha mantenido sin modificaciones sustanciales en los índices de pobreza e indigencia.

Este modelo asistencial o subsidiario de la situación de pobreza fue resistido por muchas agrupaciones sociales que reclamaban un Estado garante de empleo y derechos laborales.

Así, la política asistencial fue la punta de lanza para demonizar las agrupaciones piqueteras y apuntar a su flanco más débil (la dependencia respecto del Estado), acusándolas de supuestos manejos clientelares y manipulación política. (Svampa, 2008:49)

En esta misma línea teórica, Zibechi R. (2011) considera que las políticas sociales en los últimos diez años han mejorado en relación a la década anterior; sin embargo,

¹² Para ampliar la lectura sobre políticas sociales, ver Barbeito, A.; Goldberg, L.; Giosa Zuazúa, N.; Lo Vuolo, R. y Rodríguez Enríquez, C. (2007): “Contribución para el debate de propuestas alternativas de política económica y social en Argentina”. *Documento de trabajo* N° 59, Buenos Aires. Extraído el 12 de noviembre 2009 de www.ciepp.org.ar

coexisten argumentos que hacen de estas prácticas sociales deficitarias. En este sentido, Zibechi plantea que para muchos gobiernos la pobreza sigue siendo considerada como un problema que amenaza la estabilidad o la gobernabilidad, pero que en realidad el verdadero problema de orden político es la riqueza y su proceso de acumulación que nunca es puesto en cuestión y que incide en la agenda pública, en los medios e influye en las políticas estatales. Se debe poner entonces foco sobre la riqueza y su distribución. Por otra parte, señala que la pobreza muchas veces es tratada como un dato estadístico analizado desde enfoques cuantitativos, lo cual la despolitiza y la ubica frente a soluciones (programas) “técnicos y eficaces” para salir de ella y es claro que eso tampoco resuelve el problema. El autor hace énfasis en que muchas de las políticas sociales surgen del conflicto social y no en un marco espontáneo por superar la situación de pobreza. Por lo tanto, anulan el vínculo político social y lo convierten, muchas veces, en herramienta de dominación.

Más allá de estos análisis, asumimos desde este trabajo que el gobierno actual e inclusive el anterior han presentado determinados signos de cambios en materia económica (como la reestructuración de la deuda); en materia de Derechos Humanos, a través de cambios en el plano jurídico con la sanción de nuevas leyes (ley de infancia, ley de medios y radiodifusión, matrimonio igualitario, asignación universal por hijo) y con el fortalecimiento de procesos colectivos a través de apoyo a diversas agrupaciones sociales, entre otros.

Indudablemente, más allá del tipo de modelo de Estado, existe, por los efectos de la globalización, una fuerte relación entre los distintos países del mundo. El modelo neoliberal va tomando características variadas en cada región, pero hay determinados elementos que lo describen y lo identifican de manera transversal.

A continuación, nos referiremos puntualmente a dos signos del capitalismo actual en las sociedades de la región latinoamericana que nos permiten situarnos contextualmente.

En primer lugar, la necesidad del control social: esta característica puede ser comprendida desde los aportes desarrollados por Gilles Deleuze (recuperando parte del pensamiento de Foucault). Reconocemos la plena vigencia de los aportes de este filósofo que expresa que, socialmente, experimentamos un pasaje de una modernidad caracterizada por las sociedades disciplinares a una sociedad estrictamente marcada por el control.

En las sociedades disciplinarias siempre había que volver a empezar (terminada la escuela, empieza el cuartel, después de éste viene la fábrica), mientras que en las sociedades de control nunca se termina nada: la empresa, la formación o el servicio son los estados metaestables y coexistentes de una misma modulación, una especie de deformador universal. (Deleuze, 2002: 152)

El autor destaca un lenguaje numérico que se impone, una contraseña que anticipa un control social absoluto por parte de los grupos hegemónicos. Las sociedades son controladas en forma permanente y este control se ejerce a distancia y no en espacios de encierro.

Sin embargo, las sociedades también se caracterizan por fuerzas no controlables, en tanto éstas se componen de flujos que provocan derrames cuando esos flujos no pueden ser codificados, y su clasificación en el cuerpo social es esencial para situarlos, referenciarlos.

Así, el capitalismo instituye un modo de producción subjetiva en cada sujeto, es decir, un modo particular de mirar y percibir el mundo social que nos rodea.

Este autor sitúa a la subjetividad en los modos de producción social y material de una sociedad. Sujetan al individuo con la superestructura para adherir a la construcción de una realidad social que sólo es posible si se vincula al individuo con su contexto sociohistórico. En consonancia con este desarrollo, Lazzarato M. (2006) plantea que, en la actualidad, los modos de ejercer el poder para controlar los cuerpos —y teniendo en cuenta a la seguridad como una necesidad de los gobiernos actuales— se desarrollan a través de una acción a distancia, es decir, el control social se establece sobre el medio ambiente de las personas y no ya desde instituciones disciplinadoras estrictamente.

La importancia del pensamiento de Deleuze y los intelectuales afines radica en un análisis que integra las miradas de Foucault, Marx y Nietzsche, entre otros, que permite analizar y dar cuenta de las formas del capitalismo actual. Uno de los sentidos más relevante en este pensamiento es la noción de “flujos” y de “agenciamientos maquinarios”, entendidos como nodos de transformación de la afectividad, como inconsistencias y variabilidad de la que está compuesta una sociedad y su incidencia en los modos de producción de la subjetividad. Esta postura desecha una operación lógica y matemática, y refleja nociones tales como contingencia, impredecibilidad de la vida cotidiana, experimentación e intensidad desde un pensamiento materialista, para

de ese modo caracterizar los procesos políticos, históricos y sociales de la actualidad que revisten a un sujeto.

Para Deleuze, la vida social se reproduce en sociedades controladas. Pero, desde nuestro estudio, entendemos que este control es ejercido no sólo por el poder hegemónico, sino también por los ciudadanos hacia las instituciones públicas. De esta manera se expresan claramente altos niveles de desconfianza sobre sus gobernantes que requieren de una específica vigilancia. Hablaremos de esto en los siguientes párrafos.

En segundo lugar tenemos la desconfianza: Pierre Rosanvallon (2007) plantea como problema político actual la desconfianza y el descreimiento de las instituciones políticas, visible por la declinación de la dimensión política de la sociedad, que va de una traición a una promesa por parte de los gobernantes, o que genera el desaliento de los gobernados. En distintos países se refleja en la baja participación de los votantes (por ejemplo, las elecciones de Colombia en 2009). Sin embargo, el autor advierte que si bien el voto es la expresión más visible en los sistemas representativos, los ciudadanos, en la actualidad, poseen otros medios para hacer sentir su malestar; la abstención electoral sólo es una manera, en tanto ha sido una modalidad aglomerada y condensada más incontestable, por ser la más organizada y visible. En la era dorada de la participación electoral, esa dimensión globalizante e integradora del voto estaba encastrada en su dimensión identitaria: el voto no era entonces tanto la expresión de una preferencia individual como la manifestación de una pertenencia colectiva. (Rosanvallon, 2007: 37)

Este autor realiza numerosos aportes, tales como el control de los ciudadanos sobre la calidad de las democracias y la judicialización de la esfera política en torno a un concepto central como la “impolítica” devenida del estado de deslegitimidad de los procesos que garantizaban la legitimidad y la creencia responsable de las tomas de decisión de un Estado capaz de garantizar sistemas de representatividad transparentes y legales. Estas sensaciones también son descritas desde la esfera de la subjetividad, en tanto el autor se refiere a sensaciones de impotencia, desconfianza y necesidad de controlar las democracias para garantizar las elecciones colectivas.

Las sociedades actuales parecen transitar una constante mutación. No es posible pensar en declives institucionales de las sociedades modernas, sino ponderar la noción de transformación social permanente, en las que la contingencia, la

inconsistencia y el carácter impredecible son conceptos a tener en cuenta para pensar los efectos del neoliberalismo.

Por lo tanto, los efectos del neoliberalismos atraviesan los modos de vida, los esquemas de pensamiento y las formas de codificar y decodificar la vida cotidiana, lo cual hace necesaria la lectura de contextos sociohistóricos para la producción intelectual de los problemas sociales. A la luz de los pensadores citados, pareciera que el control social es una acción de la estructura gubernamental hacia la ciudadanía y la desconfianza un control hacia los gobernantes, lo cual genera susceptibilidades al interior de las relaciones sociales y los modos de hacer comunidad.

Salud y subjetividad: modos de producción en contextos de cambio

A partir de lo expuesto en el punto anterior, es posible aproximarnos a la subjetividad y sus modos de producción que además, abarcan la salud ambiental, la vida cotidiana y la cultura. Desde este trabajo sostenemos que el reconocimiento de una situación en salud no es necesariamente observable ni se inscribe en un simple registro pasivo en el sujeto, sino que conlleva una

propuesta activa de interpretación e intervención práctica, derivadas de modelos simbólicos del sujeto, congruentes con el orden social actual al que se pertenece, y al cual no puede cuestionar, en tanto funciona como el fundamento originario desde el cual da sentido a su experiencia. (Samaja, 2004:74)

Sobre esta perspectiva teórica, los modelos socioculturales de la epidemiología postulan que las fronteras entre salud y enfermedad son establecidas a partir de las experiencias del sufrimiento de cada cultura, según cómo éstas sean narradas, y según qué rituales se instrumenten para dar respuesta a aquello que el sufrimiento deteriora.

En este sentido, la salud de un sujeto implica un entramado psicosocial que inscribe al sujeto en su vida cotidiana, su cultura, en una dimensión relacional que le otorga existencia, interpela su subjetividad y se adentra en la perspectiva de su mundo construido, en su cosmovisión y en su irrenunciable biografía.

Es importante subrayar que se comprende a la salud en una relación insustituible con el medio natural en el que vive el sujeto y su devenir histórico. El hábitat es el lugar en el cual se dan los primeros aprendizajes e interacciones sociales que permiten a la persona configurar su mundo interno y establecer lazos de pertenencia constitutivos

de su subjetividad, al tiempo que desarrollar su potencial sensorial, que lo ubica geográfica y temporalmente. El hábitat otorga a la persona un modo de comunicarse esencial para la satisfacción de necesidades desde la construcción de un lenguaje de objetos producidos (Samaja, 2004: 61), necesarios para la constitución de una comunidad.

Por otra parte, algunos especialistas mencionan la internalización de objetos, arquitecturas y paisajes y señalan el sentido otorgado por el grupo social. Así, un árbol podrá ser un lugar de descanso, objeto de intercambio para la subsistencia, un lugar de encuentro o todos a la vez. El hábitat y la salud están vinculados entre sí y se autodeterminan, son parte de un mismo concepto.

El hábitat es un lugar de pertenencia que, como tal, refiere a una identidad, a un plus de sentidos¹³. Lo habitable no es sólo desplazamiento de cuerpo y movimiento, sino también un despliegue de sentidos y significados simbólicos que configura al mundo que rodea, es un afincamiento subjetivo, pues esta operación previa posibilita construir aquello que es habitable. Se confiere al hábitat, entonces, el valor de una disposición social, histórica y política.

Por lo tanto, el hábitat es una función clave para la subsistencia y para reconocer en el lenguaje de los sujetos modos de formular preguntas para resolver la existencia que transcurre en la vida cotidiana¹⁴: supone un mundo en movimiento.

La experiencia constituye una categoría central, al punto de subjetivar las prácticas sociales. Cada experiencia hace a la cotidianeidad de un sujeto, por lo tanto una sociedad constituye múltiples cotidianeidades de distintos sujetos. La cotidianeidad remite a una familiaridad, que muchas veces se presenta como incuestionable y acrítica por el carácter natural, secuencial y repetitivo en que se despliega.

Uno de los aspectos más relevantes de la vida cotidiana es que es centralmente el escenario de la re-producción social, está indisolublemente vinculada a lo que en un momento específico y en una cultura particular se asume como legítimo, normal, necesario para garantizar la continuidad. (Reguillo, en Lindon, 2000:260)

¹³ La dimensión plus está en todas partes: en relación a la arquitectura y otras disciplinas, entre el proyecto y el edificio, entre el espacio y el habitarlo, entre el objeto y la subjetividad (Lewkowicz y Sztulwark, 2003: 46)

¹⁴ La vida cotidiana es un conjunto multitudinario de hechos, actos, objetos, relaciones y actividades que se nos presentan en forma dramática, es decir, como acción, como mundo-en-movimiento. Son hechos múltiples y heterogéneos, de difícil clasificación, en los que toma cuerpo y se patentiza en forma fragmentaria e inmediata la organización social de la relación entre necesidades y metas (Quiroga, 1999: 71).

La subjetividad adquiere su máxima expresión en la vida cotidiana. Ésta es el lugar donde aquélla se estructura y se desestructura, de allí su lugar central para pensarla o cuestionarla.

Para Fernández (2007:22), la subjetividad puede ser pensada como campo de problemas, no sólo desde lo descriptivo, sino desde la posibilidad también, de inscribirla en su devenir sociohistórico, en el cual su modo de producción es mucho más que las formas de existencia del sujeto.

Es histórica no sólo en el sentido que surge en un proceso, que es efecto de determinadas variables históricas en el sentido de la historia social, que varía en las diferentes culturas y sufre transformaciones a partir de mutaciones que se dan en sistemas políticos históricos. (Bleichmar, 2007: 81)

El sujeto y su territorio son productores de subjetividad. Ese territorio material y simbólico sólo posee existencia si se comparte y si se pertenece con otros. En este sentido, la subjetividad es experiencia, es praxis social, encuentros y desencuentros, resistencia y diversidad, orientados desde una invención colectiva: la sociedad y la cultura¹⁵ de pertenencia. Reguillo (en Dussel, 2006), entiende a la subjetividad como:

La compleja trama de los modos en que lo social se encarna en los cuerpos y otorga al individuo históricamente situado tanto la posibilidad de reproducción de ese orden social como las de su negación, impugnación y transformación es el intento de hacer salir de la clandestinidad los “dispositivos de percepción y respuesta” con que los actores sociales enfrentan la incertidumbre y los riesgos epocales. (Reguillo, en Dussel 2006:61)

También, la subjetividad es un modo de dar respuestas, de transformar, de volver rutina el sentido de la vida y de la muerte desde la propia configuración, desde la propia organización de las secuencias vivenciales; es un lugar para resistir el sufrimiento, para develar la existencia placentera y tomar decisiones hacia estilos de vida saludables. Esos modos de resistencia modelan la subjetividad de forma

¹⁵ En este trabajo, se entiende a la cultura como la capacidad de comunicarse, de entenderse: la cultura supone modos compartidos de significar el mundo que proveen orientaciones hacia la acción, lo que implica que cuando se comparte la cultura los comportamientos de los demás se tornan inteligibles y relativamente predecibles (Margulis, 2009: 24).

inestable, pero poseen la fuerza para confrontar el malestar, las miserias y las incertidumbres de la vida cotidiana en épocas de cambios.

Modos de subjetivación: instituciones, contingencias y agenciamiento

La institución y la contingencia son aspectos que se ponen en juego en la vida cotidiana, por lo que requieren ser explicitados al aproximarnos a los conceptos de subjetividad, salud y hábitat. Por un lado, tenemos a la institución como producto de la tensión institucionalización y desinstitucionalización, signos de la época; y por otro, la contingencia, como condición esperable que caracteriza aspectos sociales, políticos e históricos y que a su vez está presente e incide en la antinomia mencionada.

Por esto, describiremos dos procesos que se manifiestan en la relación subjetividad, institución y contexto, a modo de tensiones.

En primer lugar, el proceso de institucionalización refiere a la descripción de nociones tales como subjetivación, agenciamiento y afiliación, fundamentales para su comprensión. Los modos de subjetivación son formas en las cuales las instituciones de la modernidad han hecho efectivos los sistemas de creencias, la transmisión de cultura, los *mandatos pulsionales*¹⁶ (Samaja, 2004:63).

La condición subjetivante de una institución hace alusión a la capacidad de adscripción y de afiliación que un sujeto dispone hacia las lógicas y reglas de juego. La institucionalización del sujeto protege socialmente y posee implicancias identitarias, en tanto conlleva un sentimiento de pertenencia inscripto en un orden social sancionado. Esta pertenencia supone fortalecimientos de redes sociales; por tanto, es soporte socioafectivo que incide en las relaciones de mutualidad y apoyo.

Las personas participan de las instituciones en tanto se reconocen en ellas e incorporan una disposición relacional que, a su vez, supone un enraizamiento institucional, un agenciamiento que atraviesa y modela la subjetividad. Cabe remarcar que esta tríada institución/agenciamientos¹⁷/sujeto guarda una relación con el contexto sociohistórico: según Quiroga (1998: 73), cuando amenaza la exclusión social, se

¹⁶ Nos referimos a los imperativos que impone cada cultura para su reproducción y que se ponen en tensión con los procesos sociohistóricos que atraviesa cada sociedad. El concepto de mandato no es más que exigencias culturales. Las pulsiones son respuestas a esas exigencias que involucran las demandas sociales y familiares de cada época, según el lugar que ocupe el sujeto en la estructura social y de acuerdo con la estructura de oportunidades disponible para ese sujeto y su unidad primaria.

¹⁷ Se entiende este concepto como “una multiplicidad que comporta muchos términos heterogéneos y que establece uniones, relaciones entre ellos [...] la única unidad del agenciamiento es de co-funcionamiento: una simbiosis, una simpatía” (Deleuze y Parnet, 1997, citado por Ema López, 2004: 20).

produce un deterioro en las relaciones sociales y ocurre un desapego institucional que atenta contra la cohesión social.

En relación a esto último, describiremos el proceso de desinstitucionalización que sólo es comprensible en las condiciones sociales y los modos de organización actual. Dicho proceso posee un sentido bisémico a deconstruir: en el primer sentido, el externalizar un sujeto de un instituto psiquiátrico reviste un carácter emancipatorio y hasta conlleva una discusión sobre los criterios de normalidad social y comportamientos aceptables (Castel, 1980; Samaja, 2004; Brehil, 2003a). Aquí la desinstitucionalización constituye un escenario para potenciar avances en las sociedades, ya que problematiza¹⁸ los acuerdos de sociabilidad y las perspectivas hegemónicas de convivencia social.

En el segundo sentido, la desinstitucionalización es producto del desmantelamiento del Estado. Es decir, significa la pérdida de sentidos y guías de las instituciones que constituyen una sociedad, lo que produce una externalización del sujeto a modo de expulsión, en tanto su orden jurídico-material no lo protege, sino que lo sitúa en modos de habitar la subjetividad a la intemperie, lo que implica una inscripción institucional debilitada que disminuye en el sujeto la capacidad de decidir y pone de manifiesto la incertidumbre como sentimiento asociado.

Esta incertidumbre es pura contingencia y abre paso a la apertura necesaria de diferentes posibilidades de fijación de toda existencia (Ema López, 2004: 4). Como dijimos anteriormente, la subjetividad es sujeción al cambio, y este cambio o transformación se inscribe en un contexto sociohistórico particular, en el cual la cultura juega un papel muy importante como productora y como producto.

Por lo descripto, retomando la tensión entre proceso de institucionalización y proceso de desinstitucionalización, es necesario hablar de modos de producción de subjetividad en contextos institucionales, conceptualización que permite situar o producir un anclaje en el sujeto, la historia y su cultura:

Con la noción de producción de subjetividad aludimos a una subjetividad que no es sinónimo de sujeto psíquico, que no es meramente mental o discursiva sino que engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades; que se produce en el entre otros y que es, por tanto, un nudo de múltiples inscripciones deseantes, históricas, políticas, económicas, simbólicas, psíquicas, sexuales, etc. (Fernández et al, 2006:9)

¹⁸ La problematización se entiende como un proceso crítico de conocimiento en el cual se desecha el carácter natural relacionado con ciertos fenómenos, lo que posibilita la reflexión sobre sus causas y sus consecuencias (Montero, 2004: 36).

Ahora bien, estos anclajes no se desarrollan del mismo modo que en las sociedades de la modernidad. Es por eso que una tensión entre institucionalización/desinstitucionalización debe incorporar la noción de afincamiento de territorios para referir al movimiento en esta tensión, sea cual fuere la institución o el espacio de socialización en el cual la persona se desplace. Los afincamientos territoriales son aquellos espacios sociales que el sujeto habita, que poseen una eficacia simbólica y que provocan una inscripción subjetiva; espacios que los sujetos eligen para erigirse como sujetos de transformación y resistencia y donde la contingencia circula con mucha transparencia y en forma reiterada. Es a través de estos afincamientos que los modos de producción de subjetividad adquieren su máxima expresión, en tanto inciden en el contexto social que los circunda, donde la enunciación es performativa. Sólo así los agenciamientos son posibles. Es importante destacar que los agenciamientos producen enunciados colectivos, por lo tanto el agenciamiento siempre es de un grupo de personas y no de un solo individuo:

Son máquinas de expresión que desbordan el sujeto y el lenguaje (...) es un estado de mezcla de los cuerpos de una sociedad (sus atracciones, repulsiones, simpatías, rechazos, etc.) que afectan los cuerpos unos en relación con los otros, pero es una máquina social que excede todo objeto.
(Fernández, 2007: 185)

No obstante, las lógicas para pensar la salud, la subjetividad y los procesos de enunciación parecen recorrer estos conceptos en busca de los enunciados en su carácter performativo y transformador y a partir de la reflexión desde acciones colectivas, para una mayor eficacia. Las condiciones aleatorias en las que se presenta la vida cotidiana hoy, y el modo en que emerge su carácter impredecible en el devenir subjetivo, proponen múltiples formas de fijar la existencia, dejan marcas que no necesariamente guardan relación unas con otras.

Abordando la complejidad

La subjetividad se expresa en las emociones, en los sentidos y significados que los sujetos le otorgan al mundo que los rodea, en cuya configuración son fundamentales la experiencia, las relaciones sociales y la participación en la cultura.

Historia, contexto, vida cotidiana, hábitat y salud constituyen fragmentos de un mismo texto. Por esto, la subjetividad es vista como un campo de problemas a deconstruir, en tanto se sitúa un contexto sociohistórico, un territorio socialmente definido en

permanentes mutaciones, en el cual las certezas se disponen a modo de fuerzas sin consistencia, por momentos antagónicas, por momentos difusas.

Trataremos de hacer un recorrido sobre algunas dimensiones constitutivas de la subjetividad a los fines de entenderla como campo de problemas y dar cuenta de la complejidad que implica su abordaje y mostrar cómo su comprensión requiere borrar fronteras disciplinares. Es necesaria, entonces, la participación de distintas disciplinas que problematicen su episteme hacia la producción de saberes transdisciplinarios¹⁹, en interlocución con los distintos saberes y modos de vida de una comunidad, como modo de recuperar y reconocer expresiones culturales e identitarias diversas que distancian muchas veces a los grupos humanos.

Entonces, afirmamos que la subjetividad y su modo de producción refieren a componentes del contexto social, la experiencia y la contingencia. Se sujeta eminentemente a la vida cotidiana y a los modos de vida, entendidos éstos como la realidad histórica total que pertenece a un grupo social determinado, en cuanto es vivida en la praxis del grupo como todo lo que identifica a sus miembros (Brehil, 2003a: 97).

Desde una perspectiva epidemiológica, abordar la salud en términos ambientales implica, por un lado, reconocer los modos de producción de subjetividad y, por otro, provocar una ruptura con todas las ataduras materiales, políticas y culturales que ha creado la propia sociedad capitalista. Por lo tanto, es necesario remarcar el carácter transformador que implica el paradigma de la epidemiología, ya que se funda en un cambio social, en formas de pensar la salud desde procesos que se ponen en juego y de fuerzas que no siempre muestran un correlato, pero que priorizan la mirada del sujeto sobre el medio que lo rodea.

La epidemiología crítica ha realizado numerosos esfuerzos y aportes desde una perspectiva de resistencia a modelos de salud consolidados con el fin de, desde sus bases teóricas y empíricas, superar los paradigmas dominantes. Por ello la subjetividad, el proceso salud–enfermedad–ambiente, desde esta perspectiva teórica, deben ser pensados como praxis hacia la emancipación cultural.

Es así que resulta fundamental para su estudio iniciar un proceso de desdisciplinamiento, y esto supone

¹⁹ Con este concepto nos referimos a un modo de abordar problemas más allá de la propia disciplina. Aquello que pueda problematizar un campo que no es propio, a enfrentar los impensables de cada saber disciplinario. Morin (2003) nomina “sistemas abiertos” a aquellos fenómenos que no pueden ser pensados desde un solo cuerpo teórico.

complejos procedimientos elucidatorios: desnaturalizar los dominios de objetos instituidos, deconstruir las lógicas desde donde han operado sus principios de ordenamiento, interrogar los a priori desde los que un campo de saberes y prácticas ha construido sus conceptualizaciones. (Fernández, 2007: 28)

Esta propuesta resulta ambiciosa y sugiere la posibilidad de desterritorializar los campos específicos de cada disciplina con el objeto de poder irrumpir o al menos problematizar, las miradas unidisciplinarias que suelen construirse. Pero este largo camino echa por tierra la posibilidad de aplicar a la experiencia un *corpus* de conocimientos ya objetivado, porque justamente ahí se omitiría pensar desde la complejidad y desde la naturaleza del acontecimiento²⁰.

A modo de cierre, para la epidemiología crítica, y en particular la salud ambiental, es necesario incluir la subjetividad como un campo de problemas a aclarar con el objeto de una interpretación eficaz del proceso salud-enfermedad-ambiente.

La puesta en práctica de estos supuestos implica pensar la salud hacia formas que reconozcan la subjetividad y la cultura situadas en un momento sociohistórico particular. Finalmente, es indispensable destacar que la complejidad expuesta supone el saber popular y el saber científico, en una relación dialéctica y no dicotómica, como signos claves para pensar y formular diseños y abordajes eficaces en el proceso salud-enfermedad-ambiente hacia un monitoreo epidemiológico comunitario.

b) Categorías constitutivas

A los fines de contribuir de aproximarnos al segundo objetivo específico expuesto en el primer capítulo, vinculado a validar contenidos referidos a la subjetividad, nos proponemos en este punto deconstruir los conceptos mencionados, a partir de indicar componentes y lo que conceptualmente se entiende por cada uno de ellos. Luego, podremos avanzar en la construcción de un instrumento para justipreciar con expertos en la temática.

Esta instancia es relevante porque especifica qué entendemos por cada concepto y así alcanzar una definición operacional que permita reconocer los sentidos propuestos en el desarrollo global y particular del presente estudio.

²⁰ Este concepto hace referencia a la praxis imprevista, aleatoria y contingente que pueda presentar el comportamiento de un fenómeno social.

A continuación, nos acercaremos al concepto de subjetividad desde un “criterio de problematización recursiva” (Fernández, 2007: 31) que nos permita desnaturalizar los campos teóricos en que los conceptos analizados surgieron y elaborar una deconstrucción de las estructuras que cimientan cada concepto, cada campo de problema, para poder otorgar nuevos sentidos a ser pensados desde los sistemas de información en salud ambiental.

El concepto subjetividad es comprendido en una relación dialéctica con el contexto social, por lo tanto en constante mutación. Esta relación nos lleva a hablar de *modos de producción de subjetividad*, porque la experiencia que ocurre en la vida cotidiana ocupa un lugar central para las personas, que son constantemente interpeladas por situaciones de contingencia, lo que hace que nuestra subjetividad tenga instancias de cambio o actualizaciones que alteran su modulación, su supuesta linealidad. Pero, muchas veces, las instituciones permiten estabilizarnos social, simbólica, material y emocionalmente.

En el primer punto de este capítulo, nos aproximamos a una caracterización del contexto sociohistórico desde distintos puntos de vista disciplinares. Ahora bien, una característica recurrente de las sociedades actuales son las profundas y abruptas transformaciones que se presentan continuamente, de lo que resulta un vivir y un habitar la cotidianeidad en continuas aleatoriedades y cambios inesperados que alteran la subjetividad. Lo concreto es que el contexto social actual no sólo está en mutación permanente, sino que ya no es el que era en décadas pasadas, y las propuestas de distintos intelectuales (Morin, 2003; Auge, 1994; Lazzarato, 2006) promueven más una línea de pensamiento vinculada a la experimentación y al descubrimiento de nuevas estrategias para pensar la realidad, que replegarse a viejas formas de resolver problemas.

Desde esta perspectiva, con la cual coincidimos, la subjetividad es una dimensión de los sujetos que posee un carácter permeable, modelado por el transcurrir de la vida cotidiana y vinculada a un contexto social. Y esto hace que los “otros” ocupen un lugar central en esta dimensión, porque la subjetividad opera como sistema clasificatorio que le permite a cada sujeto construir categorías de proximidad y lejanía frente a otras subjetividades, objetos o territorios. A su vez, es un modo de percibir aquello que nos rodea y es un modo de sentir, que fue y que es inscripto en las biografías y en el desenvolvimiento cotidiano. A continuación, retomaremos una definición de lo que decidimos denominar subjetividad, anteponiendo modos de producción, porque el contexto contribuirá a su determinación:

Con la noción de producción de subjetividad aludimos a una subjetividad que no es sinónimo de sujeto psíquico, que no es meramente mental o discursiva sino que engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades; que se produce en el entre otros y que es, por tanto, un nudo de múltiples inscripciones deseantes, históricas, políticas, económicas, simbólicas, psíquicas, sexuales, etc. (Fernández, 2006: 9)

La subjetividad implica un modo de producción de sentidos del mundo que nos rodea y lo que experimentamos en nuestra vida cotidiana. Reguillo, entiende a la subjetividad como

la compleja trama de los modos en que lo social se encarna en los cuerpos y otorga al individuo históricamente situado tanto la posibilidad de reproducción de ese orden social como las de su negación, impugnación y transformación es el intento de hacer salir de la clandestinidad los “dispositivos de percepción y respuesta” con que los actores sociales enfrentan la incertidumbre y los riesgos epocales. (Reguillo, en Dussel, 2006: 61)

Esta autora propone pensar nuevas lógicas subjetivas y toma aspectos importantes tales como: la antinomia reproducción/transformación. Sobre esta diada, reconocemos que la subjetividad no es la plena existencia del sujeto que se altera o modifica ante cualquier situación que se presente y que conlleva a su transformación sino que, más bien, ante una situación contingente propia de la vida cotidiana, un sujeto puede optar por experimentar una respuesta nueva para resolver una situación o replegarse hacia viejas formas que no dan respuestas. Esto puede explicarse a partir de entender que, el transcurrir de la vida cotidiana, en su devenir rutinario, existen intersticios para provocar rupturas sobre lo repetitivo y establecer una práctica innovadora.

No obstante, lo interesante de esta propuesta conceptual no es sólo la respuesta, sino también cómo es percibida por los sujetos, con qué recursos (bienes sociales, materiales o simbólicos) cuenta para dar respuesta a ellos y cómo operan los lazos sociales (activación/constricción) para generar soportes sociales o comunitarios.

Son muchas las palabras vinculadas a la noción de subjetividad (dimensión), lo que puede suponer cierta complejidad para operacionalizarla y proyectarla para su análisis. Sin embargo, de acuerdo con lo que hemos definido recurrentemente, seleccionaremos cuatro conceptos (subdimensiones) que consideramos abarcativos

de las definiciones asumidas. De cada uno haremos mención sobre nociones claves (propiedades) para su definición, que a su vez delimitan y organizan el concepto. Estos son:

- b.1 Contexto social
- b.2 Vida cotidiana
- b.3 Contingencia
- b.4 Instituciones

Fundamentaremos el porqué de la elección de cada subdimensión y la desarrollaremos luego, a fin de recuperar el sentido de nuestro estudio.

b.1 Contexto social

El contexto rodea desde lo social al sujeto. No obstante, esta afirmación parece no ser tan clara si consideramos que el sujeto es social en sí mismo. En este sentido, el concepto a definir es aquello que incide en el sujeto, pero que no es el sujeto en sí mismo, sino que lo circunda, lo atraviesa. Es sólo una dimensión, aunque es importante.

La frase conocida de Karl Marx (1978: 595): “Los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen simplemente como a ellos les place; no la hacen bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo circunstancias directamente encontradas, dadas y transmitidas desde el pasado”, posiblemente ayude un poco más a pensar sobre el contexto social específicamente.

En la sociología de Pierre Bourdieu, “contexto social” puede asociarse al concepto de estructuras sociales externas: “Existen relaciones exteriores, necesarias, independiente de las voluntades individuales y si se quiere inconscientes” (Bourdieu y Passeron, 1970: 20). El autor se refiere a relaciones objetivas que también pueden hacer referencia al contexto social, como el proceso sociohistórico que rodea la vida de las personas.

Por esta razón, sostenemos que es un escenario en el cual un sujeto se desenvuelve y construye ahí un sentido de realidad validada sobre el mundo y la relación con los otros. Esa realidad social que lo atraviesa es parte de su realidad y de su subjetividad, se determinan mutuamente y producen en los sujetos la elección de determinadas prácticas sociales.

En función de lo expuesto, restaría proponer para una mayor comprensión los elementos constitutivos del contexto social, es decir lo que consideramos nociones propietarias del contexto social.

Se entiende que este concepto, aplicado a un dispositivo, capta parte de la relación sujeto-medio social como inscripción subjetiva necesaria para pensar parte de la subjetividad. En esa relación se podrían esperar consideraciones sobre un contexto fluctuante o no, disposición de los distintos actores sociales, escenarios e impacto subjetivo sobre los contextos sociales de proximidad del sujeto indagado, con el objetivo de recuperar percepciones propias del sujeto sobre el contexto social en el que vive, responsable de cambios sociales, sentimientos experimentados, autopercepción del contexto social y los modos de afrontamiento que pone en práctica cotidianamente.

Por lo tanto, es preciso indagar en el marco de un sistema de información en salud ambiental, desde el concepto contexto social, los siguientes aspectos:

- ✓ Percepción del cambio: se hace referencia a los modos de definir, dar respuestas, argumentar, y sentir el paso de una situación a otra relativamente nueva objetiva o subjetiva, pero siempre narrada por el propio actor. Esta inscripción subjetiva temporo-espacial puede ser identificada por los sujetos en distintos lugares y espacios de su cosmovisión
- ✓ Valoraciones referidas al cambio: es una práctica de ponderación. Estimación cualitativa que permite comparar o validar objetos, estados de cosas, hallar sus propiedades en el marco de un proceso de cambio (paso de una situación a otra relativamente nueva objetiva o subjetiva). Estas valoraciones que suelen calificarse como favorables o no, están contextualizadas por los actores sujetos al cambio que adquiere el estatus de responsables.
- ✓ Sentimientos asociados: se constituyen como signos, características compartidos con otros, expresados en procesos psicoemocionales y que se evidencian subjetivamente por su intensidad, a través de comportamientos que se concatenan a un acontecimiento de amplia relevancia para un sujeto o su comunidad. Por ejemplo, pasar de una situación de trabajador asalariado a desempleado.
- ✓ Modos de afrontamiento: se refiere a las múltiples respuestas de que un sujeto dispone y/o ejercita ante una situación de cambio que le puede resultar adversa o personalmente propositiva. Muchas veces incide en la salud porque

representa los recursos psicológicos y sociales (red social) que el sujeto posee y activa.

Se entiende que estos cuatro aspectos son constitutivos del “contexto social” a los fines de permitir la captura de la subjetividad en los sistemas de información en salud ambiental, y que resultan útiles a los fines de orientar prácticas en el primer nivel de atención en salud.

b.2 Vida cotidiana

El lugar en el cual se desenvuelve la subjetividad es en el ámbito de la vida cotidiana, ahí justamente se llevan a cabo sus prácticas sociales, construyen relaciones con otros y se desarrollan como sujetos.

La vida cotidiana se compone de múltiples actividades, interacciones, objetos y personas que se inscriben en un orden social necesariamente legítimo e incuestionable y que hacen de ésta un escenario para la construcción de verdades y certezas de la realidad social.

Sin embargo, la cotidianeidad muchas veces adquiere un carácter acrítico por su recurrencia y su carácter repetitivo. Nosotros entendemos que, al contrario, puede ser escenario también para la innovación o para la lucha contra la definición simbólica del orden social. La comprendemos, entonces, como:

Simultáneamente “habilitante y constrictiva”. Sus mecanismos y lógicas de operación, al ser rutinizadas, constriñen a los actores sociales, les imponen unos límites, fijan unos márgenes y unos modos de operación, sin embargo hay una franja de indeterminación relativa que deja espacio para la improvisación, lo mismo para hacer frente a situaciones novedosas como para incorporar, normalizando, discursos y prácticas que penetran desde el orden social, los mundos de la vida. (Reguillo, en Lindon, 2000: 79)

La vida cotidiana sujeta a las personas a un movimiento permanente entre la reproducción social y el cambio o la transformación del orden de las cosas, en el cual el poder hegemónico juega un papel fundamental. Dicho poder regula los modos de vida a partir de la relación sujeto y sistema productivo e incide en la disposición entre lo público y lo privado. Así, la vida cotidiana afecta el ordenamiento social. Subjetividad y contexto social se entrelazan en el ámbito de la vida cotidiana.

La dimensión de lo cotidiano implica en primer lugar, repetición y multiplicidad de acciones o hechos vinculante entre sí,

se trata de una indefinida cantidad de términos eventualmente cambiantes reunidos por remisión (...) Los elementos de tal universo deben contar con una particularidad que es su capacidad de remitirse unos a otros. (...) las relaciones de los elementos son determinadas y determinantes (Fernández, 2007: 72).

La multiplicidad puede leerse desde una perspectiva irruptiva, de ensimismamiento o bien puede entenderse como estructuras lógicamente concatenadas de que dispone un sujeto en su vida cotidiana, complementarias entre sí.

Por esto, lo cotidiano se constituye en escenarios de diversos elementos que comparten tiempo, espacio y sujetos; esa heterogeneidad plantea una figura por demás diversa, es decir, distintos elementos que pueden convivir o producir ruptura.

Desde este punto de vista y acerca de lo cotidiano, Reguillo (en Lindon, 2000) pone énfasis en la perspectiva del actor, es decir lo que la persona dice de lo cotidiano. Por eso, dentro de un marco interpretativo y aproximativo a la subjetividad en un sistema de información, resulta necesario destacar las valoraciones que el sujeto hace de su cotidianeidad, la vida cotidiana tienen un margen de autonomía, pero también un fuerte sesgo reproductivo del orden social impuesto por el poder hegemónico que instituye géneros, entendidos como los roles y funciones que como construcciones sociohistóricas se adjudican a lo masculino y femenino e imponen responsabilidades, tareas y actividades específicas que, en el marco de una estructura social acentuadamente patriarcal, generan desigualdades en detrimento de la mujer. Encontramos, entonces, una tensión entre lo deseado/lo impuesto en materia de la valoración de lo cotidiano sobre los roles ahí desempeñados

Sobre este desarrollo, este estudio presenta elementos constitutivos acerca del significado de vida cotidiana como subdimensión de los modos de producción de subjetividad. ¿Pero, qué sentidos puede presentar la subdimensión mencionada en los sistemas de información en salud ambiental y la subjetividad?

Se entiende que este concepto inscripto en un dispositivo de salud ambiental debe recuperar percepciones propias del sujeto sobre aspectos de su vida cotidiana, actores con quienes comparte la cotidianeidad, sentimientos asociados a sus actividades para captar las particularidades y diversas valoraciones que el sujeto hace de ellas.

Así que es preciso indagar, en el marco de un sistema de información en salud ambiental, los siguientes aspectos desde el concepto de vida cotidiana:

- ✓ Lo cotidiano: se alude a este concepto como una variedad de actividades y acciones que un sujeto desarrolla con otros en lugares que constituyen espacios de la vida diaria, en gran medida de manera acrítica.
- ✓ Necesidades: entendidas como elementos de orden biológico que remiten a una base material, orgánica y social del comportamiento, y que por ende están presentes en la experiencia de contacto (vínculos) y en todo aprendizaje (Ana Quiroga, 1999). Los sujetos organizan la vida cotidiana en base a una jerarquización de las necesidades y para resolverlas se desplazan sobre dimensiones familiares, individuales o comunitarias. Estas últimas muchas veces alcanzan un estatus político-territorial.
- ✓ Valoraciones de lo cotidiano: entendidas como prácticas subjetivas de ponderación. Es la estimación cualitativa de una variedad de actividades rutinarias que experimentan las personas en el ámbito de la cotidianeidad que van desde lo placentero hasta lo displacentero, pero que constituye pliegues de la subjetividad.
- ✓ Roles, como modalidades de desenvolvimiento: los roles son la adjudicación de lugar y posicionamiento de un sujeto en relación a un grupo familiar y social. Ese rol posee la capacidad de desplegarse en acción y movimiento que encarna la adjudicación otorgada de acuerdo a la cultura de referencia. En los modelos patriarcales, como los que se desarrollan en las sociedades actuales, las mujeres suelen tener actividades y responsabilidades más estereotipadas y desigualmente distribuidas en relación al hombre, desproporción que suele invisibilizarse y que provoca una disminución social, política y cultural.

Se entiende que estos aspectos permiten la captura de la “vida cotidiana” a partir de la perspectiva del actor social.

b.3 Contingencia

Diferentes autores como Bauman (2003), Appadurai (2001), Auge (1994), sostienen que en las últimas dos décadas la modernidad se presenta reconfigurada en sus cimientos.

Las condiciones sociales externas revisten una variación constante que somete a las personas a vivir una vida cargada de contingencias, más allá de las que se producen

naturalmente, y que el sujeto no sólo debe afrontar, sino tener capacidad para dar una respuesta que no desestructure en demasía su organización subjetiva, sus esquemas interpretativos, tipificadores. Así, la experiencia suele estar matizada por lo irruptivo.

Las contingencias son acontecimientos irruptivos en la vida cotidiana de las personas. Es el acontecer imprevisto, todo puede ocurrir (Duschatzky, 2005). Es la apertura necesaria de diferentes posibilidades de fijación de toda existencia (Ema López, 2004). Cada episodio se inscribe en las biografías personales y consolida un fortalecimiento para enfrentar nuevas tempestades.

Lo que aquí se intenta explicar es que si bien las contingencias suceden y son inherentes a la vida cotidiana más allá del momento sociohistórico, en la actualidad su presencia es recurrente y de mayor intensidad. Podríamos tomar como ejemplos los cambios climáticos en Latinoamérica, las grandes inundaciones, tornados, terremotos, etc., que hablan de una mayor exposición subjetiva a las irrupciones. Pero lo relevante de esta reflexión no reside en cuántas veces se le presentan a una persona, sino cómo se presentan, cómo inciden en el sujeto y qué respuestas se activan desde los sujetos a partir del suceso.

Es importante también conocer la perspectiva del actor desde la valoración que construye, porque la contingencia no sólo debe ser analizada como negativa, sino que puede permitirle a un sujeto fomentar su capacidad de dar respuestas a situaciones que suelen presentarse como adversas y esto contribuya con la capacidad de vincularse con otros o activar redes que parecen invisibles y que fortalecen el proceso comunitario.

A continuación, presentaremos tres elementos que constituyen atributos de la contingencia y que explican esta dimensión de la vida cotidiana.

En primer lugar encontramos la aleatoriedad, entendida como “un conjunto de signos que muestran que cualquier cosa puede pasar en cualquier momento (...) algo no previsto sucede” (Duschatzky, 2005: 73). Son situaciones o acontecimientos que surgen y se inscriben en el desarrollo de la vida cotidiana, y no siempre permiten una acción anticipatoria, por lo tanto muchas veces producen conflicto. Son situaciones espontáneas, lo que puede llevar a pensar que cuanto más inesperada es, menor la capacidad de dar respuesta. Igualmente, la capacidad de dar respuesta se vincula mucho a las condiciones sociales externas de un sujeto.

En segundo lugar, y en relación al aspecto mencionado, la contingencia es imprevisible, es decir, algo inesperado que, cuando sucede, puede generar respuestas novedosas. “Es un aspecto de la vida en tanto no encaja dentro del canon”

(Montero, 2006: 36). Es la característica de una situación que ocurre de manera instantánea y que puede implicar un cambio, lo que disminuye su predictibilidad.

Por último, lo irruptivo, que “es lo que causa el azoro y la urgencia de teorización de los fenómenos (...) es un sentimiento de amenaza” (Fernández Christlieb, 1994: 36). Es importante resaltar que este concepto se inscribe subjetivamente en un plano emocional; por eso, lo irruptivo es un sentimiento asociado a un acontecimiento que se presenta a modo de ruptura y que provoca un conflicto entre personas o entre éstas y el medio social circundante. Ahora bien, se entiende que un conflicto, desde esta perspectiva, no es un obstáculo sino una posibilidad de cambio, una opción de reprogramar las expectativas construidas en el ámbito de la vida cotidiana desde una reconfiguración subjetiva.

La subdimensión contingencia, inscripta en los modos de producción de subjetividad entendidos desde los sistemas de información en salud ambiental, debe crear condiciones para que la persona destinataria de los SIS identifique eventos cotidianos inesperados que alteran el curso de sus modos de percibir el mundo, los sentimientos asociados y las personas a quienes se recurre frente a esto. Un dispositivo en salud ambiental debe poder captar las dimensiones de la subjetividad que provocan variaciones en el curso de la vida, esto permite conocer los niveles de respuestas.

Por lo tanto, desde el concepto de contingencia, es preciso indagar en el marco de un sistema de información en salud ambiental las siguientes nociones:

- ✓ Cambio: algo irruptivo, que puede alterar el orden de las cosas en un tiempo y en un espacio durante el curso de la vida cotidiana. Se constituyen en acontecimientos, producto de factores externos o internos que disponen al encuentro de un nuevo estado.
- ✓ Modos de afrontamientos: modos de dar respuesta al “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas– proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza añadiendo que estas provisiones se pueden producir en situaciones cotidianas como de crisis” (Musitu, et al. 2001) o inesperadas, pero que las personas deben afrontar a partir de sus propios recursos, entendidos como capitales acumulables.
- ✓ Valoración: constituye una práctica de ponderación. Es la estimación cualitativa que permite comparar o validar objetos, estado de cosas, hallar sus propiedades. En el marco de una situación contingente puede ofrecerse como una oportunidad o como una amenaza.

Se entiende que estos tres aspectos permiten la captura de la dimensión “contingencia de la subjetividad” desde la perspectiva del actor social. Recuperar la vivencia y la circunstancia de la contingencia nos remite a la descripción de una subjetividad situada, en la cual la experiencia y la historia se hacen visibles.

b.4 Instituciones

Las corrientes institucionalistas han debatido por años la noción de institución desde distintas perspectivas, y muchas la entienden como aquello que mantiene unida a una sociedad. Esta perspectiva, próxima a las corrientes funcionalistas, delega la responsabilidad a las instituciones y las describe como escenarios sociales desde los cuales los hombres satisfacen grupalmente parte de sus necesidades.

Desde este estudio se comprenderá a las instituciones como formaciones sociales y culturales. La institución es el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre que regulan nuestras relaciones sociales, nos preexisten y se imponen a nosotros. Cada institución posee una finalidad que la distingue y la identifica. La institución precede al individuo singular, lo introduce en el orden de la subjetividad y predispone las estructuras de simbolización (Kaes et al, 2002).

Las instituciones proveen al sujeto de herramientas expresivas e instrumentales esenciales, en situaciones cotidianas de crisis o malestar social, a través de la comunidad, las redes sociales y los lazos de vecindad.

Partimos de entender que las instituciones están configuradas por sistemas complementarios que atraviesan la subjetividad y que a su vez preforman los modos de producción subjetiva. Por lo tanto, a continuación nos explayaremos sobre cada uno de los sistemas centrales para pensar la subdimensión.

En primer lugar, nos referiremos a los sistemas culturales de las instituciones, entendidos como “sistemas de valores y normas, sistemas de pensamiento y acción que modelan la conducta de agente (...) manera de vivir (...) expectativa de roles, costumbres, garantizan una identidad” (Enríquez; en Kaes et al, 2002: 89-90).

Son construcciones formadas por elementos vinculados entre sí, que caracterizan los comportamientos y el pensamiento, como también su modo de percibir el mundo. Este sistema se configura a partir de las pertenencias identitarias y culturales, que se expresan en la dimensión corporal de los sujetos que participan de ella.

En segundo lugar, se reconocen los sistemas simbólicos, entendidos como un “conjunto de mitos unificadores, ritos de iniciación, de tránsito y de logro. (...) Historias inventadas, que ocupan el lugar de memoria colectiva a modo de sistemas de legitimación” (Enríquez; en Kaes et al, 2002: 89-91). Los sistemas simbólicos hacen referencia a las construcciones vinculadas al sistema de creencias y adscripciones que imprime una institución a un grupo social determinado. La existencia de las instituciones depende de la creación y recreación de estas construcciones, que a su vez legitiman orden y creencias sobre capacidades y potencialidades que la institución sostiene y ofrece a los sujetos.

Por último, están los sistemas imaginarios que otorgan capacidad de protección ante miedos, angustias y vacilación de la identidad (Enríquez; en Kaes et al, 2002). Implican aquellos elementos que revisten discursos y acciones de protección frente a las amenazas que los sujetos viven en el curso de la vida.

La subdimensión instituciones presenta un gran desafío para ser incluida en los sistemas de información, por la complejidad que reviste el conceptualizarla desde los sistemas presentados anteriormente. Al momento de indagar este concepto, se espera que la persona identifique instituciones y los usos que les da a aquéllas que reconoce, así como características de la concurrencia y los modos de participación para conocer la satisfacción de necesidades y la proximidad a ellas.

El sistema de información en salud ambiental debe poder captar la relación que se establece entre el sujeto y las instituciones de su comunidad, la satisfacción de demandas y los niveles de participación de la persona en sus lógicas. Se espera que se expresen cualidades responsables de las instituciones que hagan posible un acercamiento a la relación subjetividad e instituciones.

Por lo tanto, es preciso indagar lo siguiente en el marco de un sistema de información en salud ambiental, desde el concepto de instituciones:

- ✓ Bienes comunitarios: instituciones o lugares de acceso a recursos y capitales disponibles que posee una persona y que le permiten satisfacer necesidades culturales, simbólicas, materiales o espirituales.
- ✓ Uso de bienes: motivos de utilización de las personas sobre los bienes disponibles, que involucran muchas veces a otros agentes sociales motivados para satisfacer necesidades.
- ✓ Calidad de los bienes (de los que se dispone): hace referencia a la accesibilidad de los distintos recursos/instituciones que disponen los sujetos de

una comunidad para satisfacer una necesidad; también permite conocer, en parte, la estructura de oportunidades que los sujetos poseen.

- ✓ Necesidad a la que responde: alude a la función individual y social a la cual responden las instituciones y explican prácticas de permanencia y participación en ellas.

Se entiende que estos aspectos permiten la captura de la dimensión “instituciones” desde la perspectiva del actor social.

A modo de cierre, podemos acordar en que la subjetividad presenta una complejidad que amerita su conceptualización minuciosa para poder precisar la producción de sentidos a la cual se adhiere con el concepto. Desde este ejercicio, es posible pensar los esquemas conceptuales que nos permiten aproximarnos a la construcción de instrumentos para medir la validez de los contenidos y consultar sobre la factibilidad de la inclusión de estas dimensiones en los sistemas de información en salud ambiental.

El desarrollo que antecede también permite expresar la complejidad de la dimensión escogida y la necesidad de que se incluya en los sistemas de información, dado que permite la captura, desde la perspectiva de los actores, de modos de percibir y sentir el mundo que los rodea.

A partir de estas construcciones, realizamos una validación con expertos, en la cual se expresaron sobre criterios de representatividad, factibilidad, apreciaciones conceptuales y utilidad de la información según nivel de atención para luego instrumentarlas en dispositivos para acciones en salud con énfasis en la atención primaria. Es esto lo que comprende el siguiente punto.

c) Consideraciones de los expertos

El instrumento de validez varía en las respuestas de la primera experta en relación al resto de los consultados. La variación tuvo que ver, por un lado, con la inclusión de observaciones o aspectos no contemplados que la especialista consideró respecto del instrumento en sí mismo y por otro lado, con los cambios sugeridos en algunos elementos que representarían la propiedad de la subdimensión a medir. Por esto, se asume que la primera consulta (experta A) constituye una suerte de prueba piloto que ayudó a ajustar el instrumento.

Del uso del instrumento se constató que no presentó inconvenientes para su descarga del sitio web, completamiento del formulario y envío a la dirección de correo electrónico dado.

Recordamos que, tal y como dijimos en el primer capítulo, para la valoración de las dimensiones desde las subdimensiones y los atributos cada experto debió responder a un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas sobre criterios de:

- Representatividad: “¿considera que las propiedades reflejan o abarcan la subdimensión que se intenta incluir en los SIS?”. La alternativa fue una escala de 0% a 100%, por lo que debimos optar entre 100%: alto; 50% medio; 0% bajo.
- Factibilidad: “¿Cree factible incluir esta subdimensión en los sistemas de información en salud?”. La selección fue la misma que para representatividad.
- Cambios sugeridos: “¿Sugiere modificaciones?”. La respuesta es abierta sobre “propiedad”, “orden” y “claridad”.
- Utilización de acuerdo a los distintos niveles de decisión en salud: “¿Podría señalar a qué nivel de decisión gubernamental le sirve la subdimensión analizada y sus propiedades en el marco de un SIS?”. Las opciones fueron: “ministro”, “secretario de salud”, “diseñadores de programas en salud”, “efectores en salud (profesional de servicio próximo)” y “todos”.

A continuación, presentamos la validez realizada por los expertos. En una primera lectura, nos orientamos por el criterio de abordar las respuestas que dan los consultados desde la posición que ocupan cotidianamente en sus puestos de trabajo, es decir, el nivel de manejo de la información que poseen. Para una segunda lectura, buscamos tensionar los datos empíricos con las categorías teóricas expresadas en capítulos anteriores.

Cuadro N° 3: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “contexto social”. Valores relativos

		Contexto social					Promedio
		Percepción de cambio	variaciones del cambio	Sentimientos asociados	Modos de afrontamiento		
REPRESENTATIVIDAD							Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	100%	50%	50%		75%
	D	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	E	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	H	50%	100%	100%	100%	100%	88%
		PROMEDIO GENERAL					82,8

Fuente: Matriz de procesamiento de datos²¹. Elaboración propia.

Al agrupar las distintas respuestas de los expertos, encontramos un sustantivo predominio (82,8%) de aquéllos que consideran representativa la subdimensión; quedó con menor puntuación el profesional que posee una importante experiencia en gestión en salud, pero que está más alejado de otros que están vinculados al primer nivel de atención (esto, no obstante, no reviste demasiada importancia, inclusive su puntuación media recae sólo sobre dos atributos).

En una segunda lectura, los expertos reafirman la pertinencia de reconocer el contexto social y su percepción como inherente a la subjetividad y coinciden también con la mirada de sujeto histórico, en tanto, como afirma Marx (1978), la historia de las personas no sólo depende de sí mismas, sino que hay circunstancias no elegidas que imponen un modo particular de situar sus condiciones de vida. Estas formas de vida a

²¹ Ver Anexo D

partir de las estructuras subjetivas son decodificadas, clasificadas e interpretadas, por lo que se reafirma la necesidad de recuperar la condición contextual autopercibida del sujeto cuando trabajamos en salud, porque no siempre las circunstancias de la vida son elegidas o permiten contar con una estructura de oportunidades deseada. Por otro lado, también es importante reconocer que tener en cuenta la dimensión contextual en una comunidad, en un grupo o en una persona es considerar a la subjetividad como una experiencia o cúmulo de experiencias sociohistóricamente situadas; es decir, reconocer que hay “externalidades” pasadas y presentes que operan en el mismo momento en el que nos encontramos con los diversos agentes comunitarios. Consideramos que la ponderación de los expertos refiere a una subjetividad temporalmente relevante, “efecto de determinadas variables históricas en el sentido de la historia social” (Bleichmar, 2007: 81) que el sujeto reconoce y que en parte determina sus prácticas sociales. Por eso, recuperar la visión autopercibida es reafirmar su carácter histórico. No obstante, si profundizamos la mirada, indagar esta subdimensión nos permite conocer aperturas y ataduras sobre la posición que ocupa el sujeto en la estructura social, como así también las explicaciones formadas de la realidad construida en la cotidianeidad.

Cuadro Nº 4: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “contexto social”. Valores relativos

		Contexto social				
		Percepción de cambio	Valoraciones del cambio	Sentimientos asociados	Modos de afrontamiento	
FACTIBILIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	50%	50%	50%	50%	50%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	50%	100%	50%	100%	75%
	D	50%	50%	50%	50%	50%
	E	100%	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	50%	100%	88%
	G	50%	100%	100%	100%	88%
	H	100%	100%	100%	100%	100%
		PROMEDIO GENERAL				81,2

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

En esta valoración es interesante observar detenidamente qué expertos varían su ponderación y sobre cuál atributo. Pareciera que la percepción del cambio y los sentimientos asociados, desde una lectura vertical, demuestran una factibilidad media de inclusión, sobre todo en cuatro expertos diferentes: uno con experiencia en gestión, otro vinculado al primer nivel de atención en salud y los otros dos estudiosos de las temáticas. Esto advierte sobre la dificultad que puede suponer incluir esta categoría en un sistema de información en salud ambiental, sobre todo si tenemos en cuenta que las expertas A y H están vinculadas a la temática desde ámbitos académicos y que la primera ya ha participado efectivamente de la construcción de sistemas de información en salud.

Se entiende que este concepto, aplicado a un dispositivo, capta parte de la relación sujeto-medio social como inscripción subjetiva necesaria para pensar parte de ella en relación dialéctica con el contexto social.

En esa relación se podrían esperar consideraciones sobre un contexto fluctuante o no, disposición de los distintos actores sociales, escenarios e impacto subjetivo sobre los contextos sociales de proximidad del sujeto indagado, con el objetivo de recuperar percepciones propias del sujeto sobre el contexto social en el que vive, responsable de cambios sociales, sentimientos experimentados, autopercepción del contexto social y los modos de afrontamiento que pone en práctica cotidianamente.

De cómo desagregar este constructo para ser incorporado a un sistema de información, recuperamos el proyecto marco y los objetivos de este trabajo y sugerimos preguntas o indicadores de expectativa de respuesta sobre cada uno de los atributos. Como ejemplo podría presentarse para el primer atributo de la subdimensión en cuestión, lo siguiente:

1. *¿Ha percibido en los últimos años cambios en su región, país o barrio?*
2. *¿Podría especificar si estos fueron a nivel político, social o comunitario?*

También es importante determinar si la persona considera estos cambios favorables o desfavorables y que reconozca responsables. Otros indicadores que pueden agregarse y que recuperan las propiedades y sus elementos son los sentimientos que los cambios produjeron y si esto implicó enfrentar adversidades en relación cambio/salud, de qué manera, con quiénes, si se recurrió a otras personas para afrontar, etc.

De este modo se recuperan los elementos de la propiedad, percepción del cambio, específicamente sobre *ámbito, tiempo y lugar*, y se temporaliza y contextualiza al sujeto y su modo de percibir la realidad. También incluye la captura sobre las valoraciones del cambio, los sentimientos que trajo aparejados, los modos de afrontamientos, la incidencia en la salud y cómo operan las redes sociales ante los cambios, de acuerdo a si son favorables o no.

Estos indicadores deben operar como guías para que a partir del diálogo que puede sugerir el instrumento, el efector de salud pueda aproximarse al constructo en cuestión.

Cuadro N° 5: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “contexto social”

		Contexto social			
		Percepción de cambio	Valoraciones del cambio	Sentimientos asociados	Modos de afrontamiento
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c	c
	B	b	b	b	b
	C	a -II	a -II	a -II	a -II
	D	b	b	b	b
	E	b	b	b	a -II
	F	b	a -II	b	a -II
	G	b	b	a -II	b
	H	b	b	b	a -II

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a; Tipo de cambio:

I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.

II) Sugiere cambios en los atributos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.

III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Al analizar este cuadro, nos encontramos con una riqueza de opiniones relativas a cambios que pueden instrumentarse para precisar conceptualmente la subdimensión en forma clara. Estos cambios orientan la construcción de un sistema de información en salud. Pero cabe adelantar que aquéllos que sugieren mayores cambios se

corresponden con los que adjudican menores valores en los cuadros anteriores. De esta manera, podemos considerar como complementaria la información vertida en uno y otro cuadro. Enseñamos a continuación las observaciones vertidas por los expertos sobre esta subdimensión:

Los elementos presentados en percepción del cambio fueron “tiempo”, “lugar, espacio o ámbito”. El experto C sugirió agregar “acontecimiento” y “ritmo”.

Sobre los elementos presentados en valoraciones referidas al cambio, el experto C sugiere incluir el elemento “explicación del cambio” como constitutivo de la propiedad anterior. La experta F incluiría a “características” como positivas o negativas.

Frente a los elementos presentados en “sentimientos asociados”, es decir “característica” e “intensidad”, el experto C sugiere quitar este último elemento y la experta G plantea agregar la acción sugerida por el sentimiento asociado.

En el caso de los elementos presentados en “modos de afrontamiento”, “adversidad”, “incidencia sobre la salud” y “red social”, el experto C sugiere incluir un elemento positivo. La experta E, F y H sugieren quitar un elemento: “adversidad”; la primera incluiría “recursos materiales, culturales y sociales” y la última, “afrontamiento individual o colectivo”.

Cuadro N° 6: Utilidad de la información sobre contexto social según niveles de gestión en salud

		Contexto social			
		Percepción de cambio	Valoraciones del cambio	Sentimientos asociados	Modos de afrontamiento
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	b-c	b-c	b-c	b-c
	B	d	d	c	c
	C	b-c	d	c	b-c
	D	d	d	d	d
	E	d	d	d	d
	F	d	d	c	d
	G	d	d	d	d
	H	d	d	c	c

Referencias: Ministro de salud: a; Diseñador de programas: b; Efecto de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

La mayoría de los entrevistados manifiestan que la información construida por esta subdimensión es de gran relevancia para todos, pero se destaca en tres expertos la exclusividad del efecto de salud, lo cual reafirma la orientación que tiene la producción doctoral hacia el primer nivel de atención en salud.

Es importante recalcar en relación a la utilidad de la información que mientras más contemple a funcionarios de gobierno, más posibilidad tiene de ser incluida en la agenda política. Por lo tanto, mayor es la posibilidad de que esa información alcance a constituirse como parte de un instrumento para la resolución o el abordaje de un problema en salud. Sin embargo, que la información esté en manos del efecto de salud dependerá de dos condiciones para que sea realmente útil: por un lado, de la dimensión objetiva (aptitud), es decir, de las condiciones materiales y reales que

habilitan a hacer uso. En este sentido, Testa (2007) va a referirse al aparato gubernamental que pudiera incluir una línea de trabajo, por ejemplo una atención en salud fuertemente centrada en la prevención y no en la asistencia; no obstante, el autor menciona que esta dimensión no suele ser la que más desarrolla un pensamiento crítico. Por otra parte, tenemos la dimensión subjetiva (actitud) del efector de salud, comprendida por el aspecto ideológico que subyace en toda idea de transformación y por la capacitación (si hiciera falta), que podría direccionar el hacer en salud. Sin aptitud y actitud crítica es poco viable establecer un cambio, por esto se requiere una combinación de ambas que no siempre resulta posible.

Retomando el cuadro y a la luz de las respuestas dominante, creemos que los expertos han tenido en cuenta que, para que la información sobre el contexto social se inscriba en una práctica en salud, necesariamente debe estar incluida en la agenda política, ya que poco puede hacer el efector más allá de la actitud que posea.

Cuadro N° 7: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “vida cotidiana”. Valores relativos

		Vida Cotidiana				
		Lo cotidiano	Necesidades	Valoraciones	Roles desempeñados	
REPRESENTATIVIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	50%	50%	100%	75%
	D	100%	100%	100%	100%	100%
	E	100%	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	50%	50%	100%	100%	75%
		PROMEDIO GENERAL				93,7

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Nótese que la representatividad es muy alta y las ponderaciones más bajas corresponden sólo a los primeros tres atributos en dos expertos. Los profesionales se desempeñan en ámbitos diferentes y coinciden en un atributo. Entonces, consideramos que no reviste ninguna importancia en particular y más si lo ponemos en tensión con lo general.

En una segunda lectura, se reafirma la visión de la vida cotidiana como escenario de la subjetividad: su rutinización provoca actividades, pensamientos y significados que se naturalizan y se tornan acríticos, por lo que indagar desencadena la ruptura con esas prácticas, por momentos, incuestionables.

Ahondar sobre especificidades de la vida cotidiana es preguntar por la multiplicidad de escenas, actores y objetos mediante los que el sujeto puede reconocerse como un ser de necesidades, con roles y funciones sociales, en interacción con otros. La vida cotidiana como parte de la subjetividad e inscrita en un orden social impone límites, fija márgenes y “normaliza” modos de ver el mundo y formas de decodificar la realidad. Por esto, resulta necesario que el sujeto pueda definir su cotidianeidad. En este sentido, para Lechner (1990) lo novedoso no sería lo cotidiano; esta subdimensión, tal cual está planteada, permite la captura de la sedimentación del conjunto de actividades y actitudes constantes en un período, vividas como pasado pero analizadas como fenómeno contemporáneo.

Indagar en la vida cotidiana también implica aproximarnos a esquemas interpretativos de la realidad, modos de concebir el mundo que nos rodea, sus vicisitudes y aquellas “certezas básicas que llamamos sentido común” (Lechner, 1990).

Es importante reconocer que la vida cotidiana constituye un analizador social, vinculado al contexto sociohistórico de referencia, pues la configuración del orden social sujeta a la vida cotidiana a determinada clasificación simbólica y determina la experiencia subjetiva.

Lechner (1990) va a situar a la vida cotidiana en la intersección de procesos macro y microsociales. Mediante la cristalización, alcanzamos a ver tanto las texturas particulares de una sociedad como aquellas expresiones identitarias más colectivas. Agrega que ésta constituye un lugar privilegiado para estudiar (mencionando a Sartre) “lo que el hombre hace con lo que han hecho de él”.

Por lo tanto, la complejidad que reviste la vida cotidiana y su estudio puede ser capturada según la valoración de los expertos desde estas categorías que recuperan la autopercepción de actividades y necesidades, como también los roles desempeñados.

Cuadro N° 8: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “vida cotidiana”. Valores relativos

		Vida Cotidiana					Promedio
		Lo cotidiano	Necesidades	Valoraciones	Roles desempeñados		
FACTIBILIDAD							Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	50%	100%	100%	50%	75%	
	B	100%	100%	100%	100%	100%	
	C	100%	100%	50%	100%	88%	
	D	50%	50%	50%	50%	50%	
	E	100%	100%	100%	100%	100%	
	F	100%	100%	100%	100%	100%	
	G	100%	100%	100%	100%	100%	
	H	50%	50%	100%	100%	75%	
		PROMEDIO GENERAL					82,8

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Al determinar la factibilidad de la subdimensión, los valores se vuelven heterogéneos, sobre todo en los expertos que no están vinculados a la atención primaria. Uno de ellos participa directamente en la confección de SIS, por lo cual tiene un conocimiento específico, ligado a lo académico, a la gestión y confección de sistemas. Como sucedió con la subdimensión anterior, retomaremos el proyecto marco para la construcción sugerente de preguntas o indicadores que den cuenta de la subdimensión que se intenta capturar:

1. *¿Qué actividades cotidianas realiza en su espacio familiar y/o laboral, con quién comparte mayoritariamente su tiempo?*
2. *¿Cuáles cree que son las necesidades más sentidas por Ud., su familia y/o su comunidad?*

Lo que se debería indagarse también es cómo son valoradas estas actividades desde categorías tales como placenteras y/o displacenteras, para ahondar sobre las particularidades de la vida diaria. También es importante reconocer cómo atraviesa en

la vida familiar la distribución de roles y responsabilidades domésticas que muchas veces configuran inequidades en detrimento de las mujeres y que reconfiguran la vida cotidiana hacia un espacio privado, a la vez que restringen la participación en el espacio público.

Cuadro N° 9: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “vida cotidiana”

		Vida Cotidiana			
		Lo cotidiano	Necesidades	Valoraciones	Roles desempeñados
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c	c
	B	b	b	a -III	b
	C	b	a -II	b	b
	D	b	b	b	b
	E	b	a -II	a -II	b
	F	b	a -II	a -II	b
	G	b	b	a -II	b
	H	a -II	a -II	b	b

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a; Tipo de cambio:

I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.

II) Sugiere cambios en los elementos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.

III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Nuevamente, el análisis del cuadro sugiere cambios y evidencia una gran riqueza a la hora de pensar la confección de SIS porque ahonda en las particularidades de cada atributo. En este caso, los aportes son sugeridos en menor medida por efectores de salud próximos. La gran mayoría son propuestos por expertos académicos y una de gestión en salud. Esta mirada alejada del trabajo de campo puede conllevar avances sobre especificidades de la vida cotidiana a considerar en este trabajo.

Sobre esta subdimensión, los expertos observaron lo siguiente: sobre los elementos presentados en “lo cotidiano”: “actividades”, “lugar” y “los otros”, la experta H sugiere cambiar “actores” por “los otros” y agregar el elemento “tiempo”. Los elementos presentados en “necesidades”: “prioridad”, “familia” y “comunidad” fueron también comentados. El experto C sugiere rever el elemento “prioridad”; la experta F sugiere sacar “prioridad” y la experta H sugiere agregar el elemento “particulares” referidos a las necesidades.

Frente a los elementos presentados en “valoraciones”: “placentero”, “displacentero” y “rutina”, la experta E sugiere sacar “rutina”; la experta F sugiere que “rutina” sea valorada como “placentera” o “displacentera” y la experta G sugiere que la “rutina” se asocia al displacer, por lo que prefiere que se pregunte qué acción se hace frente a eso: “concreta” (lo que hizo), “futura” (lo que haré) y “deseada” (lo que le gustaría).

Cuadro N° 10: Utilidad de la información sobre vida cotidiana según niveles de gestión en salud

		Vida Cotidiana			
		Lo cotidiano	Necesidades	Valoraciones	Roles desempeñados
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	b-c	d	b-c	b-c
	B	c	b	c	c
	C	b-c	d	c	b
	D	d	d	d	d
	E	c	d	b-c	d
	F	b	c	c	c
	G	c	c	c	c
	H	b-c	c	b-c	d

Referencias: Ministro de salud: a; Diseñador de programas: b; Efecto de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

En el cuadro anterior, en líneas generales se observa que son los expertos que trabajan actualmente en el primer nivel de atención los que consideran de mayor utilidad la información que puede construirse a partir de indagar en la vida cotidiana y, en general, el resto combina esta respuesta incorporando a diseñadores de programas. Esto se debe a que la información otorgada por los atributos y elementos de la subdimensión no se observa con toda su magnitud y se la circunscribe a una dimensión próxima del sujeto, desarticulada de su relación con el contexto social.

Cuadro N° 11: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “contingencia”. Valores relativos

		Contingencia			
		Cambio	Modos de afrontamiento	Valoración	
REPRESENTATIVIDAD					Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%
	C	100%	50%	100%	83%
	D	100%	100%	100%	100%
	E	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%
	H	100%	100%	100%	100%
		PROMEDIO GENERAL			97,8

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Esta subdimensión es una de las que posee mayor porcentaje de representatividad: sólo un experto vinculado al primer nivel de atención le asigna a la propiedad “modos de afrontamiento” un puntaje medio, lo que a nuestro juicio y de acuerdo con la mayor amplitud del cuadro o el puntaje general, no reviste importancia.

La “contingencia” se enlaza con el transcurrir de la vida cotidiana e implica siempre la disposición de una acción que puede o no generar tensión o ruptura. Ahora bien, siempre la contingencia incorpora una novedad y es sobre esa novedad que se generan las condiciones de posibilidad para afrontar o generar posibilidades de

afrontamiento que permitan visibilizar recursos y respuestas para incorporar subjetivamente la “incomodidad”. A su vez, resulta necesario clasificar a la contingencia como acontecimiento de amenaza u oportunidad. La identificación que pueden ofrecer las personas interrogadas expresará formas de dar respuestas a los imprevistos cotidianos, las fuerzas sociales a las que se apelan como así también los modos en los que un sujeto define tempestades, posibilidades y aperturas para el cambio, para así reconocer así sus disponibilidades y las condiciones que lo habilitan para tomar decisiones.

De acuerdo a cómo definimos la vida cotidiana vamos a comprender también a la contingencia. Si ésta implica ruptura, entonces se impone como lo novedoso y se rompe la rutina cotidiana, el orden de la reproducción y tiene lugar el desarrollo de nuevas prácticas. Sobre esa irrupción/continuidad, producción/reproducción en el ámbito de la vida cotidiana se produce la experiencia subjetiva y se activan las disposiciones ante un orden dado por uno nuevo. Y esto atraviesa la subjetividad, la moldea, la adecua a las prácticas sociales y a las experiencias particulares.

Cuadro N° 12: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “contingencia”. Valores relativos

		Contingencia			
		Cambio	Modos de afrontamiento	Valoración	
FACTIBILIDAD					Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%
	C	100%	100%	100%	100%
	D	50%	50%	50%	50%
	E	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%
	H	50%	100%	100%	83%
		PROMEDIO GENERAL			91,6

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Sobre la factibilidad, dos expertos que no están directamente vinculados al trabajo en terreno le asignan valores menores, sobre todo el que pertenece a un área de gestión y que tiene mayor probabilidad de estar en contacto con sistemas de información. Esto indica algo importante a la hora de incluir las dimensiones en sistemas de información en salud.

Cuadro Nº 13: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “contingencia”

		Contingencia		
		Cambio	Modos de afrontamiento	Valoración
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c
	B	b	b	b
	C	b	a -II	b
	D	b	b	b
	E	b	b	b
	F	b	a -II	b
	G	b	b	b
	H	b	a -II	b

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a; Tipo de cambio:

I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.

II) Sugiere cambios en los elementos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.

III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Es importante observar que de los tres expertos, dos pertenecen al campo académico y sugieren cambios sobre los elementos que constituyen la propiedad “modos de afrontamiento”; es decir, para ellos es necesario revisar precisamente ese concepto para que oriente claramente la configuración de preguntas hacia la subdimensión “contingencia”.

Sobre los elementos presentados como “modos de afrontamiento”: “respuesta”, “recursos” e “inesperado”, el experto C sugiere consignar el tipo de recurso; la experta F sugiere modificar “inesperado” por “perplejidad” y la experta H sugiere cambiar “inesperado” por “carácter (esperado o inesperado)”.

Cuadro N° 14: Utilidad de la información sobre contingencia según niveles de gestión en salud

		Contingencia		
		Cambio	Modos de afrontamiento	Valoración
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	b-c	b-c	b-c
	B	c	c	c
	C	d	b-c	b
	D	b-c	b-c	b-c
	E	c	c	c
	F	c	c	b
	G	d	d	d
	H	d	b-c	b-c

Referencias: Ministro de salud: a; Diseñador de programas: b; Efectores de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Sobre “contingencia”, los expertos minimizan que un ministro de salud requiera utilizar esta información. En su gran mayoría, el cuadro expresa una variedad que sitúa como actores principales a quienes diseñan programas y a efectores. Esta subdimensión pareciera focalizar sobre un aspecto específico de la subjetividad que necesariamente se complementa con otras propiedades.

Es importante destacar que la responsabilidad en la toma de decisión implica formas de acción política y, en el caso de las opiniones de los expertos, puede verse que estos descansan sobre el efector de salud. Se lo reconoce, entonces, como actor político capaz de generar cambios o transformaciones sobre la situación de la población a cargo. No obstante, los problemas en salud también son un tema político, por lo que es necesario para transformar que el sujeto se sienta parte del problema a resolver y parte de la solución, así podrá direccionar cursos de acción hacia el cambio que permitan tomas de decisión y acción política. Lo que se intenta plantear aquí es que, más allá de los planteos de Testa (2007) presentados en el análisis en el cuadro Nº 6, siempre existe (inclusive cuando el Estado no acompañe) un margen de acción política con los destinatarios, un espacio de toma de decisión que es importante conocer y recuperar para actuar.

Cuadro Nº 15: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “instituciones”. Valores relativos

		Instituciones				
		Bienes	Uso de bienes	Calidad de bienes	Necesidad	
REPRESENTATIVIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	100%	50%	50%	75%
	D	100%	100%	100%	100%	100%
	E	100%	0%	100%	100%	75%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	100%	50%	50%	100%	75%
		PROMEDIO GENERAL				72,5

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

No pareciera haber un patrón predominante sobre las características que poseen los expertos que le han asignado un puntaje menor a la representatividad de la subdimensión “instituciones”. Cada uno está vinculado a espacios de trabajo diferentes y esto no resulta un dato menor. Sin embargo, es necesario seguir la lectura de los siguientes cuadros respecto a la subdimensión para ver si ocurre una variación, si persiste la posición o si es corregida en otras valoraciones.

En una segunda lectura, afirmamos que el uso y la calidad de bienes parecen los menos puntuados; esto se puede deber a la dificultad de medir la calidad para una persona o que esta medición varíe de un agente social a otro, al no haber criterios más claros, se pierda. Lo sustancial de la subdimensión es que regula nuestras relaciones sociales, nos preexiste. Cada institución posee una finalidad que la distingue y la identifica. La institución precede al individuo singular, lo introduce en el orden de la subjetividad y predispone las estructuras de simbolización (Kaes et al, 2002).

Entendiendo que las instituciones están configuradas por sistemas complementarios, que atraviesan la subjetividad y que a su vez preforman los modos de producción subjetiva, decimos que las instituciones proveen al sujeto de herramientas expresivas e instrumentales esenciales, en situaciones cotidianas de crisis o malestar social, a través de la comunidad, las redes sociales y los lazos de vecindad.

El mundo coordinado por el Estado, la subjetividad generada por la familia permite pasar por la escuela, de la escuela pasar por la fábrica, a la oficina, al hospital, al cuartel (señalaba Lourau, 1978) (...) están regidas por la misma lógica. Pero sin una instancia que coordine los recursos subjetivos pertinentes para habitar una situación, no son pertinentes para la otra; la entrada en cada situación tendrá que atravesar su momento de perplejidad (...) podemos crear las prácticas capaces de instaurar una subjetividad que pueda moverse en medio sin desmentir la indeterminación esencial y, a la vez, sin desgarrarse por eso. No sé si es posible, sólo sé que es necesario. (Lewkowicz, 2008:186)

Lo que el autor enfatiza es la interrelación de las instituciones en una sociedad, pero ¿existe esa relación social mecanicista? En algunos casos pareciera que no, y por eso los atributos que componen la subdimensión son específicos.

La presencia de las instituciones no asegura que los sujetos transiten en ellas, y tampoco su participación garantiza el uso responsable o adecuado. Nos referimos, por ejemplo, a un centro de salud y a prácticas de curación alternativas que muchas veces

no se desarrollan en esa institución formal del Estado. Ahora bien, la persona muchas veces resuelve su problema de salud y eso nada nos dice de la calidad de los bienes prestados, por esto indagar sobre la necesidad en vinculación con las instituciones podría otorgarnos pistas para aproximarnos a una relación sujeto/contexto/institución más real.

Por esto, el carácter polisémico del concepto “institución” requiere de una especificación tal a la que los expertos han contribuido para poder ser capturados desde los sistemas de información en salud.

Cuadro Nº 16: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “instituciones”. Valores relativos

		Instituciones				
		Bienes	Uso de bienes	Calidad de bienes	Necesidad	
FACTIBILIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	50%	50%	100%	75%
	D	100%	100%	100%	100%	100%
	E	100%	50%	100%	100%	88%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	50%	50%	50%	100%	63%
		PROMEDIO GENERAL				90,6

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Sobre la factibilidad, se repite el caso de los expertos de menor ponderación presentes en el cuadro anterior y que pertenecen a espacios diferentes. Sin embargo, el puntaje promedio es mayor que los analizados en el cuadro N° 15, por lo tanto consideramos una mejora que puede impactar en la misma representatividad si el cuadro siguiente fija claras posiciones sobre cambios desde estos expertos en función de cada atributo. Sobre esto, sugerimos agregar las siguientes preguntas e indicadores que pueden contribuir a la confección de un instrumento:

1. *¿Cuáles son las instituciones que hay en el lugar en el que Ud. vive y qué cree que ofrecen a la comunidad?*
2. *¿Quiénes participan de ellas, de qué manera, por qué motivos?*

Estas preguntas pueden ampliarse indagando sobre necesidades de la comunidad, participación, motivos, niveles de satisfacción, circunstancias en las que se acude a ellas. Así se podrá configurar el mapeo de recursos, necesidades y participación.

Cuadro N° 17: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “instituciones”

		Instituciones			
		Bienes	Uso de bienes	Calidad de bienes	Necesidad
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c	c
	B	b	b	b	b
	C	a -II	b	a -II	b
	D	b	b	b	b
	E	a -II	b	b	b
	F	a -II	b	a -II	b
	G	b	b	b	b
	H	b	a -II	a -II	b

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a; Tipo de cambio:

- I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.
- II) Sugiere cambios en los elementos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.
- III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

A partir de lo expuesto en los dos cuadros comentados anteriormente, nótese que los mismos expertos sugieren cambios en igual línea a la que han puntuado (con menor promedio) anteriormente, lo cual permite leves ajustes para mejorar las puntuaciones del cuadro N° 15 y 16. Los expertos sugieren una serie de cambios que, seguramente, redundarán en aportes interesantes. En los elementos presentados en “bienes”: “lugar” y “oferta”, los expertos C y E sugieren agregar el elemento “accesibilidad” (económica o geográfica); por su parte, la experta F sugiere que se valore la “oferta” como positiva o negativa.

Frente a los elementos presentados en “uso de bienes”: “con quiénes”, “cómo”, “motivos”, la experta H sugiere agregar el elemento “dónde”.

En cuanto a los elementos presentados en “calidad de bienes”: “necesidad” y “satisfacción”, los expertos C y F sugieren agregar el elemento “valoración” (positiva o negativa); la experta H sugiere valorar si la necesidad satisface (sí, no o medianamente).

Estos cambios permiten explorar la presentación de los temas que se incluirán en la grilla y la inclusión de criterios no previstos.

Cuadro N° 18: Utilidad de la información sobre instituciones según niveles de gestión en salud

	Instituciones				
	Bienes	Uso de bienes	Calidad de bienes	Necesidad	
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	d	d	d	b-c
	B	c	c	b-c	c
	C	d	b	b-c	d
	D	d	d	d	d
	E	d	d	d	d
	F	d	d	d	d
	G	d	d	d	d
	H	d	b-c	d	d

Referencias: Ministro de salud: a; Diseñador de programas: b; Efecto de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

El cuadro muestra que, para los expertos, todos los niveles de gestión pueden y deben manejar esta información. En pocos casos se reduce al diseñador o efector; pero más allá de esto, hay una clara coincidencia sobre lo relevante que puede ser conocer las instituciones y su calidad desde la perspectiva de los usuarios o la comunidad en general.

Es importante aquí resaltar la idea de que las instituciones son efectivamente espacios políticos donde el poder no es pertenece a uno sobre otros, sino que surge de la acción (pensar y hablar) en común (Correa, 2003). Es así que resulta importante reconocer que una subdimensión como “instituciones”, que incluye a todos los niveles de decisión, podría aún mas dirigir cursos de acción hacia sentidos complementarios que subviertan las realidades adversas desde políticas que incluyan una mirada de las

instituciones en el territorio. Así, los efectores de salud podrán hacer usos del poder de una manera que responda a las demandas reales de una comunidad. El conocimiento de las instituciones en un territorio también permite cartografiar los recursos y fortalezas con los que se cuenta para planificar en salud. Y eso supone identificar oferta y demanda, como así también debilidades, cuestiones ampliamente reconocidas como necesarias para trabajar en el primer nivel de atención.

Consideraciones generales

En líneas generales, las respuestas de los distintos expertos coinciden en gran medida con la propuesta teórico-metodológica que sustenta la tesis. Respecto de la subdimensión “contexto social”, que fuera desglosada en cuatro atributos: “percepción de cambio”, “valoraciones del cambio”, “sentimientos asociados” y “modos de afrontamiento”, el criterio de representatividad fue calificado con un promedio total del 82,8%, por lo que se considera un ponderación muy alta que no requeriría modificación alguna y debería ser tenida en cuenta.

Con respecto al criterio de “factibilidad”, la puntuación fue de un 81,2%. Por lo tanto, para los consultados su inclusión en los sistemas de información es altamente posible y adecuada. En relación al criterio “sugerencias de modificaciones (sobre concepto, propiedades, y claridad)” de la composición de cada atributo, los expertos en general no proponen modificaciones significativas, sino que adhieren a la construcción teórica de la dimensión. Por último, sobre el criterio de “utilidad de la información”, los expertos consideran que la información sobre la percepción del contexto social por parte de la comunidad debe ser para todos, salvo algunos atributos que señalan al efector de salud como responsable de esa información, justamente por considerarlo más cercano a la realidad comunitaria.

“Vida cotidiana” fue desglosada en cuatro propiedades o atributos: “lo cotidiano”, “las necesidades”, “las valoraciones” y “los roles desempeñados”. Los expertos puntuaron satisfactoriamente la representatividad de este contenido y le asignaron un puntaje mayor al 90%, por lo que se considera pertinente la correlación dimensión, subdimensión y propiedades sugeridas. Lo mismo sucedió con el criterio de factibilidad, puntuada con un promedio mayor al 80%. Indagar sobre esta subdimensión permite capturar la subjetividad desde los sistemas de información en salud. Esto también se ve reflejado en las escasas sugerencias de introducir cambios por parte de los expertos. Respecto al señalamiento sobre niveles de decisión gubernamental, se consideró que la información puede ser de mayor utilidad para

aquellos agentes más cercanos a la realidad comunitaria: diseñadores de programas y efectores en salud, excepto, en forma unánime, ministros o secretarios de salud.

Respecto a la subdimensión “contingencia”, ésta fue desglosada en tres propiedades: “cambio”, “modos de afrontamiento” y “valoraciones”. Los expertos coinciden casi en un 100% sobre la representatividad de los contenidos. Esta alta puntuación también es interesante para considerar la pertinencia de la propuesta.

Sobre la factibilidad, esta subdimensión también fue calificada como altamente posible de ser incluida en los sistemas de información. Sobre el criterio “modificaciones”, en general estuvieron de acuerdo y sólo en dos casos se observaron sugerencias; en relación a la primera experta, parece no haber comprendido qué se le preguntaba.

Respecto al señalamiento sobre niveles de decisión gubernamental, los resultados que arrojan las respuestas parecen bastante repartidos, aunque predomina la afirmación de que la información puede ser de mayor utilidad para aquellos agentes más cercanos a la realidad comunitaria, es decir, el efector en salud.

Conceptualmente, la subdimensión “instituciones” fue desglosada en cuatro propiedades: “bienes que se posee”, “usos de esos bienes”, “calidad” y “necesidad a la que responden”. Sobre el criterio de representatividad, más del 70% muestra una diferencia respecto a las otras subdimensiones, pero en sí misma no deja de ser una ponderación importante. La factibilidad, en términos porcentuales, presenta un incremento respecto al criterio anterior y alcanza un 90,6%, lo que le otorga solidez al contenido. Sobre el criterio modificaciones, en la matriz de procesamiento se observa sólo una sugerencia de modificación que no reviste mayor importancia en relación a todo el contenido a validar. Por último, respecto al señalamiento sobre niveles de decisión gubernamental, se consideró que la información ofrecida por los distintos atributos o propiedades puede ser de utilidad para los efectores de salud. Nuevamente, es ponderada el manejo de la información por parte de las personas con mayor proximidad al territorio; esto nos permite hipotetizar, de acuerdo a la propuesta de los expertos, que las distintas construcciones teóricas desarrolladas posibilitan una planificación en salud pensada en y desde la comunidad. Por ende, la información y el diseño de programas deberían contemplarse de abajo hacia arriba, lo cual se corresponde con las perspectivas Latinoamericanistas de la salud colectiva desarrolladas en los primeros capítulos.

d) A modo de cierre

La validación de contenidos sobre la dimensión “subjetividad” ha permitido discutir con las visiones de otros profesionales de la salud y expertos académicos en el tema. En su mayoría, han contribuido a solidificar las construcciones vertidas en toda la tesis y a otorgar mayores garantías para pensar los sistemas de información en salud desde las perspectivas del actor. De este modo, se reconoce la necesidad de construir información con y en la comunidad, y con ella generar procesos de acción colectiva.

CAPÍTULO IV

EPIDEMIOLOGÍA, INTERCULTURALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Para un modelo de abordaje integral del proceso salud-enfermedad-ambiente, es necesario reconocer la importancia de la interculturalidad y cómo ésta es atravesada por las dimensiones de la subjetividad. El análisis que describiremos a continuación focaliza en la complejidad del trabajo en salud, teniendo en cuenta la implicancia de los procesos culturales.

El presente capítulo establece un recorrido que busca precisar conceptos centrales del tema, como así también principales discusiones teóricas que nos permitan trazar lazos conceptuales para argumentar la posición asumida desde el campo de la salud, de acuerdo con su dimensión social, cultural y política.

Luego, nos detendremos, al igual que en el capítulo anterior, a realizar un proceso de deconstrucción conceptual para poder incluirlo en un instrumento de consulta de experto.

Por último, presentaremos los resultados del sometimiento a jueces para validar los contenidos desde la representatividad, factibilidad, consistencia e importancia de la información construida para los niveles de gestión.

a) Las fronteras interculturales

Los procesos de globalización, las migraciones masivas, las guerras mundiales y la desaparición paulatina del empleo en el mundo, son algunos de los ejemplos de que las culturas poseen dos movimientos que preceden a estos cambios: el repliegue sobre sí o la salida inconexa, desordenada, hacia el encuentro con el otro diferente.

Sobre el concepto “cultura” existen más de 300 definiciones ya formuladas en el mundo (García Canclini, 2004). A continuación, precisaremos la noción de “cultura” sobre la que se fundamenta este estudio, teniendo en cuenta su carácter polisémico e incluyendo en el análisis los procesos de estigmatización y la dimensión.

La cultura, como producto sociohistórico, se encuentra en mutación permanente y refiere a un sistema de creencias y a un mundo simbólico compartido. Por lo tanto, se produce una coproducción permanente de la estructura semántica que le da sentido y vida a los objetos materiales y simbólicos. En este sentido, la acción comunicativa es un elemento vital para el desarrollo y la variación de la conceptualización de la cultura.

Su constante movimiento, fruto de los cambios sociohistóricos y de la influencia de otras culturas, revierte el carácter estático en el que muchas veces se la sitúa. Cada sociedad es hacedora de su propia cultura y posee una organización social, una cosmovisión del mundo propio, de su historia, de la materialidad de las cosas, de las producciones y reproducciones que fijan su existencia.

Desde este trabajo acordamos con la definición que García Canclini plantea sobre cultura, como “abarcativa del conjunto de los procesos sociales de significación, circulación y consumo de la significación en la vida social” (2004: 34). La cultura y sus elementos construyen un afuera que los diferencia y sus fronteras presentan una permeabilidad. Es importante reconocer además una dimensión de poder circulante en la diferencia, que es propia de los procesos culturales y que se pone en juego también al interior de cada una, en su devenir sociohistórico. Para analizar el poder, es central considerar la fabricación de los signos de una cultura, ya que éstos no son configuraciones estáticas: la gente, todo tiempo, fabrica tramas de significados de manera diferente (Grimson, 2011).

Desde el marco de los postulados clásicos de la antropología, en muchos casos se han realizado aportes tendientes a considerar la cultura como medio para estabilizar atributos comunes, construidos en un escenario común y en convenciones semánticas de agentes comunitarios nucleados bajo expresiones y creencias relativamente compartidas. Estos planteos homogeneizantes no han logrado explicar el concepto de diversidad cultural, justamente porque se evita el factor de poder circulante en las sociedades entre las diferentes culturas y los significados que se ponen de manifiesto en la alteridad, que deviene en extraño.

Beck (2007) entiende lo “extraño” como el distanciamiento de la proximidad a través de la intimidad, lo cual no tiene que llevar en ningún caso a la comprensión mutua. Expresa la dimensión subjetiva en la construcción del extraño, porque lo que manifiesta este autor es que el concepto de extraño carece de un contraconcepto. Lo que puede ser lejos para un sujeto, puede que sea muy lejos para otro.

No obstante, estos planteos expresan la complejidad de comprender el par otros-nosotros y la imposibilidad de ver a la cultura como figura homogénea aislada en el tiempo y en el espacio, o como organizadora de una totalidad.

En este estudio consideramos que las fronteras culturales son construidas y deconstruidas por los propios sujetos de una misma cultura, al tiempo que cuestionamos la coproducción entre sujetos. En este sentido, la concepción congelada sobre cultura de Stolcke (2004) no sólo se ha convertido en una herramienta para

todos los análisis sociales y políticos actuales (lo que no es visto por la autora como positivo), sino que hasta ha desplazado el concepto clásico de sociedad, que sirvió de mucho para el análisis de clases en tiempos capitalistas modernos.

En otro plano, Abu-Lughod (1991) plantea que el concepto “cultura” conlleva a un nosotros-ellos que dispone una relación necesariamente asimétrica. Entonces, el concepto pareciera servir tanto para separar como para homogeneizar, lo cual presenta dos caras opuestas.

Por lo expuesto, la cultura como concepto diferenciador produce la proximidad a la construcción de un extraño que deviene muchas veces, en construcciones de estigmatizaciones entre grupos sociales diferentes.

Los intercambios económicos y mediáticos globales, así como los desplazamientos de muchedumbres, acercan zonas del mundo poco o mal preparadas para encontrarse (García Canclini, 2004: 14). Esto ha dado lugar a la construcción de determinados estigmas entre los agrupamientos sociales, ha generado distancias simbólicas y confrontativas y ha profundizado la fragmentación sociocomunitaria como signo de la época actual.

El estigma se inscribe en un proceso que diluye el reconocimiento de la alteridad, produce un desmantelamiento psíquico y corporal sobre las personas, las cosifica, y pronuncia una clasificación etnocentrista que sólo tiene por objeto la identificación de aquél al cual es posible aniquilar. Su carácter totalizante desacredita al otro como sujeto. El estereotipo es un conjunto de rasgos producidos para caracterizar despectivamente a un grupo social, acorde a su fisonomía, su comportamiento y sus creencias, entre otras cosas.

Perrot y Preiswerk (1975) los condensan en dos núcleos centrales: la simplificación y la generalización. La primera remite a una visión reduccionista y valorativa de un sujeto, concretamente lo observable; la segunda posee un carácter masificador, en tanto esta valoración de índole segregativa se hace extensible al grupo social en el cual el sujeto vive: es suficiente ver a uno sólo para conocer al resto.

La noción de prójimo, en este sentido, es abordada “como una cosa, un intruso traumático, alguien cuyo modo de vida diferente molesta, destruye el equilibrio y su cercanía puede hacer emerger la violencia propia” (Žižek, 2009:76).

El estigma o estereotipo reposa sobre una retórica compartida por una cultura dominante, y es sobre ese andamiaje que produce prácticas y enunciados de separación; la existencia y convivencia de múltiples culturas son los escenarios en donde se expresa: su territorio. Por lo tanto, el estigma está imbricado con la propia

historia de las culturas, traza líneas de separación social asimétrica y genera en la subjetividad lo que Castel refiere como resentimiento: “una mezcla de envidia y de desprecio que se juega sobre una situación social diferencial y fija la responsabilidad de la desdicha que se sufre en las categorías ubicadas justo por encima o justo por debajo de la escala social” (Castel, 2004: 64).

Para determinados grupos sociales dominantes, la georreferencia es un instrumento que permite una localización específica e intencional de los sujetos dominados. Así, el territorio puede ser mirado no sólo como objeto de disputa, sino como espacio y tiempo donde se aloja lo diferente, por lo tanto, la amenaza. Los barrios en donde la pobreza aumenta de forma alarmante pueden transformarse, para otros sectores de la sociedad, en lugares peligrosos y productores de violencia y desequilibrio social, lo cual requiere de vigilancias y precauciones ante el contacto. Sin embargo,

el control de estos territorios es lo que ha permitido a los sectores populares urbanos resistir, seguir siendo, mantenerse vivos ante unos poderes que buscan su desaparición, ya sea por la vía de desfigurar sus diferencias, por la cooptación o la neutralización de sus iniciativas (Zibechi, 2009: 45).

Este autor concibe el territorio como forma de mirar los conflictos sociales, en el cual las relaciones sociales y de poder juegan un papel preponderante, porque “el conflicto social es un conflicto territorializado” (Zibechi, 2009: 80).

Por esto pensar la interculturalidad implica el reconocimiento del otro en diversos aspectos, supone afrontar la complejidad de las relaciones sociales, el territorio y la lucha de poder en el seno de una cultura.

La segunda tensión que se discute en consonancia con el desarrollo que antecede, es la violencia legítima del Estado que se inscribe en los territorios. El desarrollo y la cotidianeidad de los procesos culturales se llevan a cabo en territorios en puja, en los cuales el Estado ocupa un lugar central.

El carácter contingente, imaginado, destructor histórico de las comunidades e identificaciones nacionales no debe hacer perder de vista el hecho de que su mismo proceso de constitución es un proceso material que implica la definición de territorios dentro de los cuales un Estado se erige como autoridad para ejercer la violencia legítima y, en ese marco, para definir políticas que involucran y producen impactos concretos en la vida cotidiana de sus habitantes y ciudadanos. (Grimson, 2000: 37)

Los trazados limítrofes, tal cual fueron dispuestos por los distintos Estados en sus inicios y en las continuas transformaciones, albergan una violencia legítima que entra en conflicto muchas veces cuando los actores sociales no reconocen como propia tal división y a su vez el espacio geopolítico que ocupan supone una amenaza de disolución comunitaria u hostigamiento persistente²².

Todas las personas son diferentes, pero su diferencia ha de resultar indiferente a una sociedad y a un Estado que son, en principio, neutrales, laicos no sólo en el plano confesional, sino también en el cultural, y que, por lo tanto, no tiene nada que decir sobre el sentido último de la existencia humana ni sobre otros valores generales que no sean aquellos de los cuales depende el bienestar y la convivencia²³ del conjunto de sus miembros o administrados, (Delgado 2004:103)

La violencia legítima del Estado nos habla de trazados intencionales que disponen una división territorial más allá de las adscripciones culturales.

Sobre el concepto "territorio", algunas posturas lo refieren desde una dimensión simbólica y no solamente instrumental. La visión de territorio como espacio busca superar las dimensiones presentadas y le reconoce una dimensión espacial y otra temporal.

Lo significativo de la discusión son los debates que se establecen en torno al tema. Los diversos acuerdos que se podrían reconocer tienen que ver con el lugar, espacio o territorio, que refiere a lo físico, a lo simbólico, a lo espacial, a lo temporal, lo político. A este concepto lo definen los propios actores y remite muchas veces a un conflicto. Por eso mismo es lugar para la acción, para la resistencia a la dominación social, para la transformación. Es ámbito de reproducción de la vida cotidiana, circulación de afectos, emociones y sentimientos a partir del encuentro con otros, como punto de partida para la construcción de un "nosotros".

Zibechi (2009) entiende al territorio como una forma de mirar los conflictos sociales, según la cual las relaciones sociales y de poder juegan un papel preponderante, porque el conflicto social es un conflicto territorializado. Si bien éste y otros planteos

²² Con este concepto aludimos a las distintas valoraciones negativas que los grupos dominantes, a través de la percepción de la diferencia, construyen a modo de distinción selectiva y estigmatizante en relación a grupos considerados subalternos.

²³ El autor considera a la convivencia como posible en tanto se obstaculicen los efectos disolventes de una sociedad heterogénea, que a su vez en su máxima expresión pueden ser el motor del progreso social (Delgado, 2004).

afirman una estrecha relación de poder entre territorio y agentes sociales, es necesario reflexionar también desde otras perspectivas.

La relación entre territorio y cultura puede no resultar necesariamente correspondiente, porque las personas van configurando nuevos mapas con motivo de procesos migratorios, globalización y violencias de Estado que generan la relocalización del hábitat, y que demandan la producción de procesos de reterritorialización. Por lo tanto, el territorio se constituye, muchas veces, en una construcción episódica; es decir, no es necesariamente un lugar de habitabilidad perpetuo para muchos, para construir una territorialidad, y no siempre prefigura una condición de estabilidad ni correspondencia en la relación sujeto-tierra-hábitat.

En síntesis, el territorio, desde estos puntos de vista, pareciera un elemento ligado al sentimiento de pertenencia, relacionado con las configuraciones culturales según mayor o menor alternancia, y es menester circunscribirlo en las realidades interculturales.

En sociedades con profundas desigualdades sociales se debe abordar la interculturalidad desde prácticas convergentes y divergentes. Los modos de agrupamiento social heterogéneo muchas veces disponen a la segregación, y los Estados, en sus inicios y sus desarrollos, promueven políticas de reproducción de violencias legítimas. Asimismo, en poblaciones en las que la salud se deteriora, los derechos sociales se vulneran, los modos de vida se desvanecen, suele gestarse resistencia a las imposiciones y esto provoca movimientos centrífugos y genera estrategias y toma de decisiones en pos de construir enunciados y prácticas con otros desde la otredad, la mutualidad y el respeto.

Por lo tanto, las culturas presentan un carácter contingente y de impredecibilidad propio de su relación con el momento sociohistórico, los cambios estructurales del Estado, las luchas de poder y las relaciones sociales que en ese campo se juegan y se disputan. Pero no se debe absolutizar la cultura como un territorio impredecible por excelencia, sino reconocer un movimiento pendular que va desde de la certeza hacia la incertidumbre.

Es preciso considerar, luego de estas caracterizaciones, que la interculturalidad necesita ser pensada desde estas categorías para no caer en sesgos que invisibilicen las relaciones de poder entre culturas. Para el trabajo en salud desde el lugar de agente externo en una comunidad, se tendrá en cuenta que quien lo hace es portador de un sentido subjetivo que jamás deberá imponer, que posee modos de organización de la experiencia y de su propia visión del mundo que no necesariamente son

similares a las del grupo cultural en el cual puede llegar a trabajar. es así que el desafío es cómo pensar su trabajo dentro de los movimientos pendulares que se presentan en los territorios y cómo desarrollar en la práctica un control epistemológico que permita disminuir las distancias y objetivar el encuentro con la comunidad.

Desde esta perspectiva, que ubica al nominado “control epistemológico” al nivel del concreto trabajo de campo y teórico a la vez, es posible abrir caminos para trabajar el subjetivismo de las ciencias sociales. Es decir, el subjetivismo del investigador puede controlarse o por lo menos reflexionarse crítica y conscientemente desde un arduo y continuo trabajo conceptual. (Achilli, 1985: 7)

Es necesario, entonces, reconocer la dimensión ética, metodológica y política de las prácticas en salud comunitaria, desde una visión intercultural que promueva la participación y el encuentro, y que contemple las relaciones de dominación y subordinación que existen en el seno de cada sociedad y que atraviesan a las comunidades.

El lugar de la comunicación en la interculturalidad

Para comprender las dimensiones de la interculturalidad, es necesario abordar la comunicación como un campo de interlocución, en el cual el Estado ocupa un lugar preponderante. Cada movimiento social, en un determinado contexto de opresión, tiene por objetivo, ante la amenaza o la anulación cultural, construir enunciados que tengan alcance en el espacio público, en tanto es ahí donde se hacen visibles o invisibles para el conjunto de la sociedad.

La comunicación así entendida, posee una dimensión/intención identitaria de operar en un campo semántico y lingüístico en permanente tensión entre la lengua hegemónica y aquélla producida por culturas dominadas.

La hegemonía, en un territorio amplio, posee la intención de homogenizar una lengua particular; para tal fin, dispone de la escuela como un instrumento socialmente consolidado.

Por último, en relación a la comunicación, desde este trabajo entendemos que no se reduce a la interlocución verbal entre distintos agentes, sino que en la relación intercultural y comunicativa coexisten “rasgos diacríticos” (Grimson, 2000: 56) que refieren a códigos, y rasgos que diferencian un grupo de otro.

Ahora bien, la comunicación toma distintos matices, más allá de la pertenencia territorial. La palabra es sólo un acto comunicativo que expresa una cultura, su carácter heterogéneo implica considerar la afirmación de que “no es necesario ir muy lejos de casa para que se inicie una comunicación intercultural” (Grimson, 2000: 66), en tanto la variación lingüística y los campos semánticos se exponen con la palabra en territorios próximos.

Pero existen otras formas lingüísticas de comunicarse a tener en cuenta, como por ejemplo, la kinésica, que refiere a los movimientos corporales, faciales y al sentido del tacto, que está atravesado por la edad y el sexo. En este marco, la comunicación se complejiza aún más si aparte de considerar estos modos de interacción, incluimos los dispositivos paralingüísticos que atraviesan las relaciones sociales. En este sentido, Alejandro Grimson (2000) nos advierte que el ritmo, la velocidad de la voz, los silencios, los olores, suelen ser indicadores de esta clasificación. Así, la lectura de una cultura se puede comprender desde tres dimensiones: la norma, lo que se dice y lo que se hace, atravesadas por un tiempo y un espacio dispuestos por el momento sociohistórico y por las relaciones establecidas con los territorios circundantes. Estos elementos son a su vez constitutivos de la identidad, fuertemente vinculada a la noción de cultura, territorio y percepción del otro, tema al cual vamos a referirnos en el siguiente punto.

Consideraciones sobre identidades

Desde distintas lecturas antropológicas, la noción de cultura ha estado siempre relacionada con la noción de identidad, y ambos conceptos resultan polisémicos, con lo que conllevan a controversias y disputas teóricas. Según Brubaker y Cooper (2001: 37), al término “identidad” se le exige que cumpla con diversas funciones, desde un uso exacerbado, se busca que refleje modos de acción no instrumentales para designar igualdad entre personas a lo largo del tiempo, para enfatizar el carácter fragmentado de la experiencia contemporánea del yo, entre otras opciones, por lo que es un término que soporta una carga teórica importante.

Veamos algunos enunciados que expresan la noción de identidad y sus diferentes discusiones. Desarrollaremos a continuación afirmaciones que consideramos útiles para comprender –siempre de manera parcial (circunstancial)– la noción de identidad: *La identidad es política*: desde esta fracción, la filosofía política puede contribuir a su comprensión. La identidad es narrativa y es acción, acción política que se expresa en

la medida en que exista una esfera pública que permita el encuentro entre los hombres como lugar de interacción.

La identidad pareciera ser una respuesta de quien narra ante una pregunta específica: “¿Quién eres?”. Pero el concepto guarda relación no sólo con la historia, sino con lo que los otros esperan o desean escuchar de ése que narra, entonces las interacciones cobran sentido práctico y político. La narración es entendida como estructura que explica enunciados. Quien narra relata su mundo, los significados atribuidos y los objetos. El relato no es nada más ni nada menos que la forma de ingresar a ese mundo que sólo es concebido con otros actores.

La identidad también sitúa al sujeto frente a su propia historia, al mundo que lo rodea. La identidad es la respuesta a la pregunta que se le hace a cada recién llegado: “¿Quién eres tú?”, y esto sólo puede revelarse a través de la acción.

Este descubrimiento de quién es alguien está implícito tanto en sus palabras como en sus actos; sin embargo, la afinidad entre discurso y revelación es mucho más próxima que entre acción y comienzo es más estrecha que la existente entre discurso y comienzo, aunque muchos, incluso la mayoría de los actos se realizan a manera de discurso. (Arendt, 1993: 223)

La acción se convierte en reveladora sólo si va acompañada por el discurso; de esta manera revela su única y personal identidad y se concreta su aparición en el mundo, en la esfera pública.

La identidad es social: si bien esta afirmación parece ser redundante, en tanto no es posible la construcción identitaria sin un otro, resulta necesario definir qué se quiere decir cuando se habla en términos analíticos y sus alcances.

La identidad social es una definición coproducida por los actores sociales, socialmente operativa cuando transmite sentidos (valores, pautas, criterios) relevantes para las distintas partes de la interacción. Los atributos que canalizan una identidad son los depositarios de esos significados los que, a su vez, se asientan en, y debaten con, el esquema normativo y valorativo dominante y con otros esquemas alternativos. (Guber, 1999: 115)

Desde esta conceptualización, vuelve a surgir la idea de poder y desigualdad que expresamos cuando nos referimos a la cultura. En este sentido, García Canclini (2004)

–al afirmar que cada grupo social cambia la significación y los usos de los objetos y bienes en circulación– sostiene que siempre se requiere del análisis intercultural para conocer las relaciones de poder e identificar quién dispone de mayor fuerza para modificar la significación de los objetos.

Los estudios contemporáneos sobre identidad han recurrido a las postulaciones del antropólogo Fredrik Barth (1976), quien propone consideraciones analíticas para conceptualizar las identidades basadas en los siguientes puntos:

- La identidad implica autoadscripción (lo que adscribe el grupo sobre sí mismo) y también lo que otros definen sobre el grupo.
- Las fronteras identitarias son definidas considerando otros grupos sociales por contraste.
- La identidad de un grupo debe ser reafirmada constantemente, ratificada para ser conservada y activa.

Resulta importante de los aportes de Barth la condición social que adquiere la identidad, su carácter relacional, la necesidad de “otros”, desde sus postulados analíticos, más allá de que refleje sentidos conceptuales cerrados fuertemente discutibles para otros antropólogos.

La identidad no necesariamente es lo idéntico, permite diferenciar. Según advierte Briones (2006), el uso del concepto de identidad en el sentido común pareciera operar por contraste, de modo que podríamos confundirnos si así no ocurre. Se entiende también que en el campo intelectual este tipo de posturas suelen llamarse “constructivismo *cliché*” (Brubaker y Cooper 2001:40), al cual se anexa una serie de propiedades que en tiempos posmodernos se le atribuyen a las configuraciones identitarias y se agregan calificativos tales como “fluidos”, “fragmentados”, “contingentes”, “inestables”, entre otros. Estas críticas van a ser problematizadas, según Briones (2006), por Grossberg (2003) y Restrepo (2004), quienes reconocen en esa postura sesgos ahistóricos y contradictorios en su desarrollo.

Por último, según Grossberg (2003), las identidades sociales pueden verse como fruto de maquinarias diferenciadoras que buscan significar en cierta dirección la posición del sujeto, y que refuerzan diferencias de autoridad que conllevan, a su vez, a las construcciones de representaciones irrefutables y por lo tanto desiguales, arbitrarias. Briones va plantear que:

las identidades sociales pueden (y no deben) presentarse como contrastivas, aunque los mapas de significado y acción que se arman a partir de ellas no necesariamente lo sean, en tanto tienen que ver con

distintas movilidades estructuradas y prácticas de instalación en y a través de las cuales se despliega cierta capacidad de agencia. (Briones, 2006: 18)

Por lo tanto, todas estas discusiones proponen lecturas analíticas del concepto de identidad, a las que podemos agregar que toda posición teórica que tomemos en relación a este concepto puede llevarnos a performar (Briones, 2006) modos de analizar las identidades sociales. Justamente, debemos comprender que cada teoría de la identidad no logra explicar todas las identidades, dado que como categoría de análisis la identidad no es plausible de ser aplicada a todos los grupos sociales de igual manera, por lo que es necesario ponderar la experiencia de los agrupamientos sociales estudiados como expresiones temporales y espaciales únicas que pueden enriquecer los análisis etnográficos.

Briones (2006) dirá que es mejor aportar a la performatividad de las etnografías que a las teorías, como producción de conocimiento situado. Historizar las identidades pasa menos por mostrar cuán construidas son que por lograr dar cuenta de en qué tipo de contextos se activan o no ciertas marcas y qué disputas/tensiones vehiculizan esas marcas.

A modo de cierre, conceptualizar la interculturalidad permite entender los procesos relacionados con la salud ambiental y sus determinaciones. Con este fin, se han desarrollado nociones pertinentes para escenificar la interculturalidad como un campo producido social, política y culturalmente, que impone desafíos a problematizar y que está atravesado por el Estado, el territorio y las relaciones de poder.

Así, el territorio no se dispone como una simple delimitación geográfica a tener en cuenta, sino que su abordaje desde la interculturalidad implica adentrarse en las dimensiones identitarias y culturales de una comunidad, desnaturalizando situaciones de desarraigo y opresión que deterioran profundamente la salud de una comunidad.

La complejidad que presentan las culturas hoy requiere reconocer una teoría de la hegemonía para pensar las relaciones sociales. Las configuraciones culturales precisan también de la contemplación de las discusiones presentadas, lo que implica reconocer las adscripciones y las autoadscripciones de los grupos sociales, el territorio y el contexto social de producción. En ellos circula el poder como elemento de disputa, negociación y acuerdo. Por eso, debemos considerar que:

- ✓ Las culturas deben ser concebidas como configuraciones permeables.
- ✓ El poder es inherente a las culturas como elemento que circula y articula relaciones sociales, por lo tanto es necesario estudiar las relaciones de poder.
- ✓ La lengua no necesariamente determina el territorio.
- ✓ No necesariamente hay correspondencia entre territorio y cultura.
- ✓ Las identidades sociales pueden presentarse como contrastivas y poseen fronteras difusas.

Por último, consideramos que las discusiones planteadas a lo largo de este desarrollo sobre cultura y otros constructos teóricos estimados como vinculantes advierten la necesidad de pensar desde una mirada etnográfica para conocer las configuraciones culturales y, desde una mirada “caleidoscópica”, aproximarnos a la realidad. Así, lo intercultural se configura como un nuevo marco interpretativo de la cultura que pone énfasis en la comprensión de los procesos de distribución y desigualdad que se producen en los escenarios micro y macrosociales. Por eso, convendría pensarla como una relación estratégica entre culturas, que implica construir/contraconstruir/reconstruir desde la equidad de derechos (Breilh, 2003a).

b) Categorías constitutivas

La noción de “interculturalidad” que presentamos para ser incluida en los sistemas de información en salud ambiental, ha recorrido distintas discusiones hasta alcanzar la definición que ahora presentamos, tal y como lo planteamos en el punto anterior.

Para muchos antropólogos, la noción de “interculturalidad” se inscribe en un pensamiento etnocentrista, porque la conceptualización se reduce a la intervención entre culturas, según lo cual quien interviene siempre ocupa un lugar culturalmente predominante.

Sin embargo, desde la epidemiología crítica este concepto es tratado de otra forma. Existe la posibilidad de que culturas subalternas impongan en la agenda política sentidos, necesidades y prácticas no contempladas por el poder hegemónico y que, producto de procesos colectivos y luchas populares, estos reclamos alcancen una dimensión pública que obligue al aparato dominante al tratamiento y respuesta de aquello que, por sí solo, no hubiese alcanzado un lugar prioritario.

Para pensar este concepto, asumimos un enfoque reproductivista cultural, corriente de pensamiento que, aliada con la perspectiva de Pierre Bourdieu, va a considerar las nociones de “campo” y “capital”, tan desarrolladas por este sociólogo. Lo relevante de su pensamiento y lo que nos interesa destacar es su perspectiva dialéctica para

pensar la realidad de los agentes sociales y la consideración de que los sujetos actúan a partir de considerar las condiciones sociales externas e internas, en una relación mutuamente determinante que supera la falsa dicotomía establecida entre subjetividad y objetividad.

Ahora bien, esta perspectiva pareciera no estar en consonancia con el concepto clásico de interculturalidad. Sin embargo, la definición que hemos adoptado está contextualizada sobre las preocupaciones referidas a la salud ambiental, según las cuales la comprensión, el reconocimiento de la pertenencia cultural y los procesos de segregación constituyen elementos vinculantes para definir este concepto, y donde las relaciones de poder juegan un papel preponderante, dado que el concepto es tomado de la epidemiología crítica, ciencia considerada contrahegemónica que busca reconfigurar el lugar de la salud, la sociedad civil y el Estado, que identifica desigualdades y promueve la construcción de visiones coproducidas del proceso salud-enfermedad-ambiente.

Es por esto que deconstruir el concepto nos permite reafirmar la perspectiva asumida a partir de ponderar el papel de la distribución del poder. Desde allí, reconocemos las desigualdades culturales y los procesos de dominación y superamos tanto las visiones etnocéntricas como también las relativistas culturales que han mostrado determinadas limitaciones para pensar las relaciones culturales y la calibración de la convivencia como uno de los problemas que se establecen en las relaciones sociales, sobre todo en tiempos contemporáneos.

Como una primera aproximación conceptual, consideraremos a la “interculturalidad” como

la posibilidad de construcción de nuevos marcos interpretativos, traducción recíproca de conocimientos, nuevas formas de análisis y por consiguiente la generación de conceptos renovados. Implica (...) negociación de conocimiento, una (re)estructuración, y un (in)disciplinamiento de las estructuras que se integran, para que se atienda a los significados y especificidades de las zonas de contacto. (Brehil, 2003a: 272)

Abordar la interculturalidad implica el reconocimiento del otro en diversos aspectos, entre ellos, afrontar la complejidad de las relaciones sociales, el territorio y la lucha de poder en el seno de una cultura con sus consecuentes contradicciones. La interculturalidad por sí misma no posee un sentido emancipador; para que esto ocurra, debe estar inscripto en un corpus teórico que establezca una crítica de la estructura

cultural, una visualización de las relaciones de poder (dominio y concentración), un análisis de la equidad que permita que la interculturalidad se convierta en una herramienta de análisis tan relevante como para contribuir a la integración cultural y al respeto, lo que equivale a decir a la calibración de la convivencia social.

Así es que hemos elegido tres conceptos que consideramos nodales y factibles de ser incluidos en los sistemas de información en salud ambiental.

b.1 Cultura

b2 Territorio

b.3 Estigmatización

A continuación, nos detendremos a precisar cada concepto, a fin de definir una producción de sentido coherente con nuestro desarrollo y la perspectiva que se viene presentando.

b.1 Cultura

Se entiende que, como producto sociohistórico, la cultura se encuentra en mutación permanente y refiere a un sistema de creencias y a un mundo simbólico compartido. Por lo tanto, hay una coproducción permanente de una estructura semántica que le da sentido y vida a los objetos materiales y simbólicos. La acción comunicativa es un elemento vital para el desarrollo y variación de la habituación cultural.

La cultura supone modos compartidos de significar el mundo que proveen orientaciones hacia la acción, lo que implica que cuando se comparte la cultura los comportamientos de los demás se tornan inteligibles y relativamente predecibles. (Margulis, 2009: 24)

Las culturas van tomando matices distintivos según el imaginario social construido, la procedencia, las prácticas sociales, su lengua y sus modos de vida.

Sobre cultura existe mucha producción académica, de corte conceptual y empírico, que establece divergencias y convergencias. Por esto, coincidimos con las perspectivas antropológicas que definen a la cultura no como unidades selladas, sino más bien como espacios permeables donde se desarrollan convivencias culturales en múltiples territorios, y viceversa.

La cultura posee líneas de estabilidad temporal, pero en el curso y en su devenir sociohistórico posee líneas de fuga y de convergencia con otras culturas, sin perder necesariamente sus cosmovisiones. Las culturas constituyen procesos que se

configuran y reconfiguran, no son tan rígidas en su composición y, además, en la actualidad, los procesos de encuentros culturales se producen con mucha asiduidad. La cultura aglutina el código lingüístico, el sistema de creencias, los modos de interpretación, el territorio compartido, lo que se dice sobre el espacio habitado, y no necesariamente lo que las cartografías de un Estado disponen sobre las personas y la tierra.

Comprender la cultura es aproximarse a los modos de vida, entendidos como “una realidad histórica total que pertenece a un grupo social determinado (...) en cuanto es vivida en la praxis del grupo, en todo cuanto identifica a sus miembros” (Breilh; 2003a: 97). Son formas que los grupos sociales adoptan para desenvolverse diariamente y para aproximarse a estilos, conductas y formas de resolver lo cotidiano. Están compuestas por esquemas normativos y valorativos, propios y particulares de cada agrupamiento, que se modifican y son negociados constantemente con los esquemas de otros grupos sociales (dominantes o subalternos).

Otra dimensión a considerar cuando nos referimos a cultura es su imaginario social, es decir, significaciones sociales que los grupos construyen y recrean de su historia, que instituyen un universo de sentidos, a la vez que expresan los límites de inteligibilidad. El imaginario social se desarrolla acorde a las intensidades de las relaciones sociales y las frecuencias de las interacciones.

Por último, es necesario mencionar un aspecto altamente relevante para el desarrollo de la cultura y su continuidad en el tiempo: la habituación, entendida como

normas y visiones del mundo que cada cultura produce y que generan estilos de vida productores de patrones estructurados de comportamiento regulares, y relativamente estables, algunos de los cuales (...) son ejecutados de manera espontánea, mecánica, no medida por la reflexión ni por las decisiones explícitas. (Montero, 2003: 256-257)

Este proceso hace que un sujeto se adecue y se inscriba en la sociedad y en una comunidad, lo que implica a su vez, adopción de valores, normas, pautas y adscripción a un sistema de creencias.

Reconocer las configuraciones culturales, en el marco de los sistemas de información en salud ambiental, resulta un desafío y una apuesta a repensar permanentemente la relación otros/nosotros.

Por esta razón, se sugiere que se incluya en los sistemas de información en salud ambiental la percepción del sujeto frente a otros con los que comparte las prácticas

cotidianas, la lengua que se recrea en la comunicación con otros y el mundo simbólico al cual adscribe la persona y su agrupamiento.

En este sentido, la captura de ciertos elementos cotidianos propios de la cultura de pertenencia permite una proximidad al conocimiento del mundo de cosas y objetos de un sujeto situado e inscripto en un grupo referencial, y eso constituye un dato mayor si con los sistemas de información en salud queremos aproximarnos a la realidad comunitaria.

Por lo tanto, es preciso indagar, desde el concepto de cultura, las siguientes nociones referidas a esta subdimensión:

- ✓ Otridad: implica otro, la autoafirmación en la diversidad, constituirse como otro diferente, distinto, lo que se distingue. En el marco de lo expuesto, resulta necesario indagar pertenencia, nacionalidad propia y familiar del sujeto que podría advertir adscripciones culturales diversas.
- ✓ Alteridad: es un concepto que refiere al descubrimiento que el “yo” hace del “otro”, lo que implica un surgimiento de una variedad de imágenes de ese “otro” y diversas visiones de ese “yo” que incluye un “nosotros”. En el marco de la participación cultural, resulta necesario conocer las actividades que se realizan con otros para identificar situaciones de aislamiento y sociabilidad desarrolladas con otros.
- ✓ Lengua: es el idioma del sujeto que predomina en la interacción con otras personas en la vida cotidiana, y está vinculado a un aspecto histórico y emocional relevante para él. Los tipos de lengua muchas veces remiten a una pertenencia territorial compartida, silenciada en ocasiones, o reproducida en círculos sociales más pequeños.
- ✓ Adscripción: refiere al proceso de adhesión de un sujeto a una práctica o discurso que se expresa material o simbólicamente. Por ejemplo, adhesión a una ideología, religión u opción política, entre otras cosas. Esta noción de adscripción alude a la necesidad de indagar sobre prácticas en salud, religiosas o políticas que hacen a la vida cultural de las personas.

Estos aspectos permiten la captura de la dimensión desde la perspectiva del actor social. Se trata de una categoría difícil de analizar y comprender, no sólo por los debates mencionados anteriormente, sino por la susceptibilidad del concepto y sus diversos usos. A pesar de ello, creemos necesaria su inclusión en los sistemas de información para contribuir a la salud ambiental.

b.2 Territorio

El concepto de “territorio” resulta por demás debatido en las disciplinas de las Ciencias Sociales actuales, a través de diversos argumentos enriquecedores. Algunas posturas refieren al concepto como una sola dimensión instrumental; otras incluyen una dimensión simbólica. La visión de espacio como territorio busca superar las dimensiones presentadas al reconocerle una dimensión espacial y temporal.

El territorio como lugar-espacio refiere a lo físico, a lo simbólico, a lo espacial, a lo temporal, a lo político, y lo definen los propios actores. Remite muchas veces a un conflicto, a una puja. Es lugar para la acción, para la resistencia a la dominación social, para la transformación. Es ámbito de reproducción de la vida cotidiana, circulación de afectos, emociones y sentimientos, a partir del encuentro con otros, punto de partida para la construcción de un “nosotros”.

Recuperando lo expuesto en el punto anterior, según Grimson (2000), el Estado, cualquiera fuere, ejerce una violencia legítima de primera instancia cuando divide un territorio arbitrariamente, sin mediar un consenso. Esta violencia es percibida, en términos subjetivos, cuando un agente comunitario manifiesta en su discurso disconformidad, sentimientos negativos sobre el lugar en donde vive, lo que puede ser por opción, por ubicación arbitraria del Estado, o por trazados topográficos difusos que ocasionan diversos problemas para el sujeto. Para aproximarnos a esta subdimensión, es necesaria la exploración conceptual como modo de adoptar una posición sociopolítica que, a su vez, generará la inclusión del concepto en los sistemas de salud ambiental.

Desde este punto de vista, buscamos problematizar, reflexionar y debatir los escenarios sociales desde el concepto de “territorio” para

trabajar en una teoría contrahegemónica que facilite una construcción intercultural, que coordine el pensamiento y unifique la acción sin ser dominante (...) que se coloque como puente entre las varias miradas hegemónicas, (...) y lo haga pensándose como un apoyo de una acción de un bloque popular emancipador. (Breilh, 2003a: 56)

Estos trazados conceptuales (sociales, políticos, comunitarios y culturales) son instancias reflexivas necesarias para introducirnos a la noción de “territorio”.

Este trabajo entenderá el concepto como un lugar, “un espacio físico en el cual se establecen relaciones sociales diferentes a las capitalistas-hegemónicas, de carácter político-cultural” (Zibechi, 2006: 31).

Constituye un espacio geopolítico en que las relaciones sociales trascienden los vínculos de vecindad y los trazados topológicos de un Estado y se vinculan con los objetos y elementos que la constituyen, lo cual permite la interiorización desde el agente social. El territorio es, pues, una dimensión identitaria que alberga, por lo general, conflicto. Moviliza a los actores que allí viven y a los que participan o intervienen en él. Así, en una comunidad muchos definen la distribución nominando “los de atrás”, “los de adelante”, “los del bajo”, “los de arriba”, etc.

En síntesis, un territorio es aquel lugar en el cual el sujeto circunscribe sus límites y diferencia con otros espacios inscriptos en la historia de cada cultura, en el seno de las relaciones sociales, pero inevitablemente aloja un conflicto que confronta a quienes lo ocupan.

En este sentido, indagar sobre ciertos elementos expuestos anteriormente permite aproximarnos al conocimiento de la dimensión territorial de los sujetos. Es por ello que vamos a indagar en los siguientes términos referidos a esta subdimensión:

- ✓ Lugar: entendido como un espacio fuertemente simbolizado, en el cual podemos leer –en parte o en su totalidad– la identidad de los que lo ocupan, las relaciones que mantienen y la historia que comparten. Para reconocer el sentido del lugar son importantes el sentido de pertenencia y el tiempo que se habita desde la perspectiva del actor. Michel De Certeau (1996) entiende que en un lugar los elementos se distribuyen de forma coexistente, e impera la ley de lo propio. El autor habla de “lugar” como una configuración instantánea de posiciones, y eso muchas veces implica cierta estabilidad por parte de aquello que la ocupa.
- ✓ Espacio: alude a la interiorización de los elementos del lugar. Caracteriza a la biografía personal y genera lazos identitarios, según los cuales la disposición de los elementos se inscribe en el sujeto sobre esquemas interpretativos que asumen valoraciones espaciales y temporales y generan una intimidad subjetiva con el lugar.
- ✓ Sentimientos: los entendemos como “conjunto de guiones socialmente compartidos, compuesto de procesos fisiológicos y que se expresan subjetivamente a través de comportamientos que se adaptan y ajustan a su entorno sociocultural y semiótico inmediato” (Kitayama y Markus, 1994; citado por Montero, 2004:289). Los sentimientos hacia un lugar confrontan muchas veces con una antinomia pertenencia/autoexclusión justamente porque los territorios pueden alojar una imagen negativa que provoca prácticas

excluyentes en distintos ámbitos de la vida social. Por ejemplo, no conseguir empleo por pertenecer a un barrio determinado.

- ✓ Conflicto: aquellos lugares que producen displacer, confrontación y en ocasiones renuncia. Dependiendo de las circunstancias, estas situaciones también ofrecen posibilidad de cambio y mejora, porque el conflicto también puede configurarse como una oportunidad. Por esto, es importante conocer los tipos de conflictos, el lugar, los actores involucrados y las frecuencias que se disponen en el territorio vivido. El conflicto “supone una disputa entre distintos actores por la dirección cultural de la gobernabilidad, la competitividad y la integración social (...) énfasis en fuerzas políticas y culturales” (Calderón, 2010: 116). Es la ruptura de una continuidad entre fuerzas sociales que se imponen mutuamente, que expresan necesidad de cambios y superación de amenazas, pero que a su vez requieren de un procesamiento y una transición hacia una nueva situación que disminuya la confrontación. En este sentido, “el conflicto social es un conflicto territorializado” (Zibechi, 2009: 80).

La subdimensión “territorio” busca reconstruir las autopercepciones del lugar donde vive la persona, la dimensión espacial, las valoraciones desde los sentimientos asociados a partir de identificarlos conflictos que le son propios. Es necesario reconocer que la conflictividad social también pasa por relaciones entre culturas y sobre eso es preciso indagar, porque intervienen factores que muchas veces parecen invisibles, como el territorio, la comunidad y los procesos de estigmatización, desde los que el sujeto define acuerdos y contratos en el marco de las relaciones sociales.

b.3 Estigmatización

Desde el enfoque teórico que sostenemos, la relación entre culturas no resulta armonía pura y la desigualdad en el poder y su uso tienden a desplazarse sobre la construcción de estigmas.

La estigmatización es un proceso que deviene del reconocimiento de la alteridad, produce un desmantelamiento psíquico y corporal sobre las personas, las cosifica, y pronuncia una clasificación etnocentrista que sólo tiene por objeto la identificación de aquél a quien se quiere aniquilar. Su carácter totalizante desacredita al otro como sujeto, lo estereotipa.

El estereotipo es un conjunto de rasgos producidos para caracterizar despectivamente a un grupo social, acorde a su fisonomía, su comportamiento y sus creencias, entre

otras cosas. Goffman (1970) alude al estigma como un atributo desacreditador, que reduce a una persona a ser menospreciado, infecto.

La persona portadora de un estigma es invalidada sobre su posibilidad de ser, los sujetos suelen construir teorías, grandes fundamentos y explicaciones para reflejar la inferioridad a la vez que muestra la supuesta peligrosidad del ese sujeto.

Ahora bien, las prácticas de estigmatización requieren del ejercicio de poder, entendido este como

la capacidad de hacer que otros ejecuten las acciones que deseamos que sean llevadas a cabo, que otras personas se comporten según las intenciones y los deseos de un agente específico (...) El poder puede pensarse como un continuum con un polo marcado por la concentración y otro definido por la ausencia. (Montero, 2003:38)

El poder supone el ejercicio de fuerzas dominantes hacia actores sociales identificados como diferentes. No es un atributo necesariamente negativo y es una construcción producto de un proceso.

Por último, nos referiremos a la dimensión afectiva que se pone en juego en la relación estigmatizante-estigmatizado como expresión individual o colectiva sufrida y ejercida por un sujeto sobre otro, producto de un aspecto de su historia particular y social.

Por lo expuesto, podemos destacar tres conceptos que focalizan sobre la subdimensión estigmatización:

- ✓ La discriminación, que es una práctica que implica un modo complejo de relación social con características de tipo socioeconómicas, culturales, étnicas, ocupacionales u otras. Alude a una acción tendiente a un sometimiento de un sujeto sobre otro, que lo cosifica, lo vuelve objeto de manipulación y hostigamiento. No siempre quien lo ejerce es consciente del detrimento ejercido hacia el destinatario de esa práctica. Es una acción contextualizada vinculada al desprecio social sobre otros que poseen características distintas a los rasgos culturales dominantes o propios. Son prácticas en las que interviene arbitrariamente un poder absolutista.
- ✓ Es importante reconocer que las prácticas de discriminación sufridas se inscriben de forma culturalmente negativa y adversa, y provocan sufrimiento en

otros. Por lo tanto, estas vivencias²⁴ dolorosas se inscriben en la biografía de los sujetos y los motivos varían muchas veces según el lugar donde se produce esta práctica.

- ✓ Producción de estigmas: las personas destinatarias de la discriminación muchas veces producen estigmatizaciones hacia otros a modo de reproducción, es decir la convivencia entre culturas muchas veces implica la relación dialéctica entre producción y reproducción de estigmas hacia otros que el sujeto considera diferentes, como por ejemplo por motivos de género, de cultura o del sector de pertenencia, entre otros.

En el marco de los sistemas de información en salud ambiental (SISA), resulta necesario conocer cómo operan estos procesos de estigmatización en la persona, su lugar de objeto de la segregación o reproductor de ella, como también los motivos y características de esa práctica, justamente porque sitúa al sujeto en el seno de las relaciones sociales, en las vivencias cotidianas y en su relación con los otros diferentes. Se entiende que estos conceptos permiten la captura de la dimensión desde la perspectiva del actor social.

A modo de cierre, el campo conceptual que atraviesan estos conceptos resulta amplio, su deconstrucción ha permitido reelaborar nuevos sentidos frente a los que habían sido otorgados en capítulos anteriores, a los fines de problematizarlos y reconfigurarlos para poder someterlos a juicio de expertos.

c) Consideraciones de los expertos

Al igual que la dimensión “subjetividad”, a continuación presentamos la validez realizada por los ocho expertos sobre interculturalidad, analizada en una primera lectura como fue hecho para las subdimensiones de la subjetividad.

²⁴ El concepto de “vivencias” alude a la participación real en una experiencia que actúa sobre una dimensión subjetivante de la persona y queda sujeta al relato y a la exploración de emociones.

Cuadro N° 19: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “cultura”. Valores relativos

		Cultura				
		Otredad	Alteridad	Lengua	Adscripción	
REPRESENTATIVIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	100%	100%	50%	87.5%
	D	100%	50%	100%	100%	87.5%
	E	100%	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	100%	100%	100%	100%	100%
		PROMEDIO GENERAL				96,8

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Los puntajes más bajos pertenecen a expertos que integran niveles distintos de gestión, en relación a atributos también diferentes de la subdimensión cultura; por lo tanto, no nos permite argumentar en forma explicativa las respuestas. Será conveniente continuar con la lectura de los otros cuadros para determinar si hay recurrencia en las respuestas de estos expertos.

Cuadro N° 20: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión cultura. Valores relativos

		Cultura				
		Otredad	Alteridad	Lengua	Adscripción	
FACTIBILIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	50%	100%	87.5%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	50%	100%	50%	75%
	D	100%	50%	100%	100%	87.5%
	E	50%	100%	100%	100%	87.5%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	50%	100%	100%	50%	75%
		PROMEDIO GENERAL				89 %

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Sobre esta ponderación alta, es necesario atender al cuadro desde una mirada vertical, justamente porque arroja otra lectura que enriquece el puntaje y nos advierte de que cada elemento que reviste el atributo, presenta observaciones frente a la factibilidad de al menos un experto distinto: desde el efector más próximo a la comunidad, hasta los referentes académicos. No obstante, para no pasar por alto estos señalamientos más allá del alto promedio general, será necesario prestar atención al siguiente cuadro, sobre todo en cuanto a los cambios que se sugieren allí, los que seguro enriquecerán la discusión acerca de la subdimensión “cultura”.

Por eso, sugerimos preguntar, en relación a esta subdimensión, lo siguiente:

1. *¿Cuál es la procedencia nacional suya y de su familia?*

2. *¿Con quién generalmente realiza actividades en su vida diaria (en soledad, con la familia o la comunidad)?*

Será entonces necesario que incluyamos lenguas que las personas hablan y con quiénes las hablan, a fin de poder recuperar cómo lo cultural se expresa en la comunicación y a quiénes incluye. Por otra parte, es necesario también conocer las adscripciones religiosas, en el caso de que la persona las manifieste, así como las imágenes y actividades que realiza. Sobre eso podría ahondar cada pregunta.

Cuadro Nº 21. Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “cultura”

		Cultura			
		Otredad	Alteridad	Lengua	Adscripción
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c	c
	B	b	b	b	b
	C	b	b	b	b
	D	b	b	b	b
	E	b	b	b	b
	F	b	b	b	b
	G	b	b	b	b
	H	b	a -II	b	b

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a; Tipo de cambio:

I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.

II) Sugiere cambios en los elementos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.

III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Más allá de algunas ponderaciones bajas realizadas por los expertos sobre ciertos atributos, se sugieren pocos cambios; por lo tanto, será necesario prestar atención al porcentaje global de cada cuadro. Igualmente, una experta sugirió que respecto a elementos presentados en el atributo “alteridad: actividad y otros”, se debería agregar “dónde (lugar)”.

Cuadro N° 22: Utilidad de la información sobre cultura según niveles de gestión en salud

		Cultura			
		Otredad	Alteridad	Lengua	Adscripción
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	d	b-c	d	b-c
	B	d	d	d	d
	C	b-c	d	b-c	b-c
	D	d	d	d	d
	E	c	b-c	b-c	b-c
	F	d	d	d	c
	G	d	d	d	d
	H	b-c	d	d	b-c

Referencias: Ministro de Salud: a; Diseñador de programas: b; Efecto de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Nótese, como expresa el cuadro, que la información producida desde la subdimensión “cultura” es, para los expertos, de tal valor que, en todos los casos, el efecto de salud no puede dejar de utilizar. Así, aparecen niveles de gestión por encima con los cuales es posible compartir y que podrían resultar útiles.

Cuadro N° 23: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “territorio”. Valores relativos

		Territorio				
		Lugar	Espacio	Sentimientos	Conflictos	
REPRESENTATIVIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	100%	100%	100%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	50%	100%	50%	50%	63%
	D	100%	100%	100%	100%	100%
	E	100%	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	100%	100%	100%	100%	100%
		PROMEDIO GENERAL				95,3

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Sobre esta subdimensión, altamente representativa para la visión global de los expertos, sólo un efector pondera medianamente tres atributos; por lo tanto, se espera que esto pueda ser corregido por las opciones de cambio con las que cuenta el instrumento.

Cuadro N° 24: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “territorio”. Valores relativos

		Territorio				
		Lugar	Espacio	Sentimientos	Conflictos	
FACTIBILIDAD						Promedio
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	50%	50%	50%	62.5%
	B	100%	100%	100%	100%	100%
	C	100%	50%	100%	0%	62%
	D	100%	100%	100%	100%	100%
	E	100%	100%	100%	100%	100%
	F	100%	100%	100%	100%	100%
	G	100%	100%	100%	100%	100%
	H	50%	50%	50%	100%	63%
		PROMEDIO GENERAL				85,9

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Al analizar la factibilidad, el experto que realizó observaciones en el cuadro anterior nuevamente señaló dificultades para incluir la subdimensión “territorio”; lo mismo ocurrió con dos expertas más: una experta académica (H) y otra también alejada del primer nivel de atención con formación en sistemas de información. Ambas redundan en una puntuación baja.

1. *¿Cuál es el lugar en el que Ud. vive? ¿Desde cuándo?*
2. *¿Qué cosas mencionaría del lugar en el que vive que considere de gran importancia o valor para Ud.?*
3. *¿Reconoce sentimientos asociados (placenteros o discriminatorios) que trae aparejada la pertenencia al lugar donde vive o vinculados a su nacionalidad?*
4. *¿Qué tipos de conflictos se presentan en el lugar en el que vive? (distinguir espacios, motivos y actores involucrados)*

Cuadro Nº 25: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “territorio”

		Territorio			
		Lugar	Espacio	Sentimientos	Conflictos
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c	c
	B	b	b	b	b
	C	a- II	b	b	b
	D	b	b	b	b
	E	b	b	b	b
	F	b	b	b	b
	G	a- II	b	b	b
	H	a- II	b	b	b

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a Tipo de cambio:

- I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.
- II) Sugiere cambios en los elementos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.
- III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Consecuentemente con los señalamientos en los cuadros anteriores y el alto porcentaje en la representatividad y la factibilidad, los expertos sugieren cambios en los elementos presentados en el atributo “lugar: residencia, tiempo y pertenencia”. El experto C y la experta G sugieren incluir la historia (“narrativas históricas”) en caso de no ser nativo. La experta H sugiere hablar de “residencias móviles”, es decir, trayectorias de la persona vinculada a los lugares habitados.

Cuadro N° 26: Utilidad de la información sobre territorio según niveles de gestión en salud

		Territorio			
		Lugar	Espacio	Sentimientos	Conflictos
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	d	b-c	b-c	b-c
	B	b-c	c	c	c
	C	b	c	c	d
	D	d	d	d	d
	E	b-c	b-c	c	c
	F	d	d	d	d
	G	d	d	d	d
	H	d	c	b-c	d

Referencias: Ministro de salud: a; Diseñador de programas: b; Efectores de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Sobre este último análisis, los expertos muestran una variedad de respuestas, pero a grandes rasgos hay un predominio acerca de que la información pueda ser utilizada por todos los niveles de gestión; una parte menor de la información pareciera ser para los expertos uso particular de los efectores de salud. No obstante, esta subdimensión puede ser trabajada desde sistemas georreferenciales que ofrezcan información precisa que complemente los análisis. O bien, desde cartografías, en el caso de efectores de salud próximos al trabajo en comunidad.

Cuadro N° 27: Valoración de los expertos sobre la representatividad de la subdimensión “estigmatización”. Valores relativos

		Estigmatización				Promedio
		Discriminación	Vivencia	Producción de estigmas		
REPRESENTATIVIDAD					Promedio	
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	100%	100%	0%	6.66%	
	B	100%	100%	100%	100%	
	C	100%	100%	100%	100%	
	D	100%	100%	100%	100%	
	E	100%	100%	100%	100%	
	F	100%	100%	100%	100%	
	G	100%	100%	100%	100%	
	H	100%	100%	100%	100%	
		PROMEDIO GENERAL			95,7	

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

La ponderación propuesta por los expertos es altísima en cuanto a su representatividad. La experta que desestima un atributo de la subdimensión está vinculada a la participación en construcción de sistemas de información no específica de la propuesta teórica. En principio, podemos observar coherencia en las respuestas de esta profesional en los siguientes cuadros.

Cuadro N° 28: Valoración de los expertos sobre la factibilidad de la subdimensión “estigmatización”. Valores relativos

		Estigmatización				Promedio
		Discriminación	Vivencia	Producción de estigmas		
FACTIBILIDAD					Promedio	
Puntuaciones adjudicadas por los expertos	A	50%	50%	100%	66.6%	
	B	100%	100%	100%	100%	
	C	50%	100%	100%	83%	
	D	50%	50%	100%	66.6%	
	E	100%	100%	100%	100%	
	F	100%	100%	100%	100%	
	G	100%	100%	100%	100%	
	H	100%	100%	100%	100%	
		PROMEDIO GENERAL			89,5	

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Se observa que al indagar por la factibilidad, la primera experta vuelve a ponderar bajo, pero sobre dos atributos distintos que cobran relevancia justamente porque coinciden con el experto D, que posee una importante experiencia en gestión en salud. Por lo tanto, ambos son los que más vinculados están a sistemas de información. Esta marcación, a nuestro juicio, vuelve a tener importancia si expresa cambios sustanciales en el cuadro en que se proponen cambios.

1. *¿Considera un hecho común la discriminación en la sociedad en la que vive?*
2. *¿Ha sufrido algún tipo de discriminación social por algún motivo?*
3. *¿Ha ejercido Ud. en algún momento de su vida algún tipo de segregación social (etaria, cultural, o de género)?*

Cuadro Nº 29: Sugerencia de los expertos sobre modificaciones de la subdimensión “estigmatización”

		Estigmatización		
		Discriminación	Vivencias	Producción de estigma
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	c	c	c
	B	b	b	b
	C	b	a -II	b
	D	b	b	b
	E	b	b	b
	F	b	b	b
	G	b	b	b
	H	a -II	b	a -II

Referencias: Sí: a; No: b; No sabe/no contesta (n/c): c

Sí: a; Tipo de cambio:

I) Sobre la definición conceptual de la propiedad.

II) Sugiere cambios en los elementos que refieren a la propiedad. Consigne en observaciones.

III) Lo que se desea validar no posee una claridad que favorece la comunicación y comprensión.

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia

La sugerencia de cambio ocurre de forma aislada a lo expuesto en el cuadro 27 y 28, por lo que resulta importante el aporte para ser incluido, mas no guarda relación alguna con lo analizado en los otros dos cuadros vinculados a la subdimensión tomada en cuenta. Las sugerencias, en este caso, refieren a los elementos presentados en “vivencias: (sufrimiento, lugar y otros)”; el experto C sugiere incluir “frecuencia”, mientras que la experta H propone modificar el primer elemento por “emociones asociadas”. En los elementos presentados en “producción de estigmas (edad, cultura y género)”, la experta H indica incluir el elemento “nacionalidad”.

Cuadro N° 30: Utilidad de la información sobre estigmatización según niveles de gestión en salud

		Estigmatización		
		Discriminación	Vivencias	Producción de estigma
Respuestas adjudicadas por los expertos	A	d	b-c	b-c
	B	c	c	C
	C	d	b-c	b-c
	D	d	d	D
	E	b-c	b-c	b-c
	F	d	d	D
	G	d	d	D
	H	d	b-c	D

Referencias: Ministro de salud: a; Diseñador de programas: b; Efecto de salud: c; Todos: d

Fuente: Matriz de procesamiento de datos. Elaboración propia.

Este último cuadro afirma en mayor medida que la información es de utilidad en todos los niveles de gestión. Sin embargo, cuando se focaliza sobre las opiniones diferentes es posible observar que se excluye a las áreas ministeriales y vuelve a ponderarse el primer nivel de atención. Esto reafirma algunas de las decisiones optadas durante el trabajo acerca de pensar una grilla temática orientadora de prácticas en el primer nivel de salud, y pareciera que los expertos, en líneas generales, concuerdan en que la información que ofrecen las dimensiones analizadas es muy pertinente para el resultado que perseguimos con esta tesis.

Consideraciones generales

En términos generales, la dimensión “interculturalidad” fue analizada desde las tres subdimensiones presentadas. Los contenidos a validar en esta segunda instancia poseen una ponderación por encima del 90%, la cual abarca ampliamente la dimensión que se quiere justipreciar.

Sobre el criterio “factibilidad”, los expertos calificaron las subdimensiones por encima del 80%, lo cual constituye una aceptación fundamental para pensar su inclusión dentro de los sistemas de información en salud como modos de capturar la cosmovisión de los sujetos. Sobre el criterio “modificaciones”, en la matriz de procesamiento la primera experta no comprendió la consigna, sólo dos sugieren cambios vinculados a otorgar mayor claridad a la presentación del contenido y otros consignan cambios en el espacio de observaciones. Respecto del señalamiento sobre niveles de decisión gubernamental, los expertos consideraron en general que la información que atañe a cultura, territorio y estigmatización (así como fue presentada) resulta útil; en un segundo lugar estarían los efectores directos y luego los diseñadores de programas.

En definitiva, podemos decir que el juicio de los expertos ha sido de gran relevancia para la evaluación de contenidos que fueron desagregados en los últimos capítulos, dado que enriquecieron el trabajo y le concedieron solidez. Los expertos contribuyeron a la reflexión sobre los aspectos analizados a los fines de aproximarnos más a las cualidades que deberían poseer las subdimensiones, para así poder capturar la subjetividad y la interculturalidad en los sistemas de información en salud ambiental. Los expertos manifestaron ciertas consideraciones respecto del criterio “utilidad de la información”:

- Para que la información en salud resulte útil debe estar correctamente presentada.
- No se debe superponer una información con otra, para no saturar las bases de datos.
- A la hora de construir argumentos y pensar en la captura de la subjetividad y la interculturalidad en los sistemas de información, quienes diseñen el sistema de información deben trabajar conjuntamente con el efector de salud.

Estas posiciones coinciden con lo que expusimos en los capítulos iniciales de este trabajo. Uno de los problemas recurrentes que allí se menciona es la sobreabundancia de información que muchas veces no permite conocer en profundidad las problemáticas y que dificulta aún más el acceso a los problemas cuando no se cuenta con instrumentos para su sistematización.

Es importante destacar una apreciación de la primera experta consultada: cuanto más próximo se esté a las comunidades, mayor será la profundización que pueda hacerse sobre subjetividad e interculturalidad.

Los resultados de este análisis otorgan precisiones y condiciones para la construcción de sistemas de información en salud ambiental que otorguen temas y criterios para contribuir a la captura de la subjetividad y la interculturalidad, a los fines de aproximarnos más a la realidad comunitaria.

d) A modo de cierre

Este capítulo presenta las secuencias que hemos desarrollado para poder realizar la grilla de temas orientadora de prácticas en atención primaria de la salud que presentaremos en el capítulo siguiente, de acuerdo con cierta coherencia teórico-metodológica que incluye la mirada de expertos en la temática. Desde esta mirada, proponemos sistemas de información en salud abiertos, en los cuales los agentes sociales puedan explayarse y explorarse subjetivamente y recuperar su cosmovisión y su forma particular de pensar la realidad que los atraviesa. Haciendo pie en esto será o no la construcción de co-visiones respecto del proceso salud-enfermedad-ambiente, hacia nuevos mapeos y sentidos en su abordaje.

CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES

a) Hacia la precisión de temas para una posible construcción de un instrumento

Para finalizar, quisiéramos presentar como producto de toda esta labor, algunos temas que –confeccionados en preguntas– permitieron la construcción de una grilla orientadora de prácticas en salud para el primer nivel de atención²⁵, la que incluso puede incluirse en los sistemas de información. Las preguntas que proponemos son avances concretos y conllevan a la construcción de prácticas factibles de capturar las dimensiones subjetivas y culturales y así alcanzar una mayor proximidad con la realidad comunitaria. Cabe aclarar que en el sector salud, a nivel provincial y municipal, por lo indagado con cada experto, no existe en la actualidad una grilla temática como la que se presenta. Es necesario, pues, institucionalizar un formato como éste que pueda ser guía para la planificación comunitaria en salud.

Entonces, para la captura de la subjetividad sugerimos lo siguiente:

Sobre la subdimensión “contexto social”:

- 1 ¿Ha percibido en los últimos años cambios en su región, país o barrio?
- 2 ¿Podría especificar si éstos fueron a nivel político, social o comunitario?
- 3 ¿Para Ud. son favorables o desfavorables? ¿Identifica los responsables de los cambios?
- 3 ¿Qué tipo de sentimientos produjeron esos cambios?
- 4 ¿Enfrentó adversidades (relación cambio/salud), de qué manera, con quiénes, recurrió a otras personas para enfrentar la adversidad?

Sobre la subdimensión “vida cotidiana”:

1. ¿Qué actividades cotidianas realiza en su espacio familiar y/o laboral? ¿Con quién comparte mayoritariamente su tiempo?
2. ¿Cuáles cree que son las necesidades más sentidas por Ud., su familia y/o su comunidad?
3. ¿Qué actividades reconoce como placenteras y cuáles displacenteras en su vida diaria?

²⁵ Ver anexo D

4. En su vida familiar, ¿cómo se distribuyen los roles y responsabilidades domésticas?

Sobre la subdimensión "contingencia":

1. ¿Ha vivenciado en los últimos 5 años acontecimientos inesperados en el curso de su vida, que provocaron cambios a nivel personal, familiar y/o comunitario?
2. ¿Cuáles fueron los modos de dar respuesta a esos acontecimientos inesperados?
3. ¿Cómo esos acontecimientos inesperados fueron percibidos: como oportunidad o amenaza? En caso de esta última, ¿qué hizo y con quiénes?

Sobre la subdimensión "instituciones":

1. ¿Cuáles son las instituciones que hay en el lugar en el que Ud. vive y qué cree que ofrecen a la comunidad?
2. ¿Quiénes participan de ellas, de qué manera, por qué motivos?
3. A su criterio, ¿qué necesidades de la comunidad resuelven las instituciones?
4. ¿Ante que circunstancias la comunidad incrementa su participación en alguna institución?

Para la captura de la dimensión intercultural:

Sobre la subdimensión "cultura":

1. ¿Cuál es su procedencia nacional y la de su familia?
2. ¿Con quién generalmente realiza actividades en su vida diaria (en soledad, con la familia o la comunidad)?
3. ¿Ud. habla otras lenguas? ¿Con quiénes?
4. ¿Posee alguna religión? ¿Cómo la caracterizaría? (aquí se deben recuperar actividades e imágenes a la que se adscribe).

Sobre la subdimensión "territorio":

1. ¿Cuál es el lugar en el que Ud. vive? ¿Desde cuándo?
2. ¿Qué cosas mencionaría del lugar en el que vive que considere de gran importancia o valor para Ud.?
3. ¿Reconoce sentimientos asociados (placenteros o discriminatorios) que trae aparejada la pertenencia al lugar donde vive o vinculados a su nacionalidad?

4. ¿Qué tipos de conflictos se presentan en el lugar en el que vive? (distinguir espacios, motivos y actores involucrados).

Sobre la subdimensión “estigmatización”:

1. ¿Considera un hecho común la discriminación en la sociedad en la que vive?
2. ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación social por algún motivo?
3. ¿Ha ejercido Ud., en algún momento de su vida, algún tipo de segregación social (etaria, cultural o de género)?

Estas preguntas conllevan una perspectiva cualitativa, y sugerimos que sean trabajadas luego de construir un vínculo de confianza con la comunidad, siempre desde una labor transdisciplinaria en un primer nivel de atención en salud. Su aplicación y comprensión posibilitarán el conocimiento de la comunidad desde la perspectiva de los actores y su cosmovisión. Luego, será posible dar lugar a la planificación de acciones en salud a corto plazo, con su consecuente monitoreo y el reconocimiento de oportunidades y amenazas sentidas por los sujetos, como así también sus modos de afrontamiento y sus recursos para ello.

Se reconoce entonces, que los sistemas de información deben ser abiertos y que deben dejar lugar a una respuesta cualitativa, la cual enfatiza la relación efector de salud-destinatario y los acerca a la posibilidad de planificar abordajes congruentes sobre el proceso salud-enfermedad-ambiente.

La aplicación del instrumento de validez de contenidos a expertos ha propuesto novedosos aportes sobre la inclusión de ciertos temas a discutir, la revisión de atributos de determinadas subdimensiones y la factibilidad de las propiedades sometidas a prueba.

Quisiéramos reafirmar una apreciación de uno de los expertos sobre el último punto indagado: éste expresó que, cuanto más próximo a las comunidades se esté, mayor será la profundización sobre subjetividad e interculturalidad que pueda lograrse.

Por esto mismo, iniciar la formulación de preguntas en base a la sistematización desde las respuestas de los expertos y las discusiones realizadas durante todo el proceso investigativo ha redundado en un gran avance que permite no sólo reafirmar los caminos metodológicos elegidos, sino los supuestos que sustentan la tesis.

Estas preguntas constituyen fehacientemente temas orientadores para profesionales de la salud comunitaria posicionados en el primer nivel de atención. La sistematización

de esta información les permitirá realizar acciones a corto y a largo plazo, minimizar las distancias en la realidad comunitaria y recuperar la perspectiva del actor, a partir de reconocer la dimensión cultural que lo atraviesa. Por lo mismo, la relación efector de salud-agente de la comunidad posibilitará emprender acciones colectivas que le permita a la comunidad reconocerse en camino de abordar el proceso salud-enfermedad-ambiente.

Por último, la propuesta se ajusta en gran medida al planteo de los sistemas según Bertalanffy (1995), presentado en el Capítulo II de esta tesis, respecto de las características básicas de un sistema. En la totalidad de la grilla existe una relación dialéctica entre las partes; es un sistema abierto que recupera su vinculación con el contexto. Durante el proceso y de acuerdo a cómo se presenta, se sujeta a una jerarquía conceptual desagregada en las partes que integran las distintas subestructuras y respeta el principio de equifinalidad, porque no pretende universalizar el instrumento. De la misma manera, se sugiere su adecuación de acuerdo al contexto; la información sufrirá actualizaciones producto de su aplicación, porque se tiene en cuenta la variación de los momentos sociohistóricos.

b) Sobre factibilidad y aplicabilidad

La propuesta se puede desarrollar en un software GNU. Para desarrollar, o bien llevar adelante esta metodología, no es necesario contar con documentación estructurada en términos de atributo/cuantía (par ordenado o dupla) como en los formatos de lenguajes estructurados de consulta, sino que puede ser obtenida de cualquier documento digitalizado en los estándares habituales y ampliamente difundidos (http, JSON) similar a .xml. Estos sistemas de almacenamiento documental se denominan Bases de Datos noSQL, orientados a documentos y desarrollados bajo el concepto de código abierto.

La implementación de estos Sistemas de Base Datos, como puede ser MongoDB, soporta la búsqueda por campos, consultas de rangos y expresiones regulares. Las consultas pueden devolver un campo específico del documento, pero también puede ser una combinación de resultados a definir por el usuario.

Cualquier campo en un documento de MongoDB puede ser indexado, al igual que es posible hacer índices secundarios. El concepto de índices es similar a los encontrados en las base de datos relacionales ampliamente difundidas.

MongoDB guarda la estructura de los datos en documentos tipo JSON con un esquema dinámico llamado BSON, lo que implica que no existe un esquema

predefinido. Los elementos de los datos son llamados documentos y se guardan en colecciones. Una colección puede tener un número indeterminado de documentos. Comparando con una base de datos relacional, se puede decir que las colecciones son como tablas y los documentos son como archivos. La diferencia es que en una base de datos relacional, cada archivo en una tabla tiene la misma cantidad de campos, mientras que en MongoDB cada documento en una colección puede tener diferentes campos.

c) Conclusiones

A continuación, quisiéramos presentar reflexiones finales en el marco de las conclusiones, producto de lo desarrollado en nuestra labor investigativa. Lo que a continuación expondremos es una proposición final de los argumentos luego de la presentación de premisas concatenadas que fueron desarrolladas a través de distintos momentos del trabajo.

En el Capítulo I, presentamos la importancia y los fundamentos del tema investigado, el problema y los objetivos que pretendíamos alcanzar, para luego desplegar las primeras consideraciones teóricas y metodológicas abordadas en el trabajo empírico de la tesis.

En el Capítulo II, decidimos avanzar con dos elementos centrales: el enfoque de la epidemiología crítica y los sistemas de información en salud ambiental, nuestro objeto de estudio. Este desarrollo se centró en la conceptualización de ambos elementos, así como un breve registro de antecedentes desde la epidemiología, con motivo de explicitar la necesidad de construir nuevos paradigmas de la información para la mejor gestión en salud. Este apartado ahonda también en los aportes discutidos del modelo DICCA, para así aproximarnos a una concepción más humanizada de los SISA, que permita acercamientos eficaces a la realidad comunitaria desde la participación.

En los capítulos III y IV, comenzó la discusión de los dos constructos que desde un comienzo propusimos como dimensiones de los sujetos que podrían ser incluidas en los SISA para su mejoramiento. Así, presentamos los modos de producción de subjetividad y la interculturalidad expresados en tres nodos: una primera discusión teórica, luego un proceso de deconstrucción conceptual y por último el análisis de los contenidos de expertos a partir de un sometimiento a juicio, lo que constituiría el trabajo de campo de la tesis por excelencia.

Esos avances permitieron, entre otras cosas, aproximarme teóricamente a los conceptos vinculados a la subjetividad e interculturalidad, relevantes para resolver aspectos metodológicos.

Por todo lo presentado, podemos afirmar que la investigación aportó a la identificación y conocimiento de características de la subjetividad e interculturalidad para ser incluidas en los sistemas de salud ambiental y así alcanzar una aproximación eficaz a la realidad comunitaria tendiente a la gestión colectiva de la salud.

Los modos de producción de subjetividad remiten a un relación dialéctica entre el contexto social y las producciones empíricas que el sujeto realiza en cada momento. Por lo tanto, su vida cotidiana transita sobre esa contingencia; y en tiempos de colapso social, las sensaciones de incertidumbre se incrementan exponencialmente.

Los sistemas de información en salud ambiental, al captar esa producción subjetiva, capturan los modos de percepción, clasificación y tipificación que los seres humanos hacemos del mundo que nos rodea. Por lo tanto, no son ajenas las construcciones que las personas hacen de la salud, configuradas desde una historia y ejercidas en la cotidianeidad. Estas construcciones son significaciones, creencias que orientan nuestras prácticas sociales, con fuerte relación con la pertenencia cultural y a la adscripción identitaria. Configuran un saber popular que permite tramitar el dolor, afrontar la adversidad y consolidar estrategias con otros, para hacer frente a las tempestades epocales.

Entonces, tener en cuenta la subjetividad nos habla de los sujetos y su relación con la salud ambiental y su percepción del contexto social.

Por otro lado, desde los análisis realizados pareciera que hablar de procesos culturales para referirse a la interculturalidad puede ayudar a comprender globalmente más las nociones que se consideraron que se ponen en juego, como la cultura, el territorio y la estigmatización.

El campo teórico de producción de origen señala, con el concepto de interculturalidad, la intervención de una cultura sobre otra, posicionamiento que se podría considerar etnocéntrico por su carácter vertical que refuerza la desigualdad, con lo cual se aleja mucho de la propuesta epistemológica de la salud colectiva.

Por esto, a los fines de que se reconozcan puntos comunes y que sumen esfuerzos para pensar una epidemiología crítica, es conveniente remitirnos al concepto presentado en los primeros capítulos e impulsado por dicha disciplina, que nos permite nuevos marcos interpretativos, porque desde ese lugar nos aproximamos

fehacientemente al concepto de salud autopercibida, que remite a los modos de producción de subjetividad y que atraviesa la adscripción cultural.

Como producto relevante, este trabajo de investigación se propuso una grilla temática orientadora de prácticas en salud comunitaria destinada al primer nivel de atención. Dicho dispositivo pretende ser una herramienta eficaz para aproximarse a la realidad comunitaria y desde ahí abordar el proceso salud-enfermedad-ambiente a partir de la perspectiva subjetiva de los distintos agentes y, con ellos, planificar acciones a corto plazo. La grilla presenta temas expresados en preguntas como material para trabajar en comunidad en instancias iniciales, pero también puede ser inscripto en un SISA.

Este trabajo nos lleva a reafirmar que los sistemas de información en salud deben ser abiertos y no depender en gran medida de los datos estadísticos, para poder entonces superar el uso burocrático y acercarnos más a la realidad comunitaria, al estilo de agendas comunitarias capaces de promover acciones con otros

Los sistemas de información en salud se constituyen en verdaderos dispositivos para la gestión, otorgan visibilidad a hechos concretos de la vida cotidiana y son una producción de información que puede generar disposición a un accionar colectivo que reviste la participación de actores sociales en una correlación de fuerzas con una intencionalidad clara y concreta que, en el caso de la epidemiología crítica, debería culminar en el monitoreo en salud. Por esto, los sistemas de información resultan de gran importancia.

A la luz de los temas que explicita la grilla, afirmamos que:

- El efector de salud debe contar con herramientas prácticas y orientativas de puntos de partida para estudiar y abordar el trabajo en salud con la comunidad.
- Estas herramientas pueden reflejarse en dispositivos informáticos, pero también deben poder presentarse en soportes que prescindan de tecnología para que sean accesible a todos, inclusive en lugares donde no se dispone de aparatos informáticos o energía eléctrica.
- La planificación a corto plazo puede resultar más efectiva mientras más contacto tenemos con la comunidad.
- Pensar una reforma en salud debe iniciarse con cambios en sus instituciones, como así también en las formas de construcción de conocimiento que los efectores de salud realizan, y los caminos que siguen para aproximarse.
- Resulta necesario proponer un modelo de vigilancia que tenga por objetivo la planificación estratégica a partir del análisis territorial, para pensar una

comunidad particular y no una generalidad regional, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los procesos culturales y su variación geocológica.

- Abordar la salud en comunidad implica el reconocimiento de la fabricación de los signos de una cultura: éstos no son configuraciones estáticas y que la gente todo el tiempo fabrica tramas de significados de manera diferente (Grimson, 2011).
- Se debe tener en cuenta la relación dialéctica entre poder y cultura, ámbito donde se reproducen las configuraciones culturales; es decir, es necesaria la consideración del poder como elemento circulante en la cultura y la comprensión de los procesos de distribución y desigualdad que se producen en los escenarios sociales, tanto micro como macrosociales.

Por último, queremos referirnos a la toma de decisión, que tiene un lugar importante y necesario en la salud ambiental y los cambios de paradigmas. La investigación ha mostrado que la información en salud es un factor de poder y es necesario comprenderla en un campo de problemas e identificar los actores que intervienen en la disputa por poseerla. La información en salud es un factor clave, porque permite controlar la vida y la muerte, posee atributos biopolíticos que se deben contemplar en los análisis de sistemas de información.

Mientras más cerca esté la información de la comunidad y más protagonismo desarrolle en la gestión de su salud, existirán más posibilidades de generar un monitoreo que contemple relaciones de igualdad social.

Es importante considerar también, que existen distintos niveles de responsabilidades y distintos lugares a ocupar en una estructura gubernamental de salud, y que cada posición no requiere la misma información, de modo que las responsabilidades también son distintas. Lo que se necesita construir es consenso sobre qué salud necesitamos y deseamos, y cuánto se está dispuesto a reformar y repensar en las instituciones.

A su vez, esto lleva a una dicotomía entre lo público y lo privado, que culmina con las diferentes posiciones sociales que ocupa cada uno en la estructura social. El paradigma de salud que en la actualidad se sostiene, ha producido muertes y desigualdades a niveles inimaginables. En consecuencia, es primordial plantear otras perspectivas para reconfigurar un sistema equitativo del que cada uno se sienta parte y que reconozca los procesos culturales, la relación dialéctica entre condiciones

objetivas y subjetividad y nuevos paradigmas en información desde una salud propiamente emancipadora.

Los nuevos paradigmas de información deben ser entendidos desde la subjetividad y la inclusión de visiones culturales, a los fines de aproximarnos a una realidad comunitaria que contemple lo presentado en estos últimos párrafos. Podría ser un camino adecuado para recorrer y crear nuevas formas para pensar la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Lughod, L. (2005): "La interpretación de las culturas después de la televisión". En *Etnografías contemporáneas*, 1. Centro de investigaciones etnográficas. Argentina: Universidad Nacional de San Martín.
- Achilli, R. (1985): "El enfoque antropológico en la investigación social". Ponencia presentada en las Jornadas de Antropología y Ciencias Sociales. Argentina: Centro Rosario de Investigaciones en Ciencias Sociales (CRICSO).
- Agamben, G. (2006): "¿Qué es un dispositivo?". 5 de diciembre de 2008 <<http://libertaddepalabra.tripod.com/id11.html>>
- Alazraqui, M. ; Mota, E. y Spinelli, H. (2006): "Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local". En *Cad. Saúde Pública*, 22(12), pp. 2693-2702.
- Almeida-Filho, N. (2000): *La ciencia tímida. Ensayo de deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Almeida- Filho, N. y Rouquayrol, M. (2008): *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Appadurai, A. (2001): *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. México: Ediciones Trilce-FCE.
- Arendt, H. (1993): *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- (1997): *¿Qué es política?* Barcelona: Paidós.
- (2000): *Rahel Varnhagen. Vida de una mujer judía*. Barcelona: Lumen.
- Augé, M. (1994): *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Barbeito, Alberto; Goldberg, Laura; Giosa Zuazúa, Noemí; Lo Vuolo, Rubén y Rodríguez Enríquez, Corina (2007): "Contribución para el debate de propuestas alternativas de política económica y social en Argentina". En *Documento de Trabajo* N° 59. Buenos Aires. 12 de noviembre 2009 <www.ciepp.org.ar>
- Barth, F. (1976): *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2003): *La modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Beltramino S. (2008). Modelos de reforma de la salud en América Latina. En Spinelli H. Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos aires: Lugar
- Benejam, P. (2007): *Enseñar y aprender ciencias sociales, geografía e historia en la educación*. España: Horsori.
- Bengoia, J. (Comp.). (2006): *Movimientos sociales, gobernanza ambiental y desarrollo territorial*. España: Editorial Cataloni.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1966): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Bertalanffy, L. (1995): *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. 10ª reimpresión. México: FCE.
- Beck, U. (1999): *Sociedad del riesgo mundial*. Reino Unido: FCE.
- (2007): "Cómo los vecinos se convierten en judíos. La construcción política del extraño en una era de modernidad reflexiva". En Revista *Paper*, N° 84, pp. 47-66. Universität Ludwig Maximilian Munich.
- Bleichmar, S. (2007): *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topia.
- Bourdieu, P. y Passeron, J. (1970): *La Reproduction*. París: de Minuit
- Breilh, J. (2000): "Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora". En Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 99-114.
- (2003a): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- (2003b): "De la vigilancia convencional al monitoreo participativo". En *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(4), pp. 937-951.
- Breilh, J., Iriart, C., Howard W., Estrada A., Merhy E. (2002): "Medicina social Latinoamericana: aportes y desafíos". En *Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 12, (2), pp. 128-136.
- Brio, M. y Molina, A. (2001): *Redes neuronales y sistemas difusos*. México: Alfaomega.
- Briones, C. (2006): "Teorías performativas de la identidad y performatividad de las teorías". Revista *Tabula Rasa*. N° 6, pp. 55-83. 20 de agosto de 2006 <http://www.revistatabularasa.org/numero_seis/briones.pdf>
- Brubaker, R. y Cooper, F. (2001): "Más allá de identidad". En *Apuntes de investigación del CECYP*, N° 7, pp. 30-67.
- Calderón, F. (2010): *Sociedades en movimiento*. Bolivia: Plurales.

- Cardona Arboleda, O. (2001): "Estimación holística del riesgo sísmico utilizando sistemas dinámicos complejos". Universidad Politécnica de Cataluña. 20 de marzo de 2010 <<http://www.tdx.cat/handle/10803/6219>>
- Castel, R. (1980): *El orden Psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta.
- (2004): *La inseguridad Social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial.
- (2010): *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: FCE.
- Congreso Argentino de Informática y Salud-CASI 2010. 18 de agosto de 2011 <<http://www.39jaiio.org.ar/cais>>
- Cordera, R., Ramirez Kuri P., Ziccardi A. (2008): *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*. México: Siglo XXI-UNAM
- Correa, A. (2003): *Notas para una Psicología Social*. Córdoba: Editorial Universidad Nacional de Córdoba.
- Deleuze, G. (1990): *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- (2002): *Conversaciones*. Valencia: Pretextos.
- (2005): *Derrames entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Buenos Aires: Cactus.
- Delgado, M. (2004): "Heterópolis. Diversidad urbana y políticas culturales". En Diputació Barcelona (Comp.), *Políticas para la interculturalidad*. Barcelona: Milenio.
- Denzin, N. y Lincoln, S. (1994): *Handbook of Qualitative research*. California: Sage Publicatios.
- De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano*. México, D.F: Universidad Iberoamericana
- De Sousa Campos, G. W. (2001): *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dubet, F. (2011): *Repensar la justicia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Duschatzky, S. (2005): "Procesos de organización, inclusión y participación juvenil". Primeras Jornadas de Actualización en Temáticas de Adolescencia y Juventud. Córdoba: Sehas-Cecopal-SeA.P.
- Dussel, I. (Comp.). (2006): *Educación la mirada: políticas y pedagogías de la infancia*. Buenos Aires: Manantial.
- El Troudi, H.; Hamecker, M.; Bonilla-Molina, L. (2005): *Herramientas para la participación*. Venezuela: Universidad Bolivariana de Venezuela.

- Ema López, J. (2004): "Del sujeto a la agencia (a través de lo político)". En *Atenea digital*, 5, pp. 1-24. España.
- Enríquez, E (2002). "El trabajo de la muerte en las instituciones" En Kaes, R., et al, *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Fals Borda O. (1989): "Movimientos sociales y poder político". En Revista *Análisis Político* N° 8, septiembre/diciembre, pp. 59-70. Universidad Nacional de Colombia: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales (IEPRI).
- Fals Borda, O., Guzmán G. y Umaña Luna E. (1962): *La Violencia en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Fernández, A., (2006): *Política y subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas*. Buenos Aires: Tinta y Limón.
- Fernández, A. (2007): *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández Christlieb, P. (1994): *La psicología colectiva un siglo más tarde*. España, Anthropos.
- Foucault, M. (1992): *Microfísica del poder*. España: La Piqueta.
- García Canclini, N. (2004): *Diferentes, desiguales y desconectados: Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Gedisa.
- Giroux, H. (1997): *Cruzando límites. Trabajadores culturales y políticas educativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (1970): *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gravano, A. (2003): *Antropología de lo barrial: Estudio sobre la producción simbólica de la vida urbana*. Buenos Aires: Espacio.
- Grillo, M. (2003): *El proyecto de investigación en Ciencias Sociales. Una propuesta para su elaboración en las investigaciones empíricas*. Universidad Nacional de Río Cuarto: Serie Materiales de Estudio.
- Grimberg, M. (Ed.) (2009): *Experiencias y narrativas de padecimiento cotidiano: Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Grimson, A. (2000): *Interculturalidad y comunicación*. Buenos Aires, Norma.
- (2011): *Los límites de la cultura: crítica de las teorías de las identidades*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Grossberg, L. (2003): "Identidad y estudios culturales: ¿no hay nada más que eso?". En Hall, S. y du Gay, P. (Eds.), *Cuestiones de Identidad*. Pp. 148-180. Buenos Aires: Amorrortu.

- Guber, R. (1999): "Identidad social villera". En Boivin, M.; Rosato, A.; Arribas, V., *Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Buenos Aires: Eudeba.
- (2011): *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2005): *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. 1era reimpresión. Buenos Aires: Paidós.
- Haesbaert, R. (2004): *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios a multiterritorialidades*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Heidegger, M. (1997): *Construir, habitar, pensar*. Córdoba: Alción.
- Herrera, J. (2004): *Cartografía social*. 15 de noviembre de 2010 <http://www.extension.unc.edu.ar/herrera_j._carto_social.pdf>
- Jelin, E. (1998): *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jiménez Domínguez, B. (Comp.). (2008): *Subjetividad, participación e intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Julie, P. (1993): *El Manto de Noé: Ensayo sobre la paternidad*. Buenos Aires: Alianza Estudios.
- Kaes, R., Bleger, J., Enriquez E., Fornari F. Fustier P. Roussillon, Vidal J.P. (2002): *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Landeta, Jon. (1999): *El método Delphi. Una Técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona : Ariel,
- Lazzarato, M. (2006). *Políticas del acontecimiento*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Lechner, N. (1990): *Los patios interiores de la democracia. Subjetividad y política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lewkowicz, I. (2008): *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Lewkowicz, I. y Sztulwark, P. (2003): *Arquitectura plus de sentidos*. Buenos Aires: Altamira.
- Lo Vuolo, R. (1999): *La pobreza... de la política contra la pobreza*. Buenos Aires: Niño y Dávila Editores.
- Lozano, C. (2009): *Las Transformaciones en la cúpula empresarial durante la última década*. Buenos Aires: IEF- CTA.
- Margulis, M. (2009): *Sociología de la cultura: conceptos y problemas*. Buenos Aires: Biblos.

- Marx, K. (1973): "El dieciocho Brumario de Luis Bonaparte". En Marx, K. y Engels, F., *Obras escogidas*. Tomo I, Moscú: El progreso.
- Maturana, H. (2009): *Realidad: objetiva o construida*. Barcelona: Anthropos
- Maxwell, J. (1996): *Qualitative research design. An interactive approach*. California: Sage Publicatios.
- Mclaren, P. (1997): *Pedagogía crítica y cultura depredadora. Políticas de oposición en la era posmoderna*. Madrid: Paidós educador.
- Montero, M. (2003): *Teoría y técnica de la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- (2004): *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- (2006): *Hacer para transformar, el método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Montesinos, M. y Sinisi, L. (2001): *Cuadernos de Antropología Social*. Buenos Aires
- Morin, E. (2003): *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Mota, E. y Carvalho, D. (2003): "Sistemas de informação em saúde". En Almeida-Filho, N. y Rouquayrol, M., *Epidemiología & saúde*. Rio de Janeiro: Médica e Científica (MEDSI).
- Musitu, G.; Buelga, S.; Lila, M.; Cava, M. (2001): *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*. España: Síntesis.
- Orozco, V. (Coord.). (2004): *Visiones de su historia, economía, política y cultura*. Universidad Autónoma de Juárez: Chihuahua hoy 2004.
- Ortiz Flores, E. y Zárate, M. (Comp.). (2002): *Vivitos y coleando. 40 años trabajando por el hábitat popular en América Latina*. México: Coalición Internacional del Hábitat en América Latina (HIC-AL), Universidad Autónoma Metropolitana.
- Perrot, D. y Preisnesk, R. (1975): *Etnocentrismo e historia*. México: Nueva Imagen.
- Plaza, S. (2004): "Psicología Comunitaria". En Paulin, H. y Rodigou Nocetti, M. (Eds.), *Cuadernos del campo psicosocial Hacer/es en Psicología Social*, Nº 1, Pp. 13-18. Córdoba: Brujas.
- Quiroga, A. (1998): *Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo: desarrollo en psicología social a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Riviere*. Buenos Aires: Cinco
- (1999). *Enfoque y perspectiva en psicología social*. Buenos Aires: Cinco
- Quivy, R. y Campenhoudt, L. (2000): *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. México: LIMUSA

- Ramírez Hita, S. (2009): *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones Quechua y Aymará del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS.
- Reguillo, R. (2000): "La clandestina centralidad de la vida cotidiana". En Lindon, A. (Comp.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad*, Pp. 77-94. Barcelona: Anthropos.
- Reguillo (2006) "Políticas de la mirada. Hacia una antropología de las pasiones contemporáneas". En Dussel, I. (Comp.) *Educación la mirada: políticas y pedagogías de la infancia*. Buenos Aires: Manantial.
- Restrepo, E. (2004): "Esencialismo étnico y movilización política: tensiones en las relaciones entre saber y poder". En Olivier, B. y Urrea, F. (Comp.), *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*. Medellín: Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómicas de la Universidad del Valle.
- Rojas, M. C. (2006): "Población, vivienda, salud y vulnerabilidad global. Propuesta teórico-metodológica para la estimación del riesgo de la vivienda urbana para la salud basada en el análisis de la vulnerabilidad sociodemográfica". Disertación doctoral no publicada, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Rojas, M. C., Meichtry N., Ciuffolini M., Vázquez J., Castillo J. (2008): "Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis del enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica". En *Salud Colectiva*, 4(2), pp. 187-201.
- Rojas, M. C., Didoni, M Meichtry N., Ciuffolini M., Vázquez J., Castillo J. Jure, H.; Cárdenas, M. (2010, noviembre): "Aproximación al proceso salud-enfermedad desde enfoques de salud colectiva y vulnerabilidad social. Desarrollo de una Historia Clínica Familiar y Comunitaria (HCFC)". Ponencia presentada en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba.
- Rosanvallon, P. (2007): *La contrademocracia: La política en la era de la desconfianza*. Buenos Aires: Manantial.
- Samaja, J. (2004): *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Sánchez, E. (2000): *Todos con la "Esperanza". Continuidad de la participación comunitaria*. Caracas, Venezuela: Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.

- Sierra Araujo, B. (2006): *Aprendizaje automático: conceptos básicos y avanzados*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Sánchez Vidal, A. (1991): *Bases conceptuales y operativas: método de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Sinisi, L. (1999): "La relación nosotros-otros en espacios escolares 'multiculturales'. Estigma, estereotipo y racialización". En Neufeld, M. R. y Thisted, A. (Comps.), *De eso no se habla... Los usos de la diversidad sociocultural en las escuelas*. Pp. 1-39. Buenos Aires: Eudeba.
- Stolcke, V. (2004): "¿Qué entendemos por integración social de los inmigrantes?". En Checa, F. y Arjona, A. (Eds.), *Inmigración y derechos humanos. La integración como participación social*. Pp. 17-46. Barcelona: Icaria.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002): *Bases de la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Svampa, M. (2008): *Cambio de época: movimientos sociales y poder político*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Sztompka, P. (1995): *Sociología del cambio social*. Madrid: Alianza.
- Testa (2007) Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿por qué?. En *Salud Colectiva*, 3(3), pp. 247-257.
- Vallés, M. (1999): *Técnica cualitativa de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vasilachis, I.; Forni, F.; Gallart, M. (1992): *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Zibechi, R. (2006): *Dispersar el poder. Los movimientos como poderes antiestatales*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- (2009): *Territorios en resistencia: cartografías política de las periferias urbanas latinoamericanas*. Buenos Aires: Cooperativa de Trabajo La Vaca ltd.
- Žižek, S. (2009): *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*. Buenos Aires: Paidós.