



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES PARA EL
CUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN FAMILIAS CON
ESCASOS RECURSOS DE LA LOCALIDAD DE VILLA
CARLOS PAZ, DEPARTAMENTO DE PUNILLA -
PROVINCIA DE CÓRDOBA”**

TESISTA:

OD. ARIEL ALFREDO HERRERA

DIRECTOR:

DR. OMAR JEREZ

CÓRDOBA, 2018



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

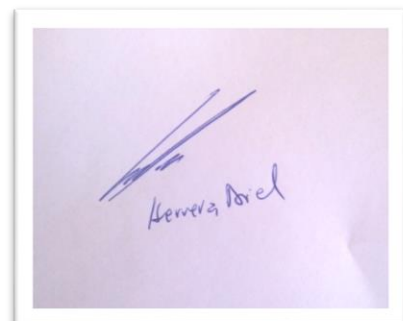
ESCUELA DE POSGRADO

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN ODONTOLOGIA

**Título: «Representaciones y prácticas sociales para el cuidado de la salud bucal
en familias con escasos recursos de la localidad de Villa Carlos Paz,
departamento de Punilla - Provincia de Córdoba**

TESISTA: Od. ARIEL ALFREDO HERRERA

DIRECTOR: Dr. OMAR JEREZ



2018

COMISION DE TESIS:

Dra. MARCELA BELLA

Dra. PATRICIA SCHERMAN

Dr. EDUARDO BOLOGNA

Dra. ANA DELGADO

JURADO:

INDICE:

Abreviaturas.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Marco teórico.....	10
- Ciencias de la Salud, un asunto de darle entidad Ontológica.....	11
- Complejidad en Salud.....	14
- Salud Colectiva, la Otridad en la mira.....	15
- Salud Bucal Colectiva	17
- Mercantilización de la Salud Bucal.....	20
- Biopolítica en el Modelo Odontológico Hegemónico.....	24
- La Disciplinarización de los cuerpos.....	25
- La Biopolítica del Componente Bucal.....	27
- Representaciones Sociales en el campo de la Salud.....	28
- Capital Social.....	30
- Conceptualizaciones de la Pobreza.....	32
- Estrategias familiares de Reproducción en situación de escasos recursos.....	33
- Estrategias familiares en el campo de la Salud para el Proceso Salud/Enfermedad/Atención.....	34
Hipótesis.....	36
Objetivos.....	37
Materiales y Métodos.....	39
Cuestiones Éticas y de Confidencialidad.....	49
Resultados y Discusión.....	50
- Representaciones Sociales vinculados al PSEA en el sector Formal.....	51
- Representaciones Sociales vinculados al PSEA en el sector Informal.....	73
• Medicina tradicional o Popular.....	78
- Estrategia de Reproducción de Prácticas Sociales para la Atención de la Salud Focalizada en el Componente Bucal.....	93
• Saberes Populares.....	93
- La Autoatención como Estructura.....	100

- Estrategias de Reproducción Social vinculadas al Capital Social, para la atención de padecimientos en el PSEA.....	109
Conclusiones.....	120
Referencias bibliográficas.....	124
Anexos.....	133
Guías Metodológicas.....	143
Consentimiento Informado.....	140
Reflexiones Finales.....	142

- **ABREVIATURAS:**

PSEA: Proceso Salud, Enfermedad, Atención

UD: Unidad Doméstica

OMS: Organización Mundial de la Salud

SBC: Salud Bucal Colectiva

PUND: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

MOH: Modelo Odontológico Hegemónico

RESUMEN:

La enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los sujetos. El proceso salud/enfermedad/atención ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones en todas las sociedades. Los padecimientos son metáforas y síntomas de una sociedad, en cada uno de los momentos de su historia.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, la metodología se centró en técnicas etnográficas de observación participante y entrevistas en profundidad a unidades domésticas de escasos recursos, en salud general y focalizada en el componente bucal. Sus percepciones y formas de resolución de padecimientos/enfermedades, y el capital social que circula en sus redes sociales de reciprocidad.

La autoatención constituye el primer nivel real de atención, además de ser el eje articulador de las diferentes formas de atención que utilizan los agentes y grupos sociales.

Se observa el uso incorrecto de medicamentos, se evidencia que los agentes aprenden, modifican, resignifican sus prácticas. Y que una parte de esa automedicación funciona para determinados padecimientos, que aprende, a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud biomédico.

En el proceso s/e/a, las redes sociales para la resolución de padecimientos o enfermedades se basan en la confianza, recurriendo en primera instancia a parientes y conocidos. Luego, se privilegian los recursos de atención primaria de la localidad. Estas redes compuestas por pocos individuos, se comportan con alta efectividad en la atención y resolución del problema de salud.

La representación imperante en el modelo médico hegemónico, construye un sentido social de la odontología totalmente biologicista, que no toma a la subjetividad, ni al campo de interacción social, en cuyo contexto socio-histórico viven y se reproducen socialmente las personas, que determina y condiciona más que cualquier agente bacteriano en boca.

Palabras clave: Salud Colectiva –Proceso Salud/Enfermedad/Atención- Capital Social- Autoatención- Medicina Tradicional - Salud Bucal

ABSTRACT

Illness, disease, and damage to health constitute some of the most frequent, recurrent, continuous and unavoidable events that affect the daily life of subjects. The health / illness / care process has been, and continues to be, one of the areas of collective life where the greatest number of symbolizations and representations are structured in all societies. The sufferings are metaphors and symptoms of a society, in each one of the moments of its history. A descriptive study was carried out. The methodology focused on ethnographic participant observation techniques and in-depth interviews with low-income households in general health and focused on the oral component. Their perceptions and ways of solving illnesses and diseases, and the social capital that circulates in their social networks of reciprocity. Popular or traditional medicine emphasizes social restraint, therapeutic efficacy and cultural attunement with the suffering. Self-care is the first real level of care, as well as being the articulating axis of the different forms of care used by social agents and groups. The incorrect use of drugs is observed, but it is evident that the agents learn, modify, and resignify their practices. And that part of that self-medication works for certain ailments, which to a great extent learns, through the direct or indirect relationship with biomedical health personnel. In the process s / e / a, social networks for the resolution of illness or disease are based on trust, appealing in the first instance to relatives and acquaintances. Then, the primary care resources of the locality are given priority. These networks composed of few individuals, behave with high effectiveness in the attention and resolution of the health problem. The prevailing representation in the hegemonic medical model, builds a social sense of dentistry totally biologicist, that does not take to the subjectivity, nor to the field of social interaction, in whose socio-historical context people live and reproduce socially, that determines and conditions more than any bacterial agent in the mouth. Keywords: Collective Health - Health Process / Disease / Care - Social Capital - Self-care - Traditional Medicine - Oral Health

Introducción

Los comportamientos sociales y culturales, que definen la salud bucal en el seno familiar no se encuentran al margen de los contextos, actividades y las creencias de los grupos sociales (1). En nuestro país los servicios estatales de salud con recursos disminuidos/recortados, cubren deficientemente las necesidades de atención médica de amplios sectores de la población.

Las transformaciones del mercado de trabajo (disminución de la población asalariada, crecimiento del subempleo y el número de trabajadores por cuenta propia), significó una reducción de los porcentajes de la población con cobertura social de atención médica. Incrementando la demanda en los servicios de salud estatal, que deben hacerlas frente con recursos disminuidos, impactando directamente en la calidad de los mismos.

Exclusión implica a todas aquellas condiciones que permiten, facilitan o promueven que ciertos miembros de la sociedad sean apartados, rechazados o se les niegue la posibilidad de acceder a los beneficios institucionales (3).

Según Amartya Sen (4), parte de la explicación dinámica que define a los fenómenos de inclusión/exclusión, tiene que ver con el hecho de que algunos accedan y otros no al uso de ciertos bienes sociales, es decir, aquellos bienes que definen la capacidad para funcionar en el sistema social en cuestión, en tanto lo que la persona "puede hacer" depende de su control sobre ciertos bienes, así como de las características de los bienes que controla.

Este proceso abarca todos los niveles de atención, incluidas las unidades sanitarias, que si bien se contextúan en un declamada lógica, que recupera la atención primaria y la promoción de la salud, en los hechos se traduce en una atención de bajo nivel de complejidad, escasas actividades de promoción de la salud y barrera de contención de ciertos problemas de salud para descomprimir la demanda hospitalaria (2).

Siguiendo a Menéndez (5), el proceso salud – enfermedad – atención (s/e/a), constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en los diferentes conjuntos sociales que la integran.

La enfermedad constituye algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Diríamos, son parte de un proceso social, dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad, el sujeto desde su nacimiento se constituye e instituye, en parte, a partir del proceso s/e/a.

La respuesta social a la enfermedad es un hecho cotidiano, recurrente y constituye una estructura necesaria para la producción - reproducción de cualquier sociedad. Dichos sistemas y conjuntos sociales generarán representaciones y prácticas para estructurar un saber para enfrentar, convivir, solucionar y si es posible erradicar los padecimientos.

Todo esto se desarrolla dentro del contexto histórico en el cual se construyen las representaciones causales de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (sentidos) respecto de los mismos.

Esta tensión de hegemonía/subalternidad, que opera entre los sectores sociales, incluidos los saberes técnicos de estos grupos, entra en relación en una sociedad determinada.

En este sentido, la generación de un modelo médico, definido como hegemónico por Menéndez (5), constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad, y ende las sociedades, ha llegado a ser legitimado como la forma más correcta y eficaz de atender al proceso salud - enfermedad.

Desde esta postura se instituye una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y sobre los enfermos. La mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores de distintas medicinas, constituyen hechos técnicos y sociales, más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales.

Se ha planteado que la enfermedad, ha sido una de las principales áreas de control social e ideológico a nivel micro y macro social (7).

Instituyéndose un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados; y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socio-ideológicos (6).

Este proceso opera en un campo sociocultural heterogéneo, que implica la existencia de diferentes formas de desigualdad social, las cuales suponen no sólo la presencia de relaciones de explotación económica, sino de hegemonía / subalternidad en términos ideológico – culturales, operando a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales (7).

Partiendo de que el consumo de los bienes de servicio en el campo de la odontología, se encuentra amplia y desigualmente distribuido, se puede observar que los aspectos económicos políticos y sociales, tienen una relación directa con los perfiles del proceso salud – enfermedad- atención, en general de la sociedad.

En el caso particular del proceso salud –enfermedad - atención odontoestomatológica, dichos aspectos también tienen una relación directa en el condicionamiento y/o determinación de los problemas de caries dental, periodonciopatías, maloclusiones y lesiones en tejidos blandos.

De acuerdo a una nota informativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2012, la caries y las enfermedades periodontales son las más prevalentes, las de frecuencia media son las anomalías cráneo faciales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral.

Las representaciones sociales, de unidades domésticas de escasos recursos, cuando son acerca de un padecimiento o enfermedad, llevan a sus integrantes, a tomar una posición sobre la forma en que debe ser manejada y atendida. Llevándoles a tomar posiciones estratégicas, relacionadas en primera instancia a la autoatención, que no es sinónimo de automedicación, sino que la incluye. También a la búsqueda de curadores informales, que al tener la característica de poseer una similar sintonía sociocultural, juegan un papel importante en cuanto a la resolución de padecimientos, entrando en escena los legos con algún saber popular, entre ellos curanderos o practicantes de medicina tradicional.

Es que las unidades domésticas ponen en juego, diferentes estrategias de reproducción social, en cuanto a la reconversión de los diferentes capitales sociales que acumulan o mantienen, para el acceso o pronta resolución de los padeceres o enfermedades que acusan. En los itinerarios terapéuticos de los agentes, y dependiendo de la evaluación diagnóstica, que se pone en práctica en las unidades domésticas, la utilización de los servicios formales de curación biomédicos u odontólogos.

Si los profesionales odontólogos no cuentan con información sobre estas representaciones, es muy posible que sus concepciones, cruzadas por su historia socio-cultural, en torno al padecimiento, no coincidan con la de los pacientes y las de los familiares de éstos. Observándose discrepancias en el modo de concebir al proceso salud-enfermedad –atención entre los agentes sociales y los profesionales de la salud.

MARCO TEORICO

Ciencias de la salud, un asunto de darle entidad ontológica

La Salud no refiere a un estado “normal”, sino la capacidad de ser normativo y disciplinado:

“Estar sano no es solo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar las infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas” (14).

La capacidad de representar y comunicar lingüísticamente las diferencias entre lo normal y lo patológico, entre lo correcto y lo incorrecto, finalmente, entre el bien y el mal, es lo que constituye una condición fundante de la cultura.

Esas interpretaciones dependen de las relaciones de los agentes sociales entre sí, que se desdoblán como acontecimientos mentales y no puede separarse de las propias interpretaciones que son portadores.

Según Samaja (8) hay alternativas que se abren a este panorama:

- 1- *“Hay una de las perspectivas que es la “verdadera perspectiva científica sobre la Salud”, que respeta los criterios de las ciencias de la Naturaleza, a la que en definitiva pertenece el organismo humano, y también sus acoplamientos estructurales con otros organismos y las bio-comunidades. Y cuando esa perspectiva sea conquistada, las restantes interpretaciones serán fácilmente identificables y descartables como pseudo ciencias”;*
- 2- *“No es posible una ciencia de la salud, en el sentido de “ciencia natural”, pero si 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. La Salud es un valor y no un SER: expresa preferencias que se construyen en las situaciones sociales, pero no designa cosas. Habrá siempre, tantas medicinas como intereses subjetivos sociales haya (según las sociedades, las clases sociales, y los agrupamientos de individuos)”;* y
- 3- *“No hay ni ciencia Natural de la salud ni ciencia social...Solo hay construcciones discursivas y rotulaciones, y el único saber crítico posible es el saber qué hace posible la deconstrucción de esos discursos y rótulos: el ejercicio de una pesquisa de su genealogía y, eventualmente, de su denuncia, detrás de un retorno a un origen perdido para siempre.”*

Cada una de estas posiciones, expresa el alineamiento con una cierta forma de darle entidad al asunto de las Ciencias de la Salud y por lo tanto, se juega allí una batalla ontológica (9).

Por una parte, una ontología que postula la existencia de los entes naturales (los objetos o cosas reales), tal como lo establecieron las Ciencias Modernas; por otra parte, la de las interacciones sociales (o campos de poder), como se configuraron a partir de sociologías comprensivas o hermenéuticas y, la de las construcciones discursivas (o producciones de sentido), como las que difundieron autores como Derrida (10).

Latour (11), considera a estas tres ontologías distintas como “*repertorios (categoriales) para hablar de nuestro mundo*”: Los críticos han desarrollado tres repertorios distintos para hablar de nuestro mundo: la naturalización, la socialización y la deconstrucción.

Se puede utilizar como referentes a Wilson (12), Bourdieu (13) y Derrida (10) como representantes de estos tres lineamientos.

Cuando el primero habla de los fenómenos naturalizados, las sociedades, los sujetos y todas las formas de discursos desaparecen. El segundo habla de las formas de campo de poder, la ciencia, la tecnología, los textos y los contenidos de actividades desaparecen. Y el tercero habla de efectos de verdad, el creer en la existencia real de las neuronas del cerebro o en los juegos del poder, revelaría una gran ingenuidad.

Estas tres variantes contrapuestas de forma paradigmática, son las que presentan las Ciencias de la Salud.

Cualquier fenómeno del campo de la salud (una epidemia, caries, enfermedad periodontal, un programa de promoción de la salud, etc.) amalgama todos los componentes para nominarse como “*un híbrido*”, según Latour (11), para referirse a los hechos concretos. Así, en estos, interactúan *objetos naturales; situaciones, relaciones de poder y construcciones discursivas*.

La Caries, por ejemplo, es en donde se armonizan de modo inevitable estas ontologías: entes naturales (bacterias, desmineralización, estructuras microscópicas de túbulos dentinarios, hidroxapatita); relaciones sociales y situaciones de poder (estereotipos de belleza, estigmatización, marginación...) y configuraciones discursivas, es decir, las construcciones mediante enunciados de mundos que solo existen en la circulación y diseminación verbales, y en los cuales se construye una realidad simbólica (dientes picados, caries macropenetrantes, bichitos que pudren los dientes, desdentados parciales, Clase I, II, III ...).

A estos híbridos funcionales, es posible darles sentidos como momentos de una única realidad interpretada.

Samaja (8), toma lo común que hay entre los saberes sobre la salud; y la denomina *nociones nucleares*:

- a- Salud (normalidad),
- b- Enfermedad (patología),
- c- Curación (terapéutica) y
- d- Preservación (prevención)

La salud tiene que ver con el cuerpo y con su fisiología, con evaluaciones; con interpretaciones, con preferencias, con signos y con decisiones, con alimentos y provisiones; tiene que ver con refugios y abrigos, con el dolor y el bienestar, etc.

De forma amplia, la salud pertenece al orden del *ser* (cosas y causas), pero también al orden del *deber ser*, con representaciones o significados. Por todo esto, la salud sería una especie de *bien social* en contraposición a la noción de bien mercantil.

Según Canguilhem (14), desde su libro: "*Lo Normal y lo Patológico*" en la segunda parte denominada, *¿Existen ciencias de lo normal y lo patológico?*, evidencia que hay un punto común entre los pasados y actuales significados de la palabra "enfermedad", y que lo común es el juicio implícito de valor que posee, así delinea la actividad de las Ciencias Médicas:

"Sin embargo la ciencia médica no consiste en especular sobre estos conceptos vulgares para obtener un concepto general de enfermedad, sino que su tarea propia consiste en determinar cuáles son los fenómenos vitales a propósito de los cuales los hombres se declaran enfermos, cuáles son sus orígenes, sus leyes de evolución y las acciones que los modifican. El concepto de valor se ha especificado en una multitud de conceptos de existencia: pero, a pesar de la aparente desaparición del juicio de valor en esos conceptos empíricos, el médico sigue hablando de enfermedades, porque la actividad médica –por el interrogatorio clínico y por la actividad terapéutica – está relacionada con el enfermo y con sus juicios de valor" (14).

Así el concepto de valor se aplica sólo a dos situaciones, como una expresión de la persona que se declara enfermo, o como una expresión del médico que solo contempla enfermedades, porque su actividad como médico lo vincula al enfermo, y a la curación.

O sea que, fuera de lo que diga el enfermo y de las intenciones del médico, pareciera que hay solo hechos o juicios de existencia.

Canguilhem postula que la vida no es ajena a sus formas de posibilidad, es decir que de hecho, es polaridad. "*La vida es afirmación implícita de valor. Sin los*

conceptos de normal y patológico el pensamiento y la actividad del médico son incomprensibles” (14).

Complejidad en Salud

La categoría "complejidad" podría definirse como, el conjunto de propiedades de los objetos de conocimiento de efectivo interés para la ciencia contemporánea. La idea de complejidad puede ser así tomada como el eje principal, que unificaría parcialmente diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo.

Se trata de una aplicación generalizada de la premisa que, al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad, la investigación científica dentro de un nuevo paradigma pretende respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia (15).

Morín (16) propuso la expresión neutra de "pensamiento complejo", en referencia a la capacidad cognitiva de lidiar con la incerteza y la posibilidad de auto-organización, más allá de su dependencia de la noción de "unidad del conocimiento".

Una estrategia metodológica que dé cuenta de la complejidad de los fenómenos de la salud, no se reduce a varias perspectivas de un campo científico particular, sino que es necesario buscar la unidad en esa gran diversidad compleja de objetos de conocimiento, perspectivas y saberes.

Se puede demostrar que un objeto a aprehender, puede ser descrito por diferentes miradas, sin ser estas prácticas, una profundización del conocimiento más completo y exhausto de ese objeto.

Tomando un ejemplo cotidiano en el campo de la odontología, Herpes Simple Labial, el discurso acerca de esta enfermedad se la puede observar desde la estomatología con sus signos y síntomas específicos.

Un Antropólogo tomara los sentidos que esa persona construye, en relación al grupo sociocultural de pertenencia. Un curador tradicional (curandero) le dará un sentido mágico- religioso. Una modelo que trabaja con su estética, estará inhabilitada a una sesión de fotos, dispuesta por las convenciones de belleza que ese campo social dispone.

Cada discurso tendrá valor propio, sentido y rigor de conocimiento situado, aunque la suma de todos estos, no será un conocimiento más integral del herpes simple. Algo más que la suma de esas formulaciones, tiene que ser construido a fin de

viabilizar el entendimiento de ese objeto en la diversidad, lo que involucra también los antagonismos que necesariamente están en ese discurso (15).

Para superar la duda de si la díada salud-enfermedad debe o no inscribirse en el registro de una disyunción o antagonismo, Morín contribuye a la noción de integralidad del conocimiento, comprendiendo que en el paradigma de la complejidad, no es posible que exista conocimiento absoluto y aislado, porque el pensamiento complejo es, por definición, relativo y contextual. Por lo tanto, el pensamiento complejo implica unidad con multiplicidad y unidad en la diversidad (17).

Salud Colectiva, la Otredad en la mira

Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho, definen la Salud Colectiva como *“un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reformar en salud, de esta forma la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras”* (18).

Así como campo de conocimiento en constante desarrollo, constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad- atención de las poblaciones.

Al referirse a la ampliación de la visión, se habla de esa necesidad de ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad.

“No solo radica en la potencialidad de ampliar los horizontes de visión sino al mismo tiempo cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico hacia el compromiso por alcanzar logro práctico, es decir, ejercer el deber y derecho de cuidar nuestras poblaciones. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda Testa, de “construcción de sentido y significado, de constitución y determinación”, comprendiendo además que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales se constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico que trae la Salud Colectiva, y al hacerlo, ejercen su poder y derecho en cuanto a la ciudadanía” (19).

Así, la Salud Colectiva, sería un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado el tradicional modelo médico hegemónico, es transformar

nuestra acción en un quehacer humano comprometido con la vida y con el cuidado de la salud de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en palabras de Testa); así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y el control de las enfermedades controlables (20).

Partiendo de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, Menéndez (21) encuentra que los mismos, utilizarían potencialmente los siguientes saberes y formas de atención:

- a- Saberes y formas de atención de tipo biomédico implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales, y que incluyen saberes preventivos de tipo Biomédico. Dentro de la atención biomédica pueden reconocerse formas antiguas y comparativamente marginales, como son la medicina naturista, la homeopatía. Deben también incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.
- b- Saberes y formas de atención de tipo “popular” y “tradicional” expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberas, chamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.
- c- Saberes y formas de atención alternativas, paralelas o new age que incluyen a sanadores bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.
- d- Saberes y formas de atención devenidas de otras tradicionales médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina china, etc.
- e- Saberes y formas de autoatención que se expresan a través de dos tipos básicos: 1) las centradas en los grupos primarios “naturales”, especialmente en el grupo doméstico, y 2) las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.

Esta clasificación podría ampliarse y/o modificarse según otros autores y objetivos, subrayando que no se las considera como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, sino que se asume la existencia de un proceso dinámico entre los diferentes

saberes y formas de atención. Es decir que los mismos operan en forma específica y/o a través de la articulación con otras formas y saberes.

Menéndez (21) describe como Modelo Médico Hegemónico de la Atención (MMH), que de igual forma convive en el campo de la Odontología, es decir, biologicista (Flexneriano), a-histórico, a-social y a-cultural, individualista.

De eficacia pragmática, de relación médico-paciente subordinada y asimétrica, de paternalización del saber de la gente y de igual acceso a la misma.

Con identificación ideológica a la racionalidad científica, tendiendo a la medicalización de los problemas y con predominio de estrategias curativas, respecto de las Preventivas y de Promoción para la Salud.

Este MMOH está instalado tanto en los profesionales, como en la comunidad en general, que tampoco comparte el pensamiento de que puede y debe ser parte del PSEA focalizada en el componente bucal.

Se puede considerar que ésta puede ser una de las causas de la naturalización de la enfermedad, por la cual la concurrencia a los servicios es casi con exclusividad para la asistencia y curación de la enfermedad, y no para la prevención y promoción de la salud bucal.

La naturalización de la enfermedad puede entenderse como una construcción cultural, que está incorporada e instalada, tanto en la comunidad como en los profesionales de la Salud.

Un cambio en salud bucal, no será por uno o varios campos disciplinares, que aisladamente apliquen sus saberes para solucionar los problemas buco-dentales de los grupos sociales, sino de tener en cuenta a las personas, contextos, creencias, sus representaciones sociales construidas, sus necesidades y sus padecimientos dentro del PSEA (22).

Salud Bucal Colectiva (SBC)

Cabe destacar que la Salud Bucal Colectiva busca su base epistemológica en la Salud Colectiva, proponiendo un proceso de des-odontologización. Sus críticas iniciales comprenden los referentes marxistas, así como la Odontología Integral. Sin embargo, la SBC parte inicialmente del cuestionamiento de lo que sería lo social.

Según Botazzo (23) lo social, generalmente se presenta como "*un conjunto de condiciones relativas sólo al ambiente y a la familia*" y en general se ignora "*las*

relaciones dinámicas y contradictorias que los hombres, establecen entre sí al trabajar ", que engloba a los grupos y clases sociales.

Así, para la SBC lo social correspondería al (...) *"escenario, el espacio o lugar donde los hombres, los grupos y las clases sociales establecen relaciones entre sí, y en el que la cultura, la ciencia, la moral y todos los demás valores humanos se producen. Es por eso que cada sociedad humana (cada pueblo), en cada época específica, produce cosas diferentes unas de otras: literatura, arquitectura, música, vestuarios, alimentación, ciencia, moral, hábitos, etc."* (23).

En esta perspectiva, la cuestión principal consiste en la inserción del análisis de lo social a partir de la sociedad y sus contradicciones.

"La sociedad no es una comunidad. Las comunidades son otras cosas (...) no se trata de ser una Medicina Comunitaria, que en general venía traducida como medicina, porque en general se entendía como una cosa dirigida a los necesitados. Nosotros teníamos una lectura de sociedad, de totalidad social, de clase social, una lectura de clase. Así pues, pensar segmentos de la sociedad, sobre todo carentes, pobres, población de bajos ingresos, gente excluida tal para pensar la comunidad, no!" (23).

La Salud Bucal Colectiva propone una visión no ecológica de la caries, presentando el enfoque de la determinación social, como alternativa para la comprensión del proceso de salud - enfermedad bucal -atención.

En la perspectiva de la determinación social, las prácticas de salud bucodental implicarían actividades clínicas y no clínicas, y por ese motivo no podrían estar en el campo odontológico, y sí en la Salud Colectiva.

Incluiría acciones sobre las causas de las enfermedades y sus distintas naturalezas, ya sean biológicas, económicas, políticas o sociales. No se trata, por lo tanto, de asistencia odontológica cuyo compromiso es con lo individual e involucraría prácticas de atención a la salud bucal, abarcando prácticas de salud en otros espacios más allá de la boca (24).

Sus argumentos estarían anclados también en la crítica al concepto de salud como "Completo bienestar" (OMS, 1946), presentando la imposibilidad de esa perspectiva ya que la salud no podría ser universal, ya que no todos los grupos y las clases tienen las mismas condiciones materiales de existencia.

Esto porque la inserción de clases sociales define condiciones materiales de existencia, formas de consumo, de producción relacionada con la salud, y la obtención del bienestar físico, mental y social.

Por lo tanto, el enfoque admite que la condición estaría condicionada, a su vez, a la pertenencia del grupo social, que también define el nivel de escolaridad, la

ocupación, el acceso a la información, la participación en las decisiones políticas, entre otras cuestiones. No oculta, por tanto, las contradicciones existentes entre grupos y clases sociales (23).

Estos argumentos introducidos por la lectura del proceso-salud enfermedad-atención bucal, a partir de la determinación social, coloca la politización del agente etiológico como elemento central de la SBC, que consiste en considerar que la boca, como parte del individuo, es social e históricamente determinada.

En este caso, el enfoque de las prácticas odontológicas, debe contemplar la cuestión de las clases sociales para la lectura de las necesidades de salud.

Se sabe que la caries irrumpe en la sonrisa de los proletarios y la ciencia odontológica conduce a la mutilación, y apunta a la necesidad de politizar también la lectura de los datos e indicadores, politizando, a su vez, la relación entre los números y la realidad social, lo que requiere nuevas organizaciones de servicios públicos odontológicos (24).

Así las prácticas de salud bucal pautadas en la SBC, se vinculan al campo de prácticas en salud, requiriendo transdisciplinariedad y la participación en acciones de naturaleza colectiva, entendiéndolas como expresión de las relaciones políticas entre los diversos actores sociales e involucrando a un equipo de salud bucal.

Se refiere a actividades grupales en interacción con los espacios socialmente reconocidos - organizaciones e instituciones, que son áreas por excelencia de la desmonopolización del saber, es decir, la democratización del conocimiento y que también representan espacios privilegiados del ejercicio de la ciudadanía. En palabras de Botazzo, *“Se trata, por lo tanto, de acercar las prácticas de salud bucal a las demás prácticas de salud y de superar a la clientela escolar y la prestación de servicios públicos sólo para pobres”* (25).

Según Botazzo (24), las prácticas de SBC serían entonces *“prácticas dirigidas al desarrollo social como lugar de producción social de las enfermedades bucales y sus tecnologías, destinadas a curar al paciente a partir de la disminución y control de los procesos mórbidos dentro de la dimensión colectiva”*.

A título de síntesis, la SBC sería entonces un área de conocimiento, que tendría como los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención bucal, cuyo análisis tomaría la caries como producto de las contradicciones de la sociedad, que ilustran las diferencias entre clases.

Sería también una práctica que involucraría distintas naturalezas: políticas, económicas, sociales y técnicas. Abarcaría prácticas odontológicas de asistencias odontológicas propiamente dichas y no-odontológicas, políticas, técnicas y sociales,

realizadas en espacios colectivos que serían prácticas de atención a la salud bucal desarrolladas, fundamentalmente, en un contexto de clínica ampliada.

A lo que Capel (26) menciona como: *“El objeto de la salud bucal colectiva es la atención a la salud bucal y sus prácticas de salud bucal, que son acciones necesarias para mantener la salud bucal de las personas, siendo sus sujetos, no solo los profesionales odontólogos y su equipo de salud bucal, sino también otros sujetos sociales que con sus prácticas repercuten en ella”*.

Narvai y Frazao (27), sostienen que la salud bucal de las poblaciones *“no resulta apenas de la práctica odontológica, más de construcciones sociales operadas de modo consciente por los hombres, en cada situación concreta de los profesionales de la salud, y también de los odontólogos”*.

Tal concepción implica (y en un cierto sentido, impone) a la Salud Bucal Colectiva una ruptura epistemológica con la odontología (de mercado), cuyo marco teórico se asienta en los aspectos biológicos e individuales (en los cuales fundamenta sus prácticas), desconsiderando en su práctica esa determinación de los procesos sociales complejos.

Botazzo (28) enfatiza que *“la salud no se agota en la forma clínica y que la teoría odontológica no da cuenta de recuperar al hombre por entero, abriéndose, en consecuencia, infinitas posibilidades de producir conocimiento y prácticas a partir del referencial de la bucalidad”*.

Ante la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención, es que se orienta el abordaje desde la intersectorialidad, transculturalidad, y transdisciplinariedad, y no sólo exclusivas del sector salud; esto implica comprender, que la salud bucal es mucho más amplia y no un monopolio del saber odontológico. Sería una construcción social colectiva, con un faro focalizado en la otredad y en los componentes de los saberes estructurados – estructurantes particulares de cada grupo social, en lo posible trocando la fórmula sujeto-objeto por otra que sea sujeto-sujeto dentro del Proceso Salud Enfermedad Atención.

Mercantilización de la Salud Bucal

La "tecnificación" de la ciencia, como resultado de la forma en que el modo de producción capitalista no transforma solamente la salud en mercancía, sino también el propio cuerpo de los individuos.

Según Lyda (29), hablando sobre el uso del cuerpo como mercancía, considera que, en la medida en que el cuerpo es cada vez más frecuentemente diseñado como ser biológico, las técnicas que tienden sobre él, son las de exclusión del sujeto.

Según el autor, esto se encuentra inscripto en las relaciones sociales que pueden ser las del dinero o del poder: La amenaza adicional a la integridad de la persona deriva de la fragmentación del cuerpo. La introducción de órganos humanos en un sistema comercial, dada la separación de los componentes de un cuerpo, puede hacer desaparecer la percepción de ella. Así el cuerpo se convierte en un conjunto biológico para el cual, y del que, podemos transferir elementos de acuerdo a una lógica técnica.

Sobre el proceso de mercantilización en el campo de la salud, Botazzo y Narvai (28-27) mencionan que *“el modo de producción capitalista, hegemónico, transforma servicios odontológicos en mercancías (marcas) pasibles de ser adquiridas en el marco del mercado, por los individuos que disponen de recursos financieros para hacerlo”*. Afirman que las partes del cuerpo humano se transforman en mercancías, que se negocian en un proceso vulgar de compra y venta.

La forma de conocimiento derivada del modelo capitalista de la ciencia, de acuerdo con Lyda (29), excluye de la odontología (producción, organización y formas de trabajo) lo que hay en ella de esencial: su humanidad (el trabajo y las relaciones sociales) y su historicidad.

No se trata de una simple cuestión técnica, sino también económica y política, produciendo incluso formas ideológicas que legitiman la práctica hegemónica, transformada en mercancía.

Para Lyda (29), no es la boca o, más estrictamente, la arcada dental que constituye el objeto de la odontología sino el hombre, su producto y productor: *“la boca, la ingestión de alimentos, la emisora de sonidos, de la transmisión verbal de los símbolos, guarda los siglos de esta praxis social. En este sentido, las estructuras dentales no son fenómenos naturales pero se derivan de un proceso de producción y reproducción de los hombres de sus condiciones materiales y de su inserción en esta producción y son, por lo tanto, socialmente invertidos, presentándose a diferencia de las clases y categorías sociales”*.

Lyda (29) afirma que el valor de uso de los servicios odontológicos está condicionado por esas contradicciones sociales descritas anteriormente, y también por la capacidad de los servicios de dar respuesta adecuadamente a la cuestión de la atención, produciendo e inculcando un conjunto de ideas, valores y comportamientos favorables a una estructura de necesidades, legalmente reconocidas como el consumo mínimo de salud para todos los "individuos-ciudadanos".

La constitución de la salud bucal como necesidad por lo tanto, es una producción social y, según Martins (30), está relacionada con las condiciones sociales de vida de las personas, las tradiciones históricas, el hábito social y sus representaciones sobre el cuerpo y sobre el fenómeno salud- enfermedad.

Las necesidades de salud son históricamente producidas, dependiendo de las relaciones sociales y de los conflictos generados por el poder.

De acuerdo con Lyda (29), si la división social del trabajo, por un lado, ha posibilitado a la odontología de aspectos positivos; por otra, el desarrollo de las fuerzas productivas y su especialización acarrearón aspectos negativos, como *"la enajenación fundamentada en la autonomización y el fetichismo de su práctica"*. La odontología ha tratado la reparación de los dientes como una mercancía.

Percibiendo la mercancía como la satisfacción de las necesidades humanas, la profesión transforma la restauración en la satisfacción de una necesidad humana.

Así, para Botazzo (24), la prótesis, que debe considerarse la evidencia del fracaso de una determinada odontología, es erigida como elemento propiciador de la realización personal y profesional que todos deben alcanzar. No significa con ello negar la necesidad de la prótesis bucal, pero destacar la inequidad de un modelo asistencial que se beneficia por el hecho de que la población en torno a los 60 años debe estar desdentada, total o parcialmente.

Para el autor: *"la pérdida de los dientes sirve para demostrar nuestro avance tecnológico y aquí reside en la ambigüedad: se extrae para después rehabilitar"* (24).

Esto puede considerarse una relación ambigua, o incluso invertida, en la medida en que la necesidad de reparación pasa a ser mayor que la propia necesidad de estar sano. Existiendo un fetichismo odontológico, cuando consideramos, los productos de la odontología - la restauración de cuerpos, fruto de sus técnicas - al llegar a ser privadas, acaban también por ser más importantes que el propio sujeto humano en el que se realizan las intervenciones prácticas.

De ahí el fetiche, que lleva a percibir como naturales las relaciones sociales convertidos en objetos.

El fetichismo odontológico actúa así, en esa historia íntima, creando falsas necesidades. Botazzo (24) pondera que *"para actuar de esa forma, la odontología considera al paciente que no sabe o no se quiere cuidar. De que es pobre, desmotivado, que no da valor a sus dientes, que no tiene "cultura odontológica". El paciente con su diagnóstico descalificado, es el paciente mudo cuya historia no puede ser oída"*.

Contando parte de la historia de muchos pacientes, Botazzo (31) nos demuestra la perversidad del hombre, el fetichismo: *"a la restauración de las*

superficies, si las obturaciones de los conductos radiculares; a las grandes reconstrucciones plásticas se suceden las prótesis articuladas o parciales y de éstas – pasos siempre mediatizados por la presencia nada discreta de la exodoncia - a las prótesis completas. Ni siquiera es importante que se busquen implantes o que se alcancen nuevas posibilidades de rehabilitación bucal; de principio a fin siempre se estará delante del esfuerzo de proponer un sucedáneo artificial, una construcción fabricada, en sustitución de una parte nuestra que se fue de nosotros, así, como si no pudiéramos hacer mucho, el alejamiento de éste brillo tan incierto como el brujo, que algunos les cuesta más perderlo y a otros bien menos”.

La construcción de la salud bucal como valor, y no de la intervención odontológica, para Martins (30), está relacionada con la conquista de los derechos sociales, las condiciones dignas de vida, trabajo, vivienda y también al acceso a los servicios de salud bucal de buena calidad.

En la misma perspectiva, Campos (32) afirma que el valor de uso de un servicio o un bien es socialmente producido. Por lo tanto, las necesidades y los valores de uso están constituidos por una lucha de influencia entre saberes, intereses económicos, intereses y necesidades de la población, la práctica política y profesional, como así también los medios de comunicación. Es con toda esa multiplicidad de determinantes que se construyen valores de uso y necesidades sociales.

Según Lyda (29), *“desvelar los hechos y sobrepasar una visión dominante de la odontología es considerarla más allá de su apariencia, y además de sus prácticas utilitarias y técnico-científica. Es superar la exclusión de las clases populares que se percibe en la restricción del acceso, en la selectividad y en el tratamiento diferencial de los servicios odontológicos”.*

En este sentido, para la autora, politizar la odontología es percibir que el acto odontológico es un fenómeno social (económico, ideológico y político). Por lo tanto, según Lyda (19) enterarse de que la realidad social no es una masa de hechos fragmentados y que se han apagado entre sí, pero es compleja y contradictoria, comprendiendo relaciones, procesos y estructuras no siempre visibles, pero que deben ser desvelados, para que esta realidad sea captada en su totalidad, en movimiento, y para que se busque la resolución de sus contradicciones, creando una nueva realidad.

Desde esta perspectiva, se podría decir que, el sistema capitalista alimenta el consumo de los servicios de salud (o la medicalización de la vida), no como la realización de un deseo humano, pero si para la realización de un fetiche, una fantasía creada por el propio sistema, exactamente por considerar los servicios de salud un producto privado (31).

Según Campos (32) la salud colectiva puede ayudar en el fortalecimiento de los sujetos, al participar en la producción de sus necesidades sociales.

Deconstruyendo ésta mercantil “Salud Bucal”, podría llegar a pasar que no sea más considerada una mercancía. Procurando que los trabajadores de la salud, se hagan conscientes de esa relación salud-mercancía para la población, lo que ciertamente ayudará en la reorganización de la escala de prioridades de las necesidades humanas, construyendo colectivamente valores que pueden proporcionar calidad de vida a los sujetos, a todos, y no sólo a los que la pueden comprar.

Una opción sería de re-pensar y cuestionar/nos las estrategias y prácticas, para construir nuevos saberes colectivos en salud bucal, y de esta manera influir e intentar cambiar pautas estructurales arraigadas en los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Biopolítica en el Modelo Odontológico Hegemónico

Desde sus orígenes, los avances de la odontología se identifican como un saber técnico, a partir de una división espacial aún no bien resuelta filosófica y territorialmente con la medicina. Es decir que la odontología, a pesar de ser una profesión de la profesión salud y vista por muchos como especialidad médica, transita con dificultad en medio de las otras clínicas, y su discurso no raramente se sirve de un lenguaje específico, como también la impide de pronunciarse sobre problemas sociales que juzga, permanentemente, no ser suyos.

Botazzo (23), menciona, *“Esta pretensión a la totalidad discursiva aísla a la odontología [...] y la hace queja en relación a las demás disciplinas. Encerrada en sus dominios, se dice que se separó; la medicina no entendería de su objeto, pero parece que no entenderían de él ni la sociología ni la antropología o la psicología; así como ella es suya la propia medicina, pretende ser el propio modelo de la ciencia social que fabula”*.

El estudio de los dientes y de la boca, como órganos funcionales y naturalmente dispuestos, esconde una trama de deseos y sentimientos. Es más que la ciencia cartesiana para comprender la producción de la subjetividad de la boca.

En una historia social de la caries dental, Freitas (33) enfatiza la dinamicidad que permea el proceso desarrollo de teorías explicativas de la caries dental, desde los primeros hallazgos arqueológicos en América precolombina y Egipto hasta un análisis contemporáneo. Se llega a una conclusión importante: la caries dental es socialmente producida y determinada.

Si, de hecho, el objetivo es comprender el proceso que deja de ser, en la expresión del autor, "Mutans-dependientes" para convertirse en "social-dependiente", por lo que debe ampliarse su campo del saber.

La odontología apela a la interdisciplinariedad, pero al hacer este movimiento se ve delante de sus límites, *"hay una subestimación y una gran dificultad de comprensión en relación a los factores externos de la boca, principalmente aquellos determinados o potencializados por la sociedad"* (33).

En consecuencia, la salud bucal se debe discutir a partir de la sociedad, sus condicionantes y sus necesidades colectivas. El carácter que se remonta al origen de la odontología, parece bastante sólido y actual. Punto que expone este campo del saber a una débil concepción e interpretación marcada, con consecuencias para las prácticas de promoción de la salud bucal.

La odontología se consolida como una profesión técnica, se fija como práctica y no como ciencia, y sólo mucho después se preocupará por convertirse en "científica" (33).

La visión naturalizada del hombre, que varias ramas de la ciencia reproduce, entre ellos la odontología, empobrece la comprensión de innumerables eventos cotidianos y aparentemente simples, pero carentes de una lectura articulada con teorías sociales. La caries como indicador social, es estudiada por la odontología como enfermedad a partir de la tenue superficialidad de los procesos químicos, físicos y biológicos de la boca.

Boca técnica, fragmentada y mal comprendida. Superficialidad acusada de ser la responsable de la ineficacia e ineficiencia odontológica como promotora de salud bucal. Para deconstruir esa visión naturalizada, es que se debe discutir la salud bucal a partir de los modos de vida. Entendiéndose como modo de vida, la manera como los sujetos se posicionan ante el mundo, en la producción de su propia vida de existencia material, dialécticamente definido por un modo de producción de la vida, estructurado y estructurantes, a partir de un conjunto de reglas, valores, hábitos y costumbres históricamente definidos.

La disciplinarización de los cuerpos

Se recurre al concepto foucaultiano de disciplina, por entender que este recorte, es una categoría central en la comprensión de la sociedad moderna y en una serie de acontecimientos en los que la boca participa.

La disciplina lleva consigo dos sentidos: un sentido positivo, para generar individuos productivos y capaces; otro sentido es el de docilización, para que los individuos se sometan. Por lo tanto, la norma capitalista produce individuos productivos y dóciles (34).

Con la aparición del modo de producción capitalista, las formas de enajenación toman un papel de carácter amplio y colectivizado. Hay una mejora de los mecanismos de control y sujeción.

Surge lo que Foucault (35) denomina bio-poderes: *“Este biopoder, sin la menor duda, fue un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo, que sólo pudo garantizarse a la costa de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y por medio de un ajuste de los fenómenos y procesos de la población”*.

Los biopoderes son las diversas formas de control e intervención sobre la población. Es el poder ejercido por el Estado a través de un conjunto de "aparatos del Estado", estructurados al final del siglo XVIII, y presentes en las nuevas instituciones; en la familia, en el ejército, en la escuela, en la policía, en la escuela medicina individual o en la administración de las colectividades (35).

La norma, que actúa sobre los individuos, no es fija, depende a la vez del contexto social y el grado de sujeción del individuo. Las normas y las reglas no necesitan una ley escrita para ser seguidas, pero sí de una técnica con saber que guíe la acción humana en una sociedad concreta, refiriéndose a hombres concretos y en función de los fines: *“[...] el ajuste de la acumulación de los hombres a la del capital, la articulación del crecimiento de los grupos humanos a la expansión de las fuerzas productivas y el reparto diferencial de la ganancia, fueron, en parte, ejercicio del biopoder con sus formas y procedimientos múltiples. La inversión en el cuerpo, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas fueron indispensables en aquel momento de afirmación del capitalismo”* (35).

Para adecuar a estos individuos al modo capitalista de producción es necesario disciplinarlos, en cuanto a los tiempos y ritmos del capital. El proceso de disciplinarización de los cuerpos es ilustrado por Foucault: *“Proceso para repartir a los individuos, fijarlos y distribuirlos espacialmente, clasificarlos, sacar de ellos el máximo de tiempo, y el tiempo máximo de fuerzas, entrenar a sus cuerpos, codificar su comportamiento continuo, mantenerlos en una situación de visibilidad sin lagunas”* (34).

La Biopolítica del componente bucal

En cuanto al proceso de disciplinarización de los cuerpos: la disciplina de la boca como producción social, o socialmente producida, demanda nuevas miradas.

Como cierto tipo de ubicación (o atributo de materialidad corpórea), la boca es disciplinada, vigilada, como el resto del cuerpo, por alguien que está en lo alto del panóptico Benthamiano o puede que no esté.

La boca en el cuerpo vigilado, como si la norma social fuera natural e inmanente. Según Botazzo (24), *"la norma social "está prohibido, feo, anti-social " como: comer de boca abierta, comer rápido, comer demasiado despacio, escupir, eructar, hablar alto, hablar mal, burlarse, el beso apasionado o en público, y, bajo ciertas circunstancias, la felación y el cunnilingus. También no se recomienda comer lo que se tiene ganas (comidas simple, pero que requieren tiempo de preparación; comidas caras que demandan dinero; las comidas y el tiempo para comerlas, el día que se quiera, cuantas veces quiera). Beber. Fumar. Pequeños o grandes gozos"*.

Cosas simples son censuradas, limitadas, condicionadas, reprimidas, y la boca se ha convertido en un blanco especial para la represión. Un centro de placer y represión.

De acuerdo con Aberastury (39), las funciones bucales en el bebé, la succión y posteriormente el inicio de la trituración, proporcionan descargas sexuales que caracterizan la boca como órgano con funcionamiento genital precoz. Este funcionamiento forma parte y es central en la elaboración psíquica del bebé. Son estas funciones que, más tarde, junto con el control de los esfínteres, deberán ser reprimidas y su contenido reprimido y posteriormente dirigido a los órganos sexuales. Esta represión, dirá, puede ser inductora de neurosis en el niño y comportamientos fóbicos que, en ciertos casos, se mantendrán en la vida adulta.

Como enfatiza Nunes (40), *"a principios del siglo XX se imagina que una sexualidad sin reglas y sin normas estaría cerca de una aberración, y los médicos prescriben un cierto número de cuidados con el bebé, entre los que incluye a la boca, pues una succión sin límites y persistente podría más tarde degenerar en los vicios que sólo se satisfacen por la boca"*. Entre ellos, la autora cita la glotonería, el alcoholismo, el cocainismo y el morfinismo.

Esta disciplina aparente y "conductual" sin embargo, sería la llave para comprender que, el centro de la disciplina de la boca está en su docilidad política e ideológica.

La boca proletaria será buena y correcta, puede hablar sólo de lo que conviene a las personas en las horas correctas y en los momentos adecuados.

Lengua presa, boca desdentada e inofensiva, boca que no debe levantar su voz delante del rico, ni del jefe, o que quiera o desee morder, que es el deseo de tener para sí, bajo el riesgo de ser arrestado o despedido, dejando que se vea poco a poco el significado político de las pérdidas dentales (24).

Este proceso de disciplinarización bucal es parte de los dispositivos de producción de individuos enajenados, con su autonomía disminuida.

Es en este sentido que Botazzo (23) afirma; *"No pudiendo la boca gozar todo el tiempo, ¿Acaso se enferma de ello? El proceso disciplinario produce bocas discriminadas. Las prácticas de la boca varían mucho, dependiendo de la clase social del individuo, de su acceso a los bienes de consumo, de su cultura. La boca mutilada es un factor de exclusión social de las clases pobres"*.

Este proceso disciplinario cuenta, desde el final del siglo 19, con el auxilio de la odontología. Colabora en este proceso cuando se sitúa su práctica en un campo completamente acrítico y reproductivo de los intereses del capital, sin un compromiso efectivo con la salud de las personas y las colectividades.

Llegamos al auge de la inversión: la boca que consume el mundo, ahora debe ser consumida por un área del saber (o del mercado), materializada en las prácticas profilácticas del dentista (41).

Se desvirtúan la práctica y las investigaciones, así como la manera de pensar el cuerpo. El cuerpo poseedor de una boca aislada, fragmentada e incomprendida, que es consumido de varias formas por el mercado odontológico.

Si la odontología fue una fuerte colaboradora de la disciplinarización de la boca, por otro lado ha desarrollado una práctica capaz de proporcionar tratamiento a las personas, elemento de suma importancia desde el punto de vista de la necesidad del hombre. La odontología, a pesar de que se efectúa de manera socialmente diferenciada e injusta, organiza de cierto modo las posibilidades de rehabilitación de la boca para los más variados agravios y allí debe ser reconocida su positividad.

A los pacientes bucales no les interesa cuál es la dirección política de la práctica, pero si el acceso, la efectividad y la calidad de la asistencia prestada.

La odontología tiene carácter privado; y está marcada por procedimientos quirúrgico-reparadores que culminan en una práctica mutiladora.

Representaciones sociales en el campo de la salud

Cuando se estudian las prácticas vinculadas a la salud, es necesario reconocer un conjunto de concepciones y prácticas referidas al cuidado de la misma que van

más allá de la ciencia médica y que operan en la población a la hora de tomar decisiones (42). Estas representaciones sociales respecto de la salud y la enfermedad, son construcciones colectivas y dinámicas que incluyen aspectos contradictorios.

Con frecuencia se observa que grupos socialmente vulnerables y desplazados adoptan, total o parcialmente, representaciones sociales producidas por los grupos hegemónicos (43). En este sentido, algunos grupos sociales incorporan, acríticamente de los discursos imperantes, algunas prácticas no protectoras para su salud.

Como parte de ese discurso, ampliamente difundido, la población legitima la medicalización de la salud y de su vida cotidiana sin indagar las razones científicas que la sustentan.

Menéndez (44) señala: *“la exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico-paciente, es decir la prescripción de tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos”*.

El autor sostiene que la falta de incorporación de esa mirada en perspectiva por parte de los profesionales impide observar los beneficios de determinados fármacos a lo largo del tiempo, pero también sus efectos nocivos (sea porque no es el pertinente o porque el uso prolongado produce secuelas no deseadas).

Muchas veces, esta actitud poco científica se resuelve adjudicando al paciente una falta de criterio en la administración de la medicación; actitud que se sostiene en un modelo asistemático y paternalista del odontólogo.

Esta ausencia de una concepción histórica y esclarecedora de los procesos sociales, vinculados a la salud es también compartida por la población, que acompaña algunos vaivenes en las teorías médicas sin contar con argumentos sólidos que las justifiquen (44).

El carácter colectivo de las representaciones sociales en salud se pudo observar en un estudio realizado en Francia por Pierret (42), donde se indago la existencia de las diversas concepciones de salud que expresaban grupos llamados por la investigadora socio-profesionales.

Si bien existen “nociones abarcadoras” construidas por el colectivo social acerca de la salud – enfermedad – atención, cada grupo social hace de dicha visión global una versión particular, de acuerdo a su posición en el conjunto de la sociedad. Representación que es portadora de los intereses específicos de los grupos, así como de su dinamismo.

A mediados de los ochenta, y en el marco de la restauración democrática en el país, se promovieron y desarrollaron múltiples experiencias de participación social en

salud, organizadas desde el ámbito del Estado y desde la sociedad civil. A la población se la instaba a participar en programas y proyectos radicados en los ámbitos locales.

Algunas experiencias lograron avanzar en el desarrollo de reflexiones, investigaciones y acciones de significativo impacto, tal el caso de jornadas y encuentros con nutrida participación de representantes de las comunidades y de organizaciones de profesionales de la salud.

Menéndez (46) analiza estas experiencias y observa críticamente que la exclusión de la dimensión histórica del saber médico y de los saberes y prácticas de los conjuntos sociales, también toma características especiales, si la referimos a la participación social en salud y a las prácticas médicas.

Otro enfoque elabora y ejecuta sus propuestas desde un “situacionismo”, que se funda en la consideración de que los conjuntos sociales “reinventan” los procesos participativos a partir de la “situacionalidad” de los agentes.

Un tercer enfoque es el de quienes se hacen cargo de los procesos de ruptura y continuidad de grupos e instituciones; de allí la importancia de la recuperación de experiencias participativas, a lo que Menéndez (46) dice *“esta concepción evidencia frecuentemente una tendencia a venerar arqueológicamente el pasado en sí que frecuentemente ignora las resignificaciones y problemas del presente”*.

La mayoría de los proyectos de Participación Social centrados en lo político, colectivo y transformador entraron en crisis en las décadas de 1970 y 1980. Su fracaso e inviabilidad llevaron a la expresión paradójica de una mayor presencia de participación, como control en la toma de decisiones o en términos de “empoderamiento”.

La caída de los grandes relatos, condujo a tendencias hacia la atomización, indiferencia y escepticismo por lo colectivo. Se afinaron particularidades específicas: mujer, diversidad sexual, salud mental, etnia.

Así, se fueron prefigurando sujetos dependientes, con pérdida de autonomía, que delegaban sus actividades, incluso su identidad, a una multiplicidad de instancias e instituciones (47).

Capital Social

Si bien, en los años 70 Loury y Bourdieu utilizan el concepto de capital social (48), es en los noventa que toma peso en Latinoamérica por los trabajos de Robert Putnam y James Coleman, y por el interés que pone en ello el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (49).

Para el banco mundial, el capital social serían las instituciones con sus relaciones y normas, que conforman la calidad y cantidad de las interacciones sociales de una sociedad; y considera a la cohesión social como un factor crítico para que las sociedades prosperen económicamente y para que el desarrollo sea sostenible; expresa “el capital social no es sólo la suma de las instituciones que configuran una sociedad, sino que es asimismo la materia que las mantiene juntas” (50).

Por su parte, Robert Putnam toma como Capital Social, a los aspectos de las organizaciones sociales, tales como las redes, las normas y la confianza, que permiten la acción y la cooperación para el beneficio mutuo.

Para algunas versiones derivadas de esta concepción, el capital social tiene la capacidad de suministrar remedio a los grandes problemas sociales (49).

Desde otra perspectiva, el concepto fue formulado por Bourdieu (51), quien lo relaciona con los atributos del capital en sentido convencional: acumulación, inversión, mantenimiento, rendimiento, movilización, concentración.

Lo define como el conjunto de recursos (actuales o potenciales) ligados a una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento o de inter-reconocimiento (grupo de pertenencia), unida por vínculos permanentes y útiles que se asientan en intercambios materiales y simbólicos.

Constituye el conjunto de relaciones sociales que una persona puede movilizar en un momento determinado y que le pueden proporcionar mejor rendimiento que sus otros capitales (económico y cultural), es también una fuente de poder que se pone en juego, que se intenta acumular y por el que se está dispuesto a luchar (51).

Entiende, que el capital social no puede ser desligado del capital económico, a cuya reproducción contribuye; que el volumen del capital social depende de la extensión de la red y de los recursos que poseen los componentes de la red; que su utilidad se expresa en los beneficios materiales y simbólicos que permite apropiar; y que esos beneficios dependen de la participación en la red de relaciones.

Conocer el capital social de una comunidad puede posibilitar un abordaje diferencial de ese proceso y facilitar la comprensión, no solo de los beneficios de las relaciones comunitarias para la promoción de la salud desde un enfoque formal biomédico, sino también, la articulación de las prácticas sociales con curadores tradicionales o alternativos desde un enfoque informal, sin ser excluyente de los usos o estigmatizaciones de los grupos que lo consumen.

Conceptualizaciones de la pobreza

Según Beccaria (54), hay diversas propuestas de construcción: relacionado con la dificultad para satisfacer las necesidades; la identificación de la pobreza con aquellos que no logran insertarse en las relaciones de producción arquetípicas de una sociedad denominados marginales; otros señalan que ser pobre es no tener ingresos para acceder a los bienes y servicios y así satisfacer sus necesidades; y la relación pobreza y escasos recursos que posibilitan detentar poder y status legitimado.

Por su parte, Spicker (55) menciona que se encuentran diversas interpretaciones del término pobreza, identifica necesidad, recursos insuficientes, carencia de seguridad básica, privación múltiple, exclusión, desigualdad, dependencia y padecimiento inaceptable.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (56), indica que la pobreza se refiere a la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable es decir: llevar una vida larga y saludable, libertad política, tener educación, acceso al trabajo productivo y bien remunerado, respeto de los derechos humanos, seguridad personal, y participación en la vida comunitaria.

Boltvinik (58) dice que la idea misma de pobreza, *“es inherente a la imposibilidad de acceder a un nivel dado de satisfacción”*. Las necesidades son esencialmente histórico – culturales.

Es decir, en algún momento o determinada sociedad según su desarrollo, puede referirse como necesidad básica algún aspecto que quizás no lo es para otra sociedad o para la misma en otro momento. Así que, desde esta posición se considera que la pobreza de una persona, depende de su situación con respecto a un grupo de referencia.

Subjetivamente la definición de pobreza está dada por la población. Parte del supuesto que el mejor juez de su propia situación es el individuo por sí mismo (55).

Se plantea que es importante escuchar a los propios actores, cuál es su realidad y cómo la califica particularmente.

Siguiendo a Fraser (60) menciona que, la injusticia económica se arraiga en la estructura socioeconómica y la injusticia cultural en la estructura simbólica, en los patrones de representación, interpretación y comunicación.

Ambas se refuerzan en la realidad y su resultado es un círculo vicioso de subordinación cultural y económica. La posición de la pobreza subjetiva, cuando conduce a negar las situaciones de privación, infiere la interiorización “muda” de la desigualdad, siendo las estructuras subjetivas producto de la sumisión doxica al orden social (61).

Menéndez otorga centralidad a la perspectiva del actor en “dar voz” a los grupos subalternos, compartimos que la realidad social es constituida, al menos en parte, por los significados y los sentidos que producen y manejan los actores sociales y que orientan sus acciones (59).

Se puede sostener que los significados son parte sustantiva de la realidad, sin embargo, esta afirmación no se problematiza. Como advierte este autor al reivindicar la potencialidad de tal perspectiva, las conceptualizaciones culturales no pueden quedar desarticuladas de las condiciones económicas y políticas dentro de las cuales los grupos viven sus experiencias y relaciones, es necesario cuestionar el nivel manifiesto de las representaciones de los actores u agentes.

Mallimacci (62), desde una perspectiva interpretativa, propone el desarrollo de métodos cualitativos para comprender la cuestión social, incluyendo la transformación en las representaciones y las identidades, dado que si bien las encuestas son necesarias y nos dan un panorama del hecho social, no alcanzan para aprehender una realidad cada vez más heterogénea donde los sentidos de la acción son importantes para comprender los fenómenos analizados.

Estrategias familiares de reproducción en situación de escasos recursos.

Para el estudio integral de las condiciones de vida es importante centrar el análisis, no solo en las privaciones, sino también de los recursos con que cuentan las unidades domésticas para su reproducción de vida.

La noción de estrategias familiares permite abordar la reproducción material de su existencia y los aspectos simbólicos relacionados, ya que es necesario considerar las relaciones sociales y familiares, las valoraciones, las normas y las pautas culturales que dan sentido a la vida cotidiana, retomando de manera articulada las dimensiones simbólicas y materiales en la reproducción de los hogares.

Borsotti (63) plantea que las familias, de acuerdo con su situación de clase, organizan sus recursos para el logro de ciertos objetivos referidos a la unidad o a sus miembros. El concepto de Estrategias permite la reconstrucción de la lógica subyacente en estas acciones y opera como nexo entre la organización social de la reproducción de los agentes sociales y las familias responsables de esta reproducción.

Se entiende como estrategias de reproducción familiar, al conjunto de prácticas y representaciones utilizadas por las unidades domésticas, para lograr su reproducción, centradas en las estrategias vinculadas con el proceso salud – enfermedad- atención.

Este enfoque de estrategias permite comprender la articulación de prácticas tendientes a la reproducción familiar, condicionadas por la situación estructural y configurada con sentido acorde al universo de significaciones de los agentes.

Asimismo, permite detectar tanto carencias como recursos, comprender las relaciones sociales que se establecen, la cooperación y el conflicto en el ámbito doméstico, espacio atravesado por relaciones de poder que condicionan los comportamientos (65).

La toma de decisiones y los criterios de control, se relacionan con la distribución entre sus miembros de las responsabilidades de producción y reproducción. La situación de pobreza no es *“vivida de igual manera por los distintos integrantes de la unidad familiar: la pobreza o escasos recursos, no es homogénea entre los miembros del hogar”* (66).

Estrategias familiares en el campo de la salud para el proceso S/E/A

Las estrategias familiares de reproducción que se centra en los procesos de s-e-a, intentan dar cuenta de la trama de representaciones y prácticas que despliegan los agentes y las unidades domésticas para enfrentar, neutralizar o evitar la enfermedad.

Los padecimientos implican un conjunto de prácticas y sentidos para comprender, enfrentar y de ser posible solucionar o reparar los daños a la salud y sus consecuencias.

La enfermedad y los padecimientos se consideran hechos sociales a los cuales, los grupos desarrollan acciones técnicas e ideológicas, parte de las cuales se organizan profesionalmente.

El carácter social del proceso s/e/a queda en evidencia, tanto al adoptar una perspectiva histórica, como al considerar los estudios epidemiológicos. Estos últimos muestran, por ejemplo, que las personas que se ubican en posiciones sociales más altas, tienen la posibilidad de una mejor salud y mayor esperanza de vida, comparada con aquellas de los estratos sociales más bajos, como lo demuestran una amplia referencia empírica (67).

Las condiciones materiales de existencia, históricamente, suponen la emergencia de un conjunto de padecimientos que son identificados, explicados y tratados de maneras diversas de acuerdo con los distintos momentos históricos y características de la estructura social.

Por lo tanto, el conjunto de recursos materiales y simbólicos desplegados ante éstos, se asocian al lugar ocupado en la estructura social, la que condiciona las

distintas posibilidades y opciones de los sujetos y las unidades domésticas. La profundización de las desigualdades sociales, supondrá entonces un mayor deterioro de las condiciones de vida, y una mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud y sus posibles respuestas.

Las situaciones de enfermedad y padecimientos, conjuntamente con las formas y condiciones en que se atienden y generan los diversos cuidados, se presentan como un problema que afecta la cotidianidad de los sujetos y la organización de las unidades domésticas.

Ante los procesos de SEA, se construyen estrategias que implican la movilización de recursos, tanto materiales como simbólicos, y que se inscriben en un conjunto de relaciones e interacciones sociales, que los agentes construyen a lo largo de sus trayectorias de vida (itinerarios terapéuticos) (67).

Estas relaciones cercanas (capital social) e institucionales, les posibilita su reconversión en forma de cuidados e insumos requeridos (medicamentos y otros recursos para la salud), que dependerán tanto de las estrategias para mantenerlas, como de la adscripción de clase que genera opciones diferentes.

Lo explicitado hasta ahora muestra la importancia de considerar, de manera particularizada, los procesos de s-e-a en el abordaje de las estrategias familiares de reproducción, ya que constituyen un aspecto fundamental de la reproducción social.

Para ello se recuperan, por un lado, censos y datos estadísticos y por otro, desde una perspectiva metodológica, que recupera como técnica la entrevista para abordar los significados y sentidos, se focaliza en los problemas de salud (padecimientos y/o enfermedades) reconocidos por los entrevistados y las acciones desarrolladas tanto a nivel de Salud General, como aquellas focalizadas en el componente bucal.

Hipótesis:

- Debido a diferencias entre los distintos capitales (social, cultural, simbólico y económico) incorporados entre agentes sociales, como ser el odontólogo en el servicio de salud y la población en general, se genera un hueco de exclusión implícito en donde el discurso de “salud para todos” ni tiene corolario en lo que sucede en la realidad cotidiana.

- Las necesidades de la gente no coinciden con las necesidades que interpreta el personal de la salud, llevando a las personas a tomar una postura de sometimiento a las normas indicadas por el agente ante su enfermedad/padecimiento.

Objetivos

General:

Relevar las prácticas sociales para el cuidado de la salud bucal, que desarrollan familias con escasos recursos de la localidad de Villa Carlos Paz del departamento de Punilla - Provincia de Córdoba

Específicos:

- 1- Analizar las representaciones sociales vinculadas al proceso salud-enfermedad-atención.
- 2- Relevar las estrategias de reproducción de prácticas sociales de la población de Villa Carlos Paz, para la atención de la salud en el componente bucal.
- 3- Identificar las redes de intercambio social, en lo referente a cuidados para la salud bucal en relación a los lugares de atención.

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio se encuadra a los del tipo descriptivo; la metodología se centró en técnicas etnográficas de observación participante en viviendas, clubes barriales, instituciones no gubernamentales y lugares públicos de reunión. En los mismos espacios e instituciones se realizaron entrevistas a individuos y unidades domésticas de bajos recursos.

Siguiendo a Guber (68), al ser universos que son móviles o sujetos a estrategias de prácticas de reproducción social, es que en el recorrido se fueron definiendo los entrevistados según las necesidades sentidas, percibidas de “escasos recursos”.

“Consideramos directamente como universo de informantes o muestra a los actores concretos que contactamos en la investigación. Pensamos que este procedimiento concuerda con el interés específicamente antropológico de ir definiendo las categorías relevantes para el mundo social de los actores, a medida que se lleva a cabo el trabajo de campo y el conocimiento de los grupos sociales, sus clivajes y delimitaciones internas conforme a los sentidos y relaciones sociales de los informantes. Esto quiere decir que no podremos establecer muestras a priori, sino solo tentativamente, porque no sabemos sobre qué población mayor tendrá sentido hacerlo. Por eso los antropólogos no suelen ser demasiado terminantes en el número de personas con qué han de trabajar. Más que deberse a una falta de precisión y sistematización, esto puede atribuirse –al menos en parte- al intento de no definir por completo la muestra antes de su contacto efectivo en el campo. Sólo en la medida en que se interne en su dinámica y en que conoce discursos y prácticas, el investigador puede detectar cuáles son los grupos relevantes y significativos para una descripción” (68).

El análisis se desarrolló a la luz de los postulados básicos de los campos socio-antropológicos y odontológicos, que orientan la triangulación de métodos cualitativos y cuantitativos, y que consistió en el uso de métodos múltiples y variados, cuya asociación tienen un papel estratégico en la construcción del objeto de la investigación.

Así, diversificar los métodos es cruzar las miradas, crear las condiciones de una estereoscopia por superposición de imágenes producidas a partir de puntos de vista diferentes como menciona Combessie (69), *“diversificar los objetos, es a la vez, multiplicar las informaciones y reforzar las posibilidades de comparación y de objetivación”*.

Para la selección de la unidad de análisis se optó por una técnica aleatoria “No Probabilística” denominada Bola de Nieve, que consiste en que cada individuo en una población puede nominar a otros individuos de la misma, los cuales tienen la misma

probabilidad de ser seleccionados. Los individuos que fueron escogidos, se les pide nominar a otras personas.

Para tener un grupo de estudio que se aproxime a la muestra aleatoria, fue importante la condición, de que el primer grupo de entrevistados se haya seleccionado aleatoriamente. El supuesto subyacente es que, los miembros de la población referente no viven en completo aislamiento, es decir, tienen por lo menos una red social con la cual es posible contactarlos.

El proceso de investigación implicó también la selección de fuentes secundarias de diferentes tipos tales como, estudios y estadísticas generales publicadas y documentos de trabajos de acceso público. Con esto se pretendió construir un marco descriptivo, con datos que aportaron a la contextualización de la investigación.

Se realizaron 38 entrevistas semiestructuradas y abiertas, con observación participante, teniendo como escenario el seno de unidades domésticas, bares, centros de atención y lugares de reunión.

Haciendo referencia a la “participación”, como técnica de campo antropológico se concibe a dicho conocimiento, no como una captación inmediata de lo real, sino como una elaboración reflexiva teórico-empírica, que se emprende en el seno de las relaciones con los informantes y su contexto próximo.

Mediante esta técnica, se trabajó el acceso al universo de significados de los agentes sociales, valiéndose de la atención flotante, la asociación libre del informante y la categorización diferida, que es una lectura de lo real, mediatizada por el informante, donde se relativizan los conceptos y categorías del investigador (68).

Se apuntó a las variables salud general y salud focalizada en el componente bucal desde las formas de atención, de índole formal e informal. Como así también sus redes sociales y lazos interpersonales, para dar muestra de la estructura social y el modo que tienen diversos sectores de la población, para satisfacer sus necesidades percibidas relacionadas al proceso salud-enfermedad- atención.

Se trabajó con informantes calificados, considerando como tales a: legos practicantes de la medicina casera, padecientes, familiares conocedores de recetas tradicionales, curanderos y, aquellos que se señalaron como expertos o reconocidos en el tema.

En el caso de los legos que poseen un conocimiento de prácticas de atención, se tuvo en cuenta los procesos de aprendizaje y el tipo de actividad que realizan. Asimismo, en todos los casos se recabó las nociones relativas a la dolencia o enfermedad, sus teorías etiológicas, las manifestaciones, y los sistemas diagnósticos - terapéuticos.

Finalmente, para detectar el lugar que ocupa la medicina popular en el sistema de atención para la salud, se recogió itinerarios terapéuticos, entendido como los recorridos concretos en búsqueda de salud, que hacen los enfermos y afligidos, por distintas medicinas y diversos practicantes de una misma medicina (70).

Según Idoyaga Molina (70), el enfoque de estos itinerarios ofrece ventajas en virtud de que, al hablar de sus experiencias de padecimiento o enfermedad, los informantes brindan información, sin preguntas inductivas ni límites temáticos, sobre las manifestaciones, la corporización, las emociones y vivencias. Como así también de las teorías etiológicas, las redes sociales puestas en movimiento, las tensiones sociales generadas en la comunidad, las medicinas frecuentadas, el papel de los curadores, los métodos diagnósticos utilizados y los diversos diagnósticos recibidos.

Sus prácticas terapéuticas, como medicaciones y experiencias de la cura ritual, la calidad de las terapias, los motivos de selección y rechazo de las diferentes opciones biomédicas y de especialistas particulares, entre otros aspectos.

A fin de recoger material de interés, se realizó observación y/o observación participante durante procedimientos diagnósticos, prácticas terapéuticas y rituales. Cada informante fue entrevistado recurrentemente, volviendo sobre los temas tratados, para captar las significaciones y comportamientos referidos en toda su amplitud, su campo semántico y los sistemas valorativos en que se inscriben.

Para ello se valió de guías metodológicas, la primera sirvió para la inserción comunitaria, con lo que se logró el reconocimiento, aceptación y disponibilidad a la colaboración, por parte de los informantes, con el proyecto en situación de campo.

La segunda, para el examen de la comunidad, como primera identificación de las necesidades socio-sanitarias de la comunidad.

Una tercera guía, para el sondeo a informantes locales, que permitió identificar características socio-ambientales.

Y una cuarta guía para las entrevistas a unidades domésticas, con lo que se indagó la experiencia subjetiva de éstas. Dichas guías se encuentran anexadas al final del trabajo.

De acuerdo a los requerimientos concernientes al campo del manejo ético de la información, se le hizo saber a cada uno de los informantes acerca del carácter y motivos de la investigación, como así también la preservación de la identidad anónima.

La codificación de la información en datos se realizó de forma artesanal, por medio de tablas Excel, a partir de categorías y subcategorías preestablecidas, relacionadas a los objetivos específicos del proyecto de investigación.

Contextualización del lugar de Investigación

El presente estudio se realizó en el municipio de Villa Carlos Paz, Departamento de Punilla – Prov. de Córdoba, la cual ocupa el puesto 4 del ranking provincial en volumen de población, después de la Capital, Villa María y San Francisco (71).

Un aspecto importante es su posición dentro de las localidades del Área Metropolitana de Córdoba, de la cual forma parte, siendo parte integrante de los procesos de redistribución espacial de la población.

La mayoría de las localidades situadas en un radio no mayor a los 60 km, tomando al centro de la ciudad de Córdoba como referencia, vienen experimentando, según datos de los censos de 1991 y 2001, un crecimiento demográfico proporcionalmente superior al de la capital provincial.

Esto se daría siguiendo el modelo de concentración expandida, de acuerdo con el cual las estrategias individuales de los migrantes de bajo poder adquisitivo se basan en su dependencia laboral, en muchos casos, de la oferta de la población más pudiente y de las empresas urbanizadoras e inmobiliarias.

Analizando la población económicamente activa (14-65 años), se observa (fig.1):

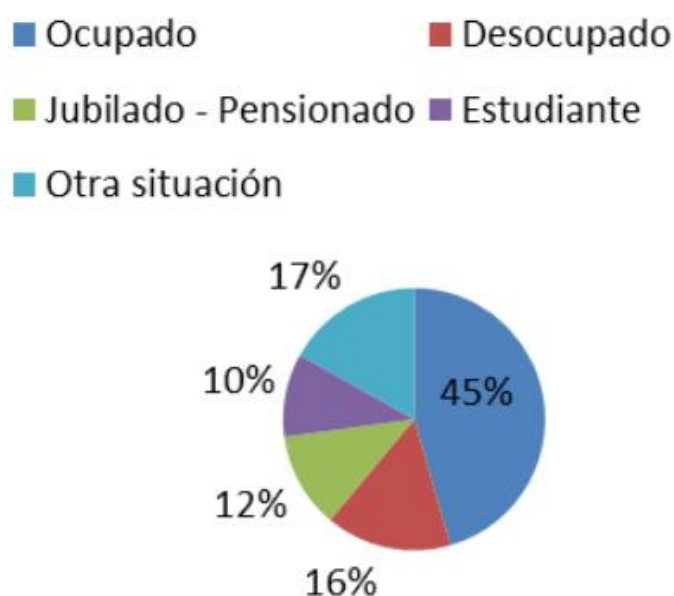


Fig. 1

Si se suma la población desocupada, jubilados y estudiantes, se tiene un 37% de la población inactiva, porcentaje alto, si se tiene en cuenta que se trata de una

localidad turística. No obstante, hay que considerar que esta situación es fluctuante, en función de la demanda turística.

En cuanto a su distribución, la población desocupada, se concentra mayormente en los barrios más pobres del sector Sur, colindantes con la comuna de San Antonio de Arredondo: barrio El Canal, La Toma, Fracción 02, Villa del Rio, Villa Las Rosas, Sol y Rio y Miguel Muñoz. Otros sectores con importantes bolsones de población desocupada son Barrio Colinas 1º y 2º sección, Barrio Los Carolinos y Tornicor (71).

Cabe notar, que el 70% de las unidades domésticas visitadas y entrevistadas, viven en estos barrios que se describen. Y parte del resto alquilan o cuidan, departamentos o casas, de otras personas en otros barrios más cercanos al centro o costanera del lago San Roque.

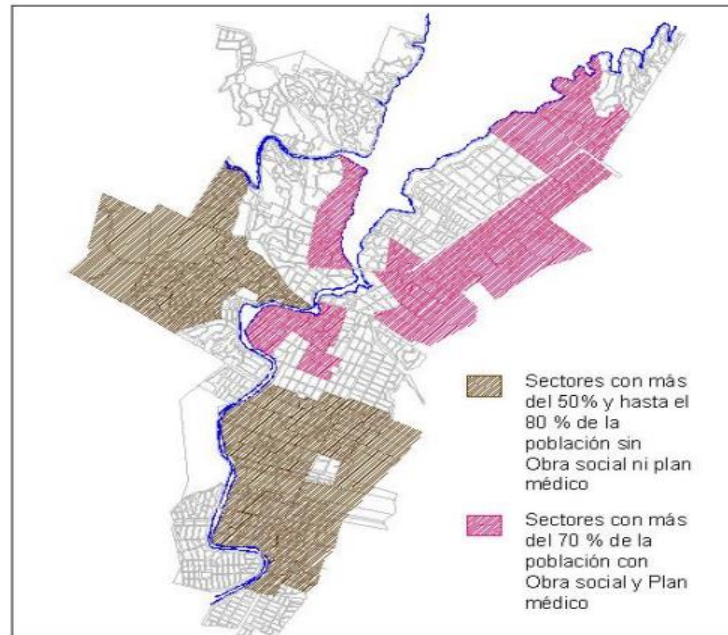
Entre los trabajos que predominan en las unidades domésticas, se encuentran, la albañilería, técnicos en refrigeración, herrería, empleadas domésticas, empleadas temporarias en hoteles y mozos en temporada turística.

En donde el trabajo es precario en gran parte del año, para lo que el estado subjetivo de salud física es importante, por las oportunidades que pueden llegar a suceder. Y que durante el período de investigación realizada, un gran porcentaje se encontraba desocupada.

La población de Villa Carlos Paz tiene en un 56,32% cobertura social o plan de salud. En cuanto a la distribución de la población carenciada, ésta se concentra mayormente en los barrios del sector Sur, colindante con la Comuna de San Antonio de Arredondo, barrio El Canal, La toma, Fracción 02, Villa del Rio, Villa las Rosas, Sol y Rio y Miguel Muñoz (71). (fig. 2)

Solo el 20% de las unidades domesticas entrevistadas posee obra social prepaga o directa del trabajo en blanco.

Fig. 2



Según su nivel socioeconómico (71), se distribuye geográficamente según muestra en la fig. 3. A lo que con la distribución Socio - Demográfica de los Entrevistados (fig.4), permite objetivar, estadísticamente, la situación en relación al NBI.

Fig. 3

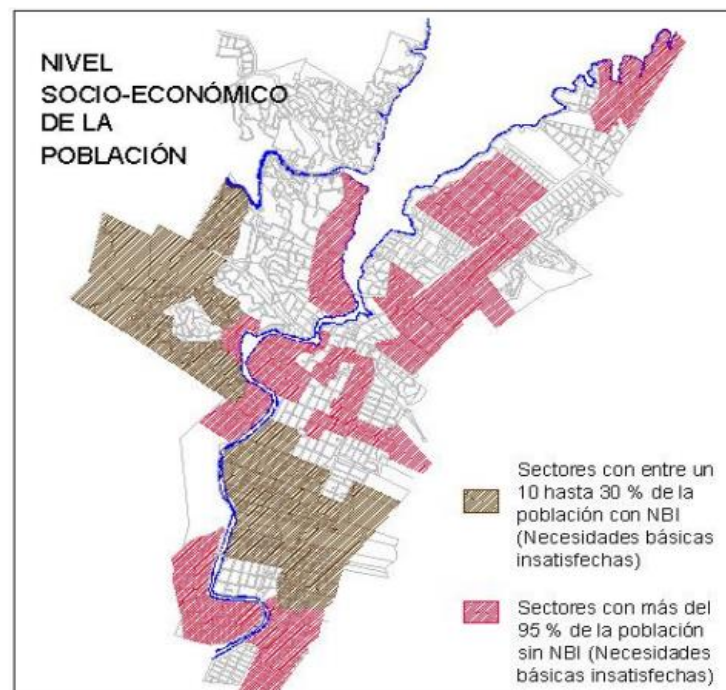
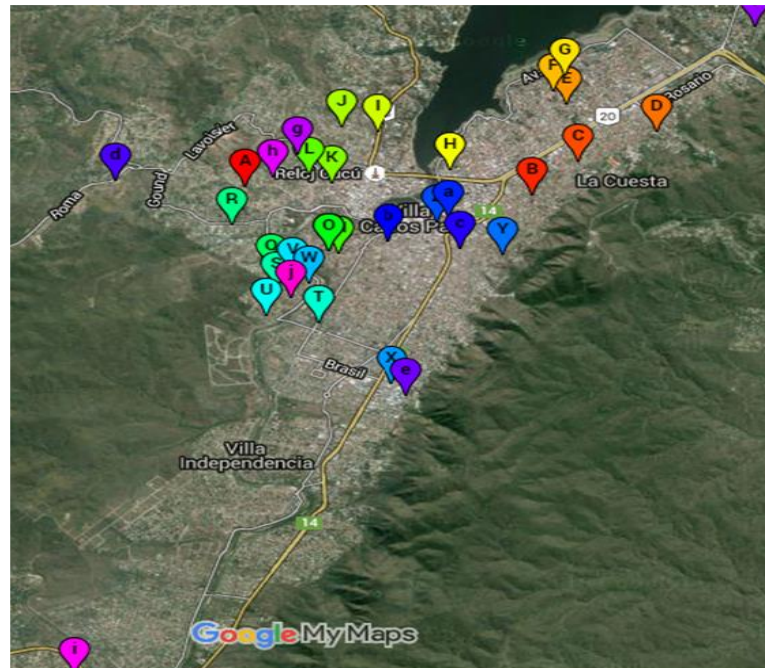


Fig. 4



Identificación y descripción de las redes de atención de Salud Pública del Departamento de Punilla – Córdoba (72).

El departamento de Punilla tiene tres redes identificadas:

Primera red: tiene como hospital de segundo nivel, al Hospital Domingo Funes de la comuna de Villa Caieiro, distante 80 km por ruta asfaltada de la ciudad de Córdoba capital.

De él dependen los siguientes centros de salud:

Bialet Massé distante 7 km de camino asfaltado.

Villa Parque Síquiman a 12 km de camino asfaltado.

San Roque a 15 km de camino asfaltado.

Estancia Vieja a 15 km de camino asfaltado.

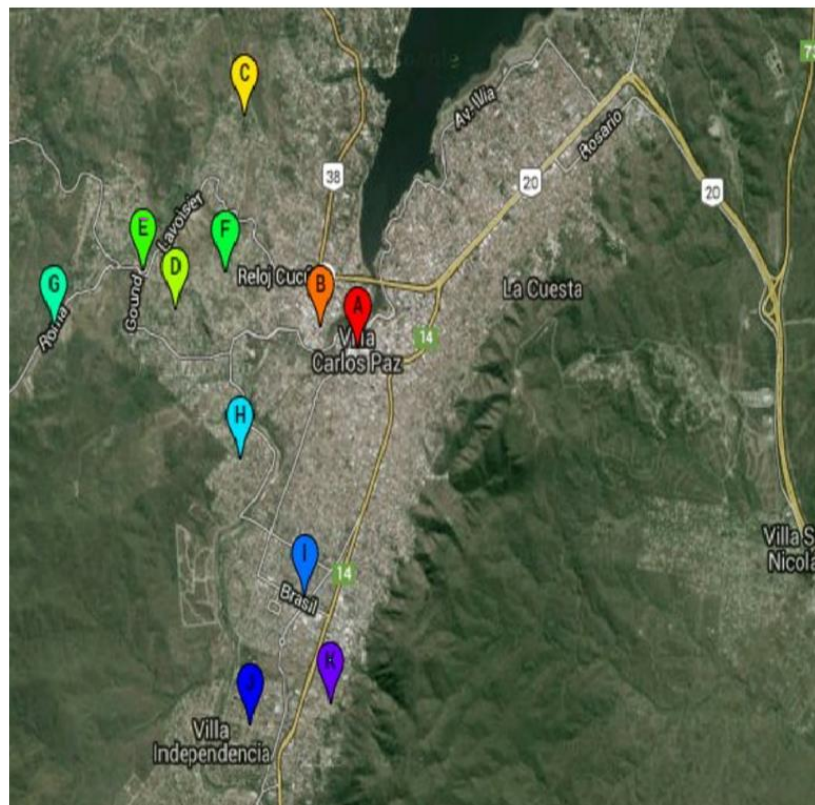
El Hospital Domingo Funes recibe además, derivaciones de cuatro hospitales de segundo nivel: el “Villa Giardino” (a 30 km de ruta asfaltada), el “Santa María de Punilla” (a 5 km de ruta asfaltada), Hospital de La Cumbre (a 42 km de ruta asfaltada) y el Hospital Municipal de La Falda (a 29 km de camino asfaltado). De este último depende un centro de salud: “Casagrande” (a 8 km del hospital de La Falda).

Segunda red: la integra el Hospital Municipal de Capilla del Monte, hospital local que recibe la derivación del centro de salud de Charbonier, a 8 km.

Tercera red: la integra el Hospital Municipal Gumersindo Sayago de la ciudad de Villa Carlos Paz, de quien dependen los siguientes puestos sanitarios ubicados a no más de 2 km de distancia con caminos asfaltados y de tierra. Ubicados estratégicamente acordes al grado de vulnerabilidad de los barrios cercanos. (fig.5)

- | | |
|---|--|
|  Villa Carlos Paz |  Dispensario Colinas |
|  Sanatorio San Roque |  Dispensario Fantasio |
|  Dispensario Carlos Paz Sierra |  Hospital Municipal Dr. Gume... |
|  Dispensario Municipal |  Dispensario Municipal |
|  Centro de Atención Primaria ... |  Centro Odontológico Munic... |
|  Dispensario La Quinta | |

Fig. 5



Atención odontológica

La ciudad de Villa Carlos Paz, cuenta con un Centro Odontológico Municipal “Dra. Silvia Fedele” que brinda prestaciones de atención en general y especialidades como endodoncia, cirugía y odontopediatría.

El centro Odontológico se encuentra ubicado en el barrio Las Rosas y los turnos pueden realizarse a través del servicio habilitado en la línea de atención al vecino 147. Con un horario de atención de lunes a viernes de 8 a 12 hs. Cuenta con 7 consultorios, donde se atiende aproximadamente 1400 pacientes por mes.

Y consultorios odontológicos ubicados en los dispensarios de Barrio Colinas, y Barrio la Quinta.

Los entrevistados y de acuerdo a notas de campo tomadas en diferentes reuniones, hacen alusión a que su concurrencia a estos consultorios, generalmente son para curación o rehabilitación en caso de dolores y como última alternativa. Manifiestan su resistencia, por motivos de temores, ansiedades o recuerdos traumáticos de infancia en situaciones odontopediátricas.

Rescatan que la cercanía de los dispensarios es adecuada a las necesidades, pero representan la figura del odontólogo, con tintes paternalistas, ubicándose estos en una posición subalterna en la relación social.

Cuestiones éticas y de confidencialidad

Durante las entrevistas semiestructuradas se explicitó propósitos y objetivos de la investigación, como así también una explicación sobre el proceso por el cual los datos serán recolectados (grabaciones, cuadernos de campos, etc.) así como dónde, por cuánto tiempo y quién será el custodio de los datos y de la información derivada; métodos de identificación de los sujetos e información de contacto suministrada a los sujetos.

Para lograr la anonimización, las ubicaciones de los individuos y lugares, y las identidades de los sujetos, los grupos e instituciones deben protegerse tanto en los resultados publicados como en la forma en que se recolecta y archiva el material empírico. Para ello la información fue recogida de manera anonimizada o, en otras palabras, se registró y archivó de manera tal que los individuos y organizaciones a los que se refirieron no puedan ser reconocidos por personas ajenas a la investigación. Asimismo, dicha información se archivó en lugares seguros y confidenciales.

Los datos están presentados de tal manera que los entrevistados fueran capaces de reconocerse a ellos mismos, mientras que los lectores no deberían poder reconocer a los primeros

Así, el anonimato es un medio para cumplir con el respeto a la confidencialidad.

Resultados y Discusión

En palabras de Torres (73), el estudio de las representaciones sociales del padecimiento *“comprenden no sólo información sobre las concepciones colectivas de lo que constituye el enfermar, padecer y atender una enfermedad, sino también sobre cómo estos procesos fueron contruidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones”*.

La aplicación de la teoría de las representaciones sociales, al estudio de los fenómenos inherentes al proceso salud-enfermedad-atención, es perfectamente posible. Dado a que se configura como una experiencia vertebrada en torno al conocimiento científico, a la subjetividad del individuo y a la interacción que éste establece con su grupo social. Constituyendo una fuente de significados colectivos e individuales, que condicionan el modo en que un agente, adecua su sistema de esquemas de percepción, apreciación y acción frente a un padecimiento.

Representaciones Sociales vinculadas al proceso Salud -Enfermedad-Atención en el sector Formal

Toda sociedad posee dos vertientes de construcción social, puesta en práctica y difusión de conocimientos, saberes y prácticas, destinadas a la protección, promoción de la salud y recuperación de la salud perdida.

Una es la que deviene de las ciencias de la salud y da origen a las profesiones de este campo, tal es el caso de la Odontología.

La otra implica los saberes y prácticas populares, la población cuenta con una semiología y clínica legas, que son las que activa a través de su demanda, a los sistemas profesionales de servicios de salud.

En situación de campo se observó, que ambas coexisten y complementan, en el proceso salud-enfermedad-atención, de forma situacional y valorativa, por parte de las personas entrevistadas y observadas en el desarrollo de la investigación.

Souza Santos (74), considera que *“la diversidad del mundo es infinita, existen diferentes maneras de pensar, de sentir, de actuar, diferentes relaciones entre seres humanos, diferentes formas de relación entre humanos y no humanos, con la naturaleza, diferentes concepciones del tiempo, diferentes formas de mirar el pasado, el presente y el futuro, diferentes formas de organizar la vida colectiva, la provisión de bienes y de recursos, entre otros”*.

Soforcada (75) habla de un “Sistema total de Salud”, que refiere a todo lo que la sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes, positivos o

negativos, del proceso SEA, identificando un Sistema Oficial de Salud (Formal) y un Sistema Popular de Salud (informal).

El sistema Formal se encuentra conformado por instituciones, profesionales y técnicos avalados por las leyes pertinentes de instancias de gobiernos, lo que integra el componente formal del Sistema Total de Salud.

Mientras que el Informal, se configura por las poblaciones como componente informal del STS, con sus subdimensiones y dinámica propia.

Este autor considera que, comprender y actuar acertadamente en la dinámica social, en relación con la salud de un pueblo o una comunidad, requiere tener en cuenta tanto el Sistema Oficial de Salud, como el Sistema Popular de Salud.

Los siguientes testimonios dan cuenta cómo las representaciones en salud reafirman ciertas prácticas, con prescindencia de las construidas por el sistema formal.

“(...)

A: ¿Por qué sos arisco?

E: sabes que soy arisco, yo te voy a contar, que por que el médico..., vos vas, al médico y el médico te va a encontrar algo, o aquello, te sacan cualquier cosa! en serio!, entonces bueno yo ando bien así que...

A: Vos no toleras que te digan que encontraron algo...

E: ¡No!...porque te empiezan a urgar a urgar y empiezan a salir cositas vestes!?...que vos tenés y yo sé! Que los tengo porque, yo sé que si me empiezan a hacer... me van a privar hasta las ganas de comer.

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

“(...)

A: ¿y ustedes cuando consideran que están enfermos, cuando se dicen...”*estoy enfermo*”...? en qué momento, acá estoy sano... acá estoy enfermo...

E+ a mi me duele algo, que se cague el culo, también salgo lo mismo...

A: aja...

E+: yo no me siento por la enfermedad...

E++: yo tengo que estar muy cagado, para decir estoy enfermo...

E+: yo no me siento por la enfermedad, tengo 51 años, gracias a dios no tengo nada, hasta acá,... yo siempre dije el día que yo me muera, me quiero morir trabajando o arriba de una mujer, sino, no me quiero morir yo, no me quiero morir por plata, ni por un auto nuevo, por nada de eso... no sirve.

(Nono, 31 años, técnico en reparación de heladeras, desocupado, reside en barrio La Quinta 2° Sección y Herrero, 49 años, realiza trabajos de herrería, desocupado, reside en barrio Los Manantiales.)

Desde una perspectiva antropológica, Bonet (77) ha notado que la biomedicina es menos científica de lo que pretende, en el sentido de que pese a los avances tecnológicos, no se registra una mayor exactitud en los diagnósticos, tratamientos infalibles o el incremento en la calidad de vida.

Como da cuenta el siguiente testimonio, que con juicio de valoración puesto en la atención y el diagnóstico, enfatiza la semiología implementada hacia su persona.

“(…)

A: ¿y cuando vos vas al médico, adónde vas?...

E: voy...si tengo coso...me piro al Funes... para mi...

A: Ah...! al Funes ...allá tenés algún conocido , ¿alguno ahí?..

E: si...allá es otra atención

A: ¿por qué todos dicen que es otra atención?

E: porque acá te lo hacen tan, tan, tan lento la cosa...y te lo hacen rápido...vos va... a una clínica...el médico que esta de servicio te mira así (ademan de mirada, de arriba a abajo)...y te dice “¡nooo es ácido úrico!” ...¡Qué va a ser ácido úrico!! Fui al Funes y ahí nomas, radiografía y todo, ahí miran y ya saben lo que tenés...allá no... Radiografía... (Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1° sección)

Sin embargo, la mirada etnocentrista que caracteriza a este modo de conocimiento, involucra no sólo la descalificación y exclusión sistemática de otras prácticas y saberes, sino también al enmascaramiento de las ambigüedades y presupuestos prácticos. Que hacen a la definición de los diagnósticos, a la toma de decisiones, a la implementación de determinados procedimientos terapéuticos en situaciones concretas y a una determinada mirada sobre el cuerpo.

Para pensar este aspecto de la medicina científica como práctica, es de utilidad retomar las elaboraciones de Bourdieu (78).

Al respecto, el autor enfatiza en la adecuación pre reflexiva, que permite a los agentes sociales responder a situaciones contingentes en virtud de un hábitus, es decir, de un esquema de disposiciones, percepciones e interpretaciones del mundo, que resulta de la incorporación diferencial de la estructura social por parte de los sujetos.

“(...)

A: ¿Cuándo consideras que una persona está enferma?

E: ¿cómo?

A: claro... Para vos cuando decís ¿estoy enfermo?

E: el cuerpo empieza, como a aflojar, y acá pasa algo vistas... por ahí sentís dolores en el cuerpo como si fueran adentro...

A: ahí vos...decís tas enfermo o viene algo...

E: ¡claro!...

A: ya vas presumiendo algo hmmm...

E: si ¡sí!...

A: ¿y ahí que haces en ese momento?, ¿paras? ¿O seguís trabajando?

E: no...no ... sigo trabajando !

A: sos de no darle importancia...

E: soy de no darle importancia...

A: ¿y para prevenir nos sos de ir al médico?

E: ¡no! Yo apenas empiezo a sentirme un poquito, ya ¡chau!, sino ¡me tienen que llevar!...

A: si no es por tus propios medios...

E: no, no, me tienen que llevar, ¡sólo, no voy!...

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

En el caso de la práctica biomédica, se puede hablar de un hábitus en particular incorporado en el proceso de la formación universitaria y, luego, en el ejercicio de la profesión en contexto de residencias hospitalarias, lo que implica una instauración de principios de visión y división que conducen a una elaboración específica de la realidad.

Es importante destacar, siguiendo al mismo autor, que la disposición que así tiende a configurarse al interior de la biomedicina, como campo científico particular, constituye una adhesión de índole tácita, una forma de creencia, una *Illusio*.

En este sentido, la *Illusio* Bourdiana “*no pertenece al orden de los principios explícitos, de las tesis que se plantean y se defienden, sino a la acción, la rutina, las cosas que se hacen, y se hacen porque se hacen y porque siempre ha sido así*” (78).

Por otra parte, las denominadas sociologías de la vida cotidiana (79) o micro sociologías llevan a cabo una contribución a destacar, en tanto hacen especial hincapié en las condiciones que refieren al contexto de las relaciones médico/paciente, pero también del personal sanitario entre sí, que se configuran al interior de instituciones que asumen un modelo de funcionamiento organizacional y burocrático.

Al respecto, Goffman (80) subraya la dimensión interaccional en la que cobra sentido la lógica del accionar biomédico, marco en el que la persona es pasible de devenir el objeto de una intervención científica competente y autorizada.

De esta forma el autor destaca el trato impersonal (que permite despojar al enfermo de su estatuto social y así actuar como si no estuviera allí, facilitando la tarea de su objetivación como organismo físico – químico) y las técnicas de administración de la duda. La cual contribuye, a disimular los límites de las acciones técnicas instrumentadas por la biomedicina, en casi incurables o sobre los que solo se pueden llevar a cabo prácticas paliativas, estimando los márgenes de error en términos probabilísticos y enfatizando el hecho de que “no existen otras opciones”.

“(…)

E: (risa) y...vos sabes... y fuimos a ese curandero porque mi mujer no podía tener familia, 5 años y no pasaba nada y... bue y los médicos decían que tenía un fibroma y no sé quemás...que había que operarla, hay que operar, hay que operar,... ¡y fuimos a ese viejo! Porque ella quería ir...no sé quién le dijo a ella... y entró ella adentro cuando le tocó el turno... un viejito, viejito...como yo, ¡pero hombre grande!... y yo quise entrar con ella y me sacó cagando...

A: usted ¡no!...

E: usted no...”*Porque usted no cree, pero usted tiene hepatitis*”... (Risa), mierda abrí los ojos grandes!

A: ¡claro...¡si yo vengo por otra cosa!!

E: ¡Claro!! Me lo habían dicho los médicos, de la clínica, llegamos por ese viejo, porque quería ir ella... ¡vos sabes que la curó!? ..No sé ¡qué mierda! le hizo el viejo, le dio un preparado con yuyos y le dijo que después venga, y se saque una radiografía,...”*si el fibroma está todavía, me viene y me dice que soy un farsante,*”...y los chicos salían uno detrás de otro, en serio...es de no creer, yo no quise creer en esas pelotudeces, ¡pero es de no creer!!...

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

De este modo, los biomédicos se orientan a partir de (y actualizan) una lógica totalizante que los trasciende, en razón de la cual el abordaje que instrumentan, potencialmente podría ajustarse a todos los casos de padecimiento; de este modo aseguran la neutralización de las críticas y desacuerdos de los usuarios, al menos en el contexto específico de la consulta.

Se destaca la dimensión de la expropiación y la violencia simbólica, que subyacen a la objetivación del individuo padeciente, en el contexto de la atención biomédica.

En efecto, las representaciones de los sujetos en relación con el cuerpo y los tratamientos adecuados para cuidarlo, aparecen como realidades estructuradas en un contexto objetivo de relaciones sociales, en las que interviene una multiplicidad de agentes que ponen en práctica definiciones terapéuticas antagónicas, en el marco de una lucha por la manipulación simbólica del sufrimiento y la medicalización de la sociedad.

“(...)

E: Yo le digo siempre, es un excelente porque uno ve...la forma en que trabaja y la calidad de las cosas que pone...estos dientes, mi hija se quería morir, porque decían, *¿mi mama que hizo con los dientes?* Cuando yo estaba en agonía, ni se me habían movido de la boca, y eso que me entubaron y todo...

A: ¿con la prótesis puesta?...

E: con la prótesis puesta, como dos o tres meses esperando que muera, porque esperaban que muera, los médicos decían que jugaban a las cartas, los médicos todos ahí esperando, y no me querían ni abrir, operar...

A: claro...

E: y estos otros se desesperaban que hagan algo por mi (*sus hijos*)... ¡no!. *Vamos a esperar*, porque dice que nada funcionaba, nada del cuerpo....

A: menos mal que consiguió esa médica...

E: esa medica!...la primera vez que me abrieron en el Misericordia (hospital escuela, de la capital de Córdoba), ahí me llevaron, ahí hay buenos médicos, señores médicos, jefes de la universidad...

A: ha! si...hospital escuela, profesores universitarios...

E: estaba el Dr.Uriola...Ureaola, no sé cómo se llama...va el chico...que buen joven, como me cuidó ese chico y me atendió...hay muchos profesionales viejos, gente de 50 y pico de años, usted viera como peleaban con los estudiantes las cosas que le decían me acuerdo...

A: los tenían cortitos...

E: ¡si!!!...y les dijo *“ustedes para que están estudiando ¿porque su padre es médico? Para qué estudian, ¿tienen que estudiar!”*, dice, *“¿a esa señora ya la han revisado, la han visto que es lo que tiene?, ¿le han limpiado las heridas?”*, porque yo estaba todo, toda rajada...tenía como cortados, no habían hecho nada, tenían como miedo, tenían como no sé, ¿¿vio?!

(Yoli 63 años, Jubilada, cáncer de colon, Barrio la Quinta)

Se trata entonces, de un campo de fuerzas en permanente pugna, en el cual los discursos hegemónicos son construidos y reconstruidos, procesos en los que los usuarios tienen la capacidad de apropiarse y resignificar las nociones en disputa en virtud de sus propias disposiciones y necesidades concretas.

“(...)

E: me mandaron a morir a la casa...

A: ¿eso hace cuánto fue?

E: 7 años

A: 7 años...

E: Y mi hija buscaba un buen médico vio?! Y me dijo ¡no!... dice,.. ¿Cómo?, si los médicos del Vélez Sarsfield...que son unos señores médicos, *“llévela para que muera tranquila”*, porque primero me querían poner la bolsa esa...

A: ¿los de la clínica Vélez Sarsfield?

E: Si esa, son muy buenos.... el doctor Rubiola que es el que...”*llévela que se muera tranquila en terapia no, no la hagan sufrir... No le hagan nada*” le dijo... entonces mis hijas se movilizaron y encontraron el Clínicas (*Hospital Clínicas*), que hay médicos maravillosos ahí, la doctora Sandra Rojas, es una eminencia esa médica, la mandan a otro país a hacer cursos, tiene chicos cuando yo voy, recién recibidos de oncólogos vio!?

A: ¿Así? ...

E: para que vean mi caso, vean como estoy, como lo que yo... me dijeron, los otros médicos...y bueno... resulta que el me dijo que no, que urgente hay que buscar un medicamento que ha salido recién, una pastilla que es la quimioterapia vio?!

A: Que es lo que está tomando...

E: si la que estoy tomando...sacó de otros médicos eso... no se puede comprar...ni nada hay que pedirla a Bs. As. ahí demora un mes, dos meses... *“yo la voy a sacar a los enfermos que yo tengo en el clínica, esa pastilla para que ya la empiece a tomar de una vez”*...porque eso estaba ya...que ya estaba...para tomarse vio!!? Estaba todo enrojecido como usted dijo, y fue ahí, por eso le digo yo, el buen médico...y hasta que hice todas las cosas del PAMI y aquí estoy con vida...

(Yoli, 63 años, Jubilada, cáncer de colon, Barrio La Quinta)

A pesar de esta descripción en términos de agencia, los pacientes ocupan una posición subordinada respecto de los biomédicos en términos de capital material y

simbólico, lo que contribuye a reproducir asimetrías de poder en torno a diferentes ejes como el nivel socio –económico, recursos educativos, género, etnicidad y edad.

Los siguientes testimonios dan cuenta de la distancia social, que subyace en la relación médico paciente.

“(…)

E: Yo al médico, lejos de ahí! ...hay médicos y hay médicos te voy a decir...yo te voy a decir una cosa, antes los médicos tenían más devoción por curar, ¡hoy no! ...no te dan pelotas, tan charlando ahí... y tas tirado en la camilla y te miran... “*si.. yá te van a atender*”... ¡nooo!! Antes los viejos eran diferentes, ha cambiado todo, no te dejaban en banda, te venían a ver cómo estas...

A: ¿y eso ya lo viviste alguna vez así? ¿Te hicieron eso? ¿Te hicieron sentir es indiferencia?

E: me lo hacían sentir, al pendejo más chico con los médicos...

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

“(…)

E: sí pero si curan, pero van más por los billetes, más que por...claro!!! Si también! Si vos tenés que ir a un hospital después de atender en una clínica, en el hospital atendí! Bien!!, si al hospital van la gente que no puede!

A: y si...

E: ¡atenderlos bien!!

A: o elige porque hay buena atención...

R: No sé... cómo será la cosa en los hospitales, nombran así... por... pero hay tipos que en las clínicas hacen una buena diferencia, en los hospitales no ganan nada... y por el pasaje nomas... antes no ganaban nada pero tenían otra forma de atender, había que hacerse...

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

Esta desigualdad, no obstante, aparece naturalizada en virtud de los fundamentos científicos que hacen del cuerpo una realidad natural y objetiva, conocimiento que solo detentan los biomédicos, y que excluye discursos y saberes que no encajan en esa matriz de interpretación.

“(…)

E: si, físicamente, como le digo a mi marido, no voy a sentir nada, pero emocionalmente estoy re mal, puedo sentir dolor de cabeza, pero me tomo un Tafirol y ya esta

A: ¿esos dolores emocionales te vienen cada cuánto?

E: es por ahí, me acuerdo del nene mío, que no lo tengo y empiezo, más que todo por mi mamá y mi bebé

A: ¿y para eso no tomas nada?

E: me recetó el médico Clonazepan y otro medicamento...

A: ¿a los cuánto te dieron eso?

E: después que nació el nene mío, porque decían que estaba loca, como lo trataba a mi hijo y no le puedes decir nada, para que le vayas a decir a la justicia, crié 5 chicos, que podría haberle pegado, que no son nada... ¿cómo le voy a pegar a mi hijo? Y eso me dolió, pero tarde o temprano sale la verdad a la luz

A: ¿te denunciaron?

E: no, me lo sacaron directamente

A: claro, ¿vos lo llevaste al médico y sospecharon eso?

E: no, me dejaron internada con él porque dicen que yo no descansaba bien, que estaba mal, lo llamaron a mi papá a los meses y se lo dieron a él, pero nunca entendí nada, porque fue eso, el mes pasado o el anterior nos llamaron del juzgado y nos dijo que no era por eso, era porque yo estaba mal emocionalmente, por eso me lo sacaron, no es que lo maltrataba...

A: para eso habrán llevado un certificado o algo de eso...

E: nunca hicieron nada de eso

A: ¿pero te pidieron o no?

E: no, después que me lo quitaron, ahí empecé con los psiquiatras y el psicólogo, pero si no, no y lo empecé y lo dejé ahí nomás, porque veía que no iba a estar bien así, iba a estar dopada, como lo voy a atender al bebé así, imposible, la quise tener a mi hermanita con 3 años y no pude, imagínate un bebé, mi hermana misma me las quitó, agarró las pastillas y las tiró al inodoro...

(Verónica, 22 años, casada con un hijo que presenta parálisis cerebral, desocupada, Barrio La Cuesta)

El reconocimiento de esta tensión que subyace a la biomedicina, que se desprende de la coexistencia de un mandato científico – técnico, y un mandato de servicio o, parafraseando a Bonet (77), entre el “saber” y el “sentir”, resulta ineludible, tanto para un análisis que se proponga conjugar un enfoque interpretativo y/o crítico de las distintas dimensiones que hacen a la atención oficial de la salud, como en pos

de capitalizar sus evidentes logros y alto grado de eficacia en el marco de padecimientos específicos.

En el siguiente testimonio, se ha podido verificar que esta tensión en el seno de la biomedicina, conduce a una paradoja desde la mirada de los legos.

“(…)

A: ¿usted no toma aspirina, ni nada de eso? ...

E: no... yo no tomo nada...yo lo único que tomo es la pastillita para el colesterol y ...cuando me duele la cabeza, migral compuesto , que es con lo único , los médicos que voy me dicen, ...no para que , es que es con lo único que a mí se me pasa , el dolor, de cabeza...ya tome ... en dos oportunidades ese, un tratamiento a la cabeza , porque era una cosa que vivía con dolores de cabeza, y encima es como que me agarraba nauseas..

A: nauseas...

E: y entonces...no... Hice dos veces el tratamiento a la cabeza, al neurólogo fui y que me ponían ese coso que le enchufan en toda la cabeza...

A: electrodos...

E: si... y después no me acuerdo que otra cosa...

A: ¿y qué le dijeron? ¿Que detectaron?

E: Y... entonces, que era migrañas... que es migrañas...

A: aja

E: y me dieron en dos oportunidades, y aparte me mandaron al psicólogo y después le pregunte a la mujer, *“doctora discúlpeme y porque yo vengo acá?”* , le digo yo, *“usted que es porque me hace hablar y no me receta... -” yo soy psicóloga*”, dice y después yo pensaba, ¡pero esta mina está loca!!! si yo no estoy loca, ¡que psicóloga!!! a mí no me venga con psicóloga, macanas...y entonces después la segunda vez que fui , dice *“tenés que ir”... “no don... discúlpeme, pero yo...si yo no estoy loca, yo vengo por el dolor de cabeza, no porque me falta esto o me falta lo otro”*...y entonces me dieron dos veces pastillas. Yo con el migral se me pasa el dolor de cabeza en el acto, ¡tampoco tomo todos los días!! Cuando realmente me duele...

A: y...ese migral compuesto ¿se lo dio algún médico o usted misma...?

E: no, no, ese me lo supieron recetar en el Hospital Privado... ¡no!... En el Misericordia, pero hace años, porque siempre iba con dolor de cabeza y vómitos y me internaban una hora y me ponían suero o ahí me tenían o me ponían inyección, hasta que se me pasaba el dolor de cabeza y volvía a casa...

A: ¿y qué le decían en el Misericordia?

E: Porque supuestamente decían que era la vesícula en el Hospital Córdoba, me dice el doctor que *“la vesícula tuya es solo un tratamiento, porque no se puede operar, porque vos tenés vesícula perezosa y la perezosa no se opera”*. Bueno, fui , hice este tratamiento, pero parecía envenenada totalmente, volví al médico, al mismo médico que me había dicho, le digo ..” *doctor opéreme yo ya no puedo más*” , le digo , *“vivo en el hospital Misericordia , ya me tienen echada!”* , porque dicen que tengo que operarme que esto, que el otro...y dice *“así vos te vayas a otro lado ...lo mismo te van a decir , no te van a operar”*, así que quedamos ahí ...después en el hospital Misericordia, me dice un chico, tomate migral compuesto, de esa vez, nunca más al médico! Y así se me pasa el dolor de cabeza...

(Irma 63 años, Jubilada y empleada mucama en un hotel, solo trabaja por temporada, sin hijos, barrio Colinas)

Como indica Corbín (82) el cuerpo le habla a la persona a través de sensaciones, es por ello que los padecientes no identifican un malestar a través del desciframiento de síntomas de la biomedicina.

Como se observa en el testimonio, sólo después del recurrente contacto situacional con el sistema formal de atención, aparece en su vocabulario, la referencia a enfermedades con denominaciones biomédicas específicas.

“(...)

Irma: ¡Cuando me duele mucho! Si no, no lo tomo, trato de aguantarme sin que me duela. Después el tiempo pasó, me dolía muy mucho la cabeza, me levantaba ...tenía dolor de cabeza... me acostaba con dolor de cabeza, tomaba migral ...ya ni el migral me pasaba...ni esto ni el otro entonces fui a la reumatóloga , acá , a la doctora Civiero... Que es la que me atiende y entonces le dije...”*para mí que son las cervicales, porque me duele muy mucho acá atrás, los brazos*”, le digo *“recéteme unos masajes”* y bueno me hice masajes que esto, que el otro, se me pasaron los dolores de cabeza o sea que eran las cervicales...

(Irma 63 años, Jubilada y empleada mucama en un hotel, solo trabaja por temporada, sin hijos, barrio Colinas)

“(...)

E: Cuando era chica, mi mamá no me podía tener...

A: ¿Cuándo eras bebé?

E: Claro, pero después sufrí cuando mi mamá y mi papá se separaron, me agarró tristeza, y ella no comía, yo no comía. Entonces mi mamá me llevó al médico y me estaban haciendo experimentos...

A: ¿Experimentos?

E: Porque estaba de moda hacer experimentos, de querer saber los médicos. Cómo mi papá no era suficientemente valiente para salir, mi mamá me agarró y me sacó y me llevaron a un médico, y me dieron para que tome, creo que era hierro y todas esas cosas, pero también por ejemplo, los dientes se me rompían de a pedacitos, parecían un papel, cuando era chica después... soy diezmesina.

A: ¿Cómo diezmesina?

E: diezmesina yo tendría que haber nacido el 9 de febrero, y nací el diez de marzo, porque mi abuelo le pegó a mi mamá en la panza, con la culata de la pistola, era policía mi abuelo, entonces mi mamá fue al médico, y estuvo un mes internada con un montón de cables, y le pusieron inyecciones para retenerme, para que mi mamá no me pierda, entonces soy diezmesina...

(Mariana, 22 años, ayudante de cocina en un comedor, convive con su novio, alquila un departamento, reside en barrio Centro)

Por el contrario, las personas codifican lo que les ocurre desde de la interpretación de su propio lenguaje corporal, la aparición de impresiones extrañas e incluso la sucesión de cambios en la apariencia, conducen a que el cuerpo “familiar” se convierta en un cuerpo en cierta medida “ajeno”. En el que la pérdida de confianza o directamente de la capacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas, son los que dan la pauta de que “algo no está bien”.

“(...)”

E: Salud...es sentirse bien, físicamente, anímicamente...

A: trabajar...

E: ¡sí! lógicamente, trabajar hasta cierta edad, como es mi caso...

A: ¿cuántos años tenés?

E: 65 , ya es como que medio ...como que no lo quiero forzar mucho, no me quiero esforzar mucho físicamente, tratar de hacer trabajos chicos, más bien livianos, esas cosas...

A: ¿tu trabajo siempre fue de...?

E: de albañilería, pintura, hice muchas cosas pero últimamente albañil y pintura, sobre todo la albañilería que te exige mucho esfuerzo viste... y llega un momento que decís tengo esos problemas...cervical...estoy con tratamiento...arritmo... ¿cómo se llama...?

A: Arritmia...

E: trato de... de todas maneras no tengo prohibido trabajar, pero trato...voy al médico cumplo con todo que se me dice...

(Fosset, 63 años, separado, albañil, barrio Miguel Muñoz)

Esta percepción moviliza a la búsqueda, no sólo de tratamiento en pos de revertir ese estado, sino también de explicaciones que doten de sentido a esas sensaciones. Esta búsqueda de sentido se explica en virtud de que el cuerpo y el yo del individuo son vistos como una unidad.

“(...)

A: de ahí en más no tuviste ningún episodio...

E: No, ahora no, lo único que tengo son puntadas en la cabeza, que por ahí me agarra

A: ¿por qué crees?

E: no sé, me pidieron para hacer una tomografía, pero no pueden porque es para urgencia, así que tendré que ir al Funes...

A: si

E: porque durante el embarazo me dolía la cabeza, tenía puntadas, ahora es por ahí, una vez a la semana...

A: Y vos le atribuí a algo que te sucede eso, vos pensás “puede ser porque...”

E: yo cuando tenía 13 o 14 años, estaba en la casa de una chica, vino otra chica y no sé qué se le dio y me pegó con una botella de hielo recién sacada del freezer, en la cabeza, según mis viejos, de esa vez que me duele la cabeza...

A: ¿perdiste el conocimiento?

E: si, me caí, y se ve que me desmayé un ratito y me levanté

A: Ah! Y vos pensás que quedó una secuela...

E: creo que sí y después también me he golpeado la cabeza, una vez por acostarme fuerte me di contra la cama, yo quede con puntadas, dolor de cabeza...

A: ¿Ahí lo asocias con eso?

E: sí, mis viejos, dicen lo mismo...

(Sheila, 21 años, desocupada, en pareja con un hijo, reside en el barrio las 400 viviendas cerca del barrio Colina)

No obstante, cuando el cuerpo se ve en extremo inhabilitado a causa de un padecimiento, la disrupción biográfica que esto provoca entre el cuerpo y el sí mismo (self), en el sentido de que la experiencia misma del mundo se ve alterada, comprometiendo así a la propia identidad del sujeto.

Conduce a que los agentes padecientes se esfuercen en dejar en claro que “*el yo, no se encuentra subsumido a la aflixión de la dolencia, que todavía se sigue siendo la misma persona a pesar de la enfermedad que se está atravesando, lo que se resume en la frase soy más que mi cuerpo*” (82).

La objetivación que opera el sistema formal biomédico respecto del paciente, en términos de un mero “caso patológico”, que el profesional debe abordar como si se tratara de un objeto disfuncional, es una de las quejas más recurrentes explicitadas por parte de los informantes entrevistados respecto del accionar biomédico.

“(…)

E: y ahora con mi hijo, (*con parálisis cerebral*) que lo tiene la abuela, esta con mi suegra, con los dos, nos habían aconsejado ir, a ella y a mí, al psicólogo y al psiquiatra, por el tema del bebé que lo que pasó con él es muy fuerte

A: por supuesto, es comprensible...

E: pero quise ir, intenté ir una vez y no podía ir por el trabajo, no tengo tiempo, no puedo, yo tengo que alquilar, pagar, comprar cosas que le hagan falta al nene y pierdo un día y no me alcanza...

A: claro, ¿vos lo ves como perdido el tiempo al ir a un psicólogo?

E: a veces sí, te escucha pero no te aconseja...

A: claro, mucha gente dice eso, pueden durar meses o años...

E: mi hermano tuvo esquizofrenia y él estaba bien antes no era un chico que nació con eso, trabajaba, le gustaba vestirse y los médicos le empezaron a decir que tenía eso, lo empezaron a medicar, y se puso así...

A: lo empezaron a medicar...

E: el tenía mareos, empezó a ir al psicólogo, psiquiatra y se empezó a sentir peor y lo internaron en el Santa María porque él se quiso internar, y le hizo peor, ahora está bien pero... para mí que son las pastillas, uno se acostumbra y después es un vicio, para mí no sé, por eso no me gusta ir, a mi me quisieron medicar, pero no, lo mismo que el Clonazepan y no es fuerte eso, trato de seguir remándola...

(Carlos, 24 años, ayudante de albañil, Barrio La Cuesta)

Sin embargo, resulta interesante destacar que, lejos de pretender ingenuamente un trato íntimo y personalizado por parte del biomédico, los usuarios del sistema formal recalcan en lo difícil que sería para el profesional, encarar sus tareas de rutina si se involucrara con el paciente en términos afectivos.

Esto reviste un claro reconocimiento de que este modelo de abordaje, de la enfermedad, es altamente eficaz en muchos casos, sobre todo en aquellos en los que es preciso implementar procedimientos considerados violentos, en el sentido de que implican realizar cortes en la carne, derramar sangre, etc.

No obstante, el trato que recibe el paciente en términos de objeto es percibido como innecesario, en los casos en que no constituye una condición de posibilidad para lograr el éxito del tratamiento.

Las recurrentes referencias a la falta de respeto, de compasión y de interés en lo que el padeciente tiene para expresar, así como la indiferencia, malos tratos, y automatismo que ejercen los profesionales biomédicos, en el marco de la atención, reflejan las tensiones y conflictos que encarnan la relación médico-paciente. Frente al cual el lego, en su carácter de subordinado y terapéutico dependiente, difícilmente pueda poner en tela de juicio.

“(...)

E: cuando perdí a mi hijo, el bebé en la panza, estuve meses mal, no sentía que me lo merecía, fui al psicólogo, ahora puedo hablar un poco más, él tendría 11 años...

A: costó...

E: me cuesta, hay veces que en la mesa me falta él, pero bueno, son cosas que pasan, aprendí a eso, no lo juzgué a Dios, porque hay gente que se enoja con Dios, yo en ese momento estaba mal, me trataron mal psicológicamente

A: ¿Quién?

E: los médicos, porque él estuvo 6 días fallecido en la panza, yo lo note en los últimos 3, pero ya este era el quinto embarazo, entonces yo... como en los anteriores embarazos, iba cuando no se movía me decían *“mamá vas por el tercero, por el cuarto, date cuenta que es porque el bebé está acomodado y ya al último no se mueven”*, había pasado muchos momentos de angustia y nervios, tuve una discusión con mi papá, me dijo cosas muy feas, nunca en toda nuestra vida, en la buena relación que tuvimos ,nunca fue un trato así, me afecto mucho, me afecto que mi marido no me hablaba, que fue a raíz de eso también y... cuando me voy al control de embarazo le digo a la doctora, *“hace 3 días que siento que no se mueve”*, me revisa y ella no sentía los latidos, pero me dice , *“estas muy gordita, puede ser eso”*,... no, no puede

ser eso, porque me apoyaban el conito y se escuchaba, bueno, me mandó hacer una resonancia, ella ya sabía que el bebé, estaba fallecido, y la de la resonancia me dice “*ahora venís...*”, le digo *no me trates mal ,porque vos no me conoces, no sabes quién soy, y no sabes como vienen las cosas, así que te digo, vos no me podés decir nada*”,...*”bueno, anda a hacerte una ecografía allá al frente”*, me cruzo para hacerme la ecografía, y apenas apoya el aparatito, veo la pantalla que era todo negro, sólo se veía la columna, entonces me largué a llorar, porque me di cuenta que no había sonido, el bebé estaba fallecido, y la ecógrafa me abrazaba, me dijo, “*es la primera vez que hago una ecografía a un bebé fallecido*”, salí de ahí, yo tenía que cruzar y me quise tirar debajo de un colectivo, porque no me sentía que me merecía eso, porque yo pasé todo mi embarazo con todos mis controles, del primer mes que tuve el retraso, tenía toda la libretita preparado con figuritas de varón, con cosas de varón, lo esperaba como todos mis hijos, siempre amé a mis hijas desde la panza, los esperé siempre y... me paso eso, me internan para provocarme el parto, porque tenía que ser parto natural, encima pasar todos los dolores, me pusieron una chica que estaba de los mismos meses que yo, ella había perdido la bebé, así que las dos nos mirábamos

A: ¿las dos solas?

E: si, las dos, ella una nena y yo un varón, yo le decía, “*doctora no está fallecido, mire como se mueve la panza*” y me dice ,*”no mamá, vos comprendes que el bebé está fallecido, encima que no nacen varones, vos no lo cuidaste”*, me decía cosas así, una angustia, hasta que en un momento reaccioné y le dije, “*basta no me traten mal, Uds. me tienen que dar contención, no tratarme así,*” y cuando me hago el estudio, la biopsia, se dieron cuenta que yo no hice nada, porque decían que yo me había hecho algo y después me pidieron disculpa, cuando pasa 20 días que no entregaban el resultado de la placenta y le dije , “*que a mí la disculpa no me sirve, porque yo, cuando necesité su apoyo ,no lo tuve*”, bueno, pasé casos feos en mi vida, los perdí a mis abuelos que yo los quería muchísimo, fueron como mis padres, mi primo, que nos criamos juntos y nos queríamos mucho, de cáncer, eso me afecto muchísimo pero no tanto como la perdida de mi bebé.

(Silvia, 39 años, juntada con su pareja, 5 hijos, desempleada, reside en el Barrio Santa Rita)

Este dispositivo de distancia social respecto del paciente que se produce en la atención biomédica, con necesidad de conservar una posición de autoridad, también se ejerce con otros profesionales de la salud, pares con especialidades diferentes, enfermeros y personal de menor jerarquía.

El hecho de ser expuesto y observado en situaciones que generan incomodidad y aún vergüenza, así como también manoseado, en ocasiones sin contemplaciones respecto del dolor o las sensaciones experimentadas, o sin advertir previamente al paciente respecto al tipo de procedimientos al que va a ser sometido, son las circunstancias más comúnmente referidas en los testimonios recabados.

“(...)

A: claro, y el trato con los nuevos (médicos), con los que están, ¿cómo es?

E: los de antes son mejores, porque los de ahora... te tratan así nomás...

A: ¿en cuánto a la edad? O en cuánto a los que están trabajando...

E: no, hay gente grande que te trata así nomás ,la otra vez que yo me descompuse ,me atendió parada en el pasillo del hospital ,ni siquiera me hizo entrar al consultorio

A: claro,

E: y me había desmayado, tuve dos desmayos, y fui media bien, porque ya me había compuesto, y me dijo, *“bueno sentate ahí, espérame en la antesala que ya te atiende, te hago una orden y te pongo un calmante”*, eso es todo, en el pasillo del hospital...

A: ¿y usted que pensaba en ese momento?

E: yo digo, te atienden así nomás, ¡no es así!, está bien es un hospital municipal, pero si ellos me piden 10, 20,30 ,50 pesos yo le doy, ellos me dicen es un bono, si yo puedo les doy 5 o 10 pesos, si no tengo... no, pero por supuesto uno tiene que colaborar porque te dan medicamentos, pero hay veces que no te atienden bien.

(Griselda, 52 años, casada, dos hijos, trabaja en temporada alta como mucama, el resto del año como por horas en casas de familias, barrio Las Colinas)

“(...)

E: pero, como que no da sensación de hospital...

A: da sensación de...

E: de más atención...digamos que primaria, por ejemplo te comento, hubo una chica que estuvo el año pasado, fue a que la atendieran porque se había caído y tenía el tobillo hinchado, y cuando fueron a tratarla no tenían ninguna clase de intimidad, entonces fueron a ponerle una inyección ,y ella misma dijo que no, que se iba, también española, no estaba acostumbrada y dijo *“¡no!, no me vas a pinchar delante de todo el mundo, con la puerta abierta”*, esas clases de cosas...

(Isabel, de Valencia, España, 38 años, juntada, sin hijos, preventista de avisos clasificados, reside en Barrio Villa del Lago)

Esta mirada fraccionada redundante en algunas irracionalidades, más cuando la terapéutica indicada termina perjudicando a otras funciones o partes del organismo.

O bien, por motivos de una inconsistente información o insuficiente comunicación médico-paciente, del diagnóstico o tratamiento, los agentes terminan concluyendo un sentido trunco al cual acompañan las representaciones y posteriores motivos/causa de un padecer o enfermedad.

“(...)

E: tiene una bolsa llena de remedios, si va a curanderos...

A: ¿conoce de medicamentos, sabe?

E: si, le dan para el corazón, para la presión, para los huesos, ácido fólico, le dan hierro y tantas pastillas le han quemado el estómago, que no le dan ganas de comer y esta re débil y... vive porque no le queda otra...

(Natalia, 32 años, marido, un hijo y embarazada de 4 meses, desempleada, reside en barrio Colinas)

“(...)

A: ¿y la angina? ¿Qué recordás? ¿Cuándo te da?

E: no, no se sabe cuándo me va a agarrar, cuando estuve embarazada de mi nene jamás me agarró

A: ¿vos sabes cuando está por venir?

E: si, empiezo con tos, con fiebre alta, no podes tragar...

A: ¿y tus padres que dicen? ¿Por qué tenés angina?

E: dicen porque andaba muy desabrigada de chica y por eso me empezó agarrar y por eso siempre en el médico y ahora los problemas de mi hijo... (Silencio)

A: ¿qué tiene tu hijo?

E: tiene parálisis cerebral

A: ¿nació o después le dio?

E: le dio después de los 3 meses

A: ¿debido a que?

E: a un medicamento, le pusieron una droga de adulto, tuvo riesgo de muerte y quedo así, pero parece que no tiene un estado vegetativo...

A: claro, eso depende...

E: el mío lo sentás y se empieza a mover, por eso dicen que no tiene ese estado vegetativo, mejor para mí...

A: ¿y los médicos te dijeron que...?

E: ¡que si tenía!, después dijeron que no podía comer por si solo por la boca y le hicieron un botón gástrico, que cuando él nació hasta los 8-9 meses comía solo...

(Ademán con la cabeza, indicando incredulidad)

A: ¿dónde lo haces atender?

E: en el Hospital Infantil en Córdoba

A: ¿cada cuánto lo llevas?

E: cuando me llaman ellos, me dicen que vaya...

A: bien, le hacen seguimiento...

E: se fijan si está bien el botoncito nada más pero...

A: ¿Sos la que te encargas de cuidarlo?

J: no lo tengo yo, lo tiene mi papá...

(Verónica, 22 años, casada, con un hijo que presenta parálisis cerebral, desocupada, Barrio La Cuesta)

Se pierde de vista al individuo como una totalidad, en un proceso de atención que se lleva a cabo en el campo institucional, desatando actitudes colaterales indeseadas. A pesar de la eficacia positiva, que pueda objetivarse de acuerdo al tratamiento puntual de la enfermedad diagnosticada.

“(...)

E: y... en el hospital hay mucha desatención en la guardia...

A: ¿fuiste a la guardia?

E: sí, un montón, por mi señora en el embarazo, le agarraban muchos dolores, íbamos a la guardia y tenías que esperar, estabas 2 hs esperando y veías a la pediatra afuera fumando un pucho...

A: claro, una mala imagen, una mala impresión

E: ¡y mala atención!, porque de última... ahí en la guardia, si hay malos tratos...

A: vos ves que hay gente sufriendo, y ni...

E: si, no les importa nada, un montón de cosas, en el verano, porque se le bajaba la presión y...había chicos de 5 años, bebés esperando horas, y eso lleva a agredir a los que te atienden...

(Jonatán, 26 años, ayudante de albañil, juntado, con un hijo, reside en barrio Colinas)

Se registra una disposición de desconfianza por parte de los entrevistados, en cuanto al supuesto que sostiene la objetividad de la biomedicina, es decir, su capacidad de diagnosticar certeramente en base a datos empíricos. Lejos de este

ideal de la práctica científica, se constata en los relatos recogidos, la recurrencia de situaciones en las que múltiples diagnósticos y propuestas de tratamiento, coexisten simultáneamente en el caso de recurrir a distintos profesionales.

“(…)

E: y... así como está mi mamá, tiene epilepsia, lupus, de ese mismo coágulo, se le hizo todo eso, encima hace un año atrás tuvo un accidente...

A: ¿por?

E: la chocó un auto y le quebró el hueso de la pierna, le costó mucho curar porque tiene lupus...

A: ¿vos la acompañas al médico?

E: si, con mi hermano

A: ¿y no concurre al padrino?

E: no, hace mucho que no va, sabía ir de joven...

A: ¿ahora se dedica ir al médico?

E: si

A: ¿está muy medicada?

E: si, está medicada, se deprimió por el accidente, se sentía sola, por más que estemos al lado con mi hermano, iba al psiquiatra, pero le hacía mal, le daba muchas pastillas y ahora lo dejó, porque la neuróloga le dijo que le estaba haciendo mal al coágulo que tiene, pero ahora está mejor..

(Julia, 42 años, separada, cuatro hijos, empleada precaria en un hotel, reside en barrio Colinas)

Si bien esto se adjudica en ocasiones a la impericia de ciertos profesionales en particular, la regularidad con la que este hecho se da en la experiencia de los agentes, así como el consenso acerca de lo referido que hay en el grupo de pertenencia, conduce a que se construya como un problema propio de la racionalidad biomédica como totalidad.

“(…)

A: ¿vos conoces el hospital, fuiste alguna vez?

E: si, me hacía atender el embarazo en el hospital

A: ¿y qué tal era la atención?

E: el médico bien por lo menos, pero el hospital en sí... vas a la guardia, es un desastre...

A: ¿por?

E: te atienden...te hacen esperar horas, te atienden así nomás, no te piden análisis... nada; “te duele la cabeza, tomate esto, “te duele el oído, ponete esta inyección”, pero no buscan el porqué de eso...

A: ¿Cuántas veces caíste en la guardia?

E: he ido varias veces, con infección en los riñones, y me decían que era un dolor muscular, que era por la panza...

A: ¿estabas embarazada?

E: si, y eran los riñones, después en una ecografía que me hice me vieron que tenía arenilla, y era por eso, siempre me decían, tomate un Sertal perla, Tafirol y no era eso, era otra cosa, por eso atienden medio...y dentista ni hay en el hospital.

(Jessica, 31 años, en pareja con dos hijos, desempleada, reside en barrio Colinas)

Que una persona se perciba padeciente de algo, aunque el biomédico no diagnostique síntomas y signos específicos de una enfermedad o, inversamente, el curador biomédico que diagnóstica una enfermedad y prescribe una terapéutica, a lo que el lego insiste en que “se siente bien”.

Enmarcan situaciones habituales que denotan, no sólo las distancias entre un saber legitimado y científicamente fundado, y el conocimiento del sentido común, sino sobre todo, a dos formas diferentes de representarse el cuerpo, que se corresponden a una realidad que contiene a dos formas con legítimas lógicas de construcción.

Discusión

Los sistemas de servicios de salud son totalmente pasivos y se activan por la demanda de la población (informal), la que se vincula a las visualizaciones y saberes legos, que ella tiene de sus padecimientos y/o enfermedades. Todas las poblaciones tienen conocimientos y una teoría de la salud, con sus correspondientes semiología y clínica legas (76).

De acuerdo a esto la diversidad se oculta por la presencia de un conocimiento hegemónico que obnubila otras medicinas. Paternalizando y estigmatizando el conocimiento de pacientes, cuando, como se ve en las entrevistas, alguno le comenta acerca de sus prácticas de autoatención o a la asistencia de un curador no formal.

En este sentido, las personas que concurren a consulta identifican lo que les sucede, desde saberes previos que les han permitido construir criterios propios, que les facilita re-conocer lo que les sucede.

El análisis del modo en que, la práctica clínica y el conocimiento instrumentado en la misma, producen y reproducen una mirada del paciente como organismo biológico, tiene una razón de ser y una eficacia, que solo puede comprenderse en el marco de las relaciones sociales, que hacen de la medicina convencional un espacio social con sus reglas, agentes y lógicas propias.

De tal modo, en el proceso de formación de profesionales de la salud, las tendencias objetivantes de la biomedicina (la separación mente-cuerpo, la construcción del individuo como paciente, todo lo cual incide en el modo en que el especialista encara la atención), comprenden un proceso de aprendizaje que, lejos de darse de modo automatizado, conlleva una deconstrucción – reconstrucción, de las subjetividades de los estudiantes, generando en ellos múltiples tensiones en virtud del dilema entre actuar de modo “profesional” o “humano” (77).

Así, el médico puede entender, cuales son los canales para llegar de forma más efectiva, y lograr “la cura/la sanación/soportar el padecimiento” (o como decía en la pared de un médico en Jujuy, “aquí acompañamos a morir mejor”), de las personas y otros médicos (o cualquier efector del sistema médico: agente sanitario, enfermero, medico/odontólogo, etc.), que no tienen en cuenta la realidad del otro, simplemente se limitan a recetar, y a ejecutar su profesión desde el sistema médico hegemónico o tecnócrata.

La posición subordinada del paciente, respecto a los biomédicos en términos de capital material y simbólico, es lo que contribuye a reproducir asimetrías de poder en torno a diferentes ejes como el nivel socio –económico, recursos educativos, género, etnicidad y edad.

El hecho, de presentarse a sí misma como saber indiscutible y sin fisuras, constituye a generar, al mismo tiempo, un efecto de deslegitimación rotundo, respecto de las nociones y prácticas que se encuentran en tensión, con las experiencias subjetivas y representaciones culturales de los usuarios.

En los testimonios, esto se traduce en un doble reclamo hacia la biomedicina, que sólo se focaliza en la resolución de los problemas corporales, , sino también, con el hecho de no ser considerados como simples “cuerpos”, desprovistos de un “sujeto” que adquieren relevancia sólo en la medida en que se pueden reparar.

La valoración negativa de los entrevistados, en relación con el campo biomédico del cuerpo, no sólo tiene que ver con el quite del estatuto de persona, sino

además con el trato que se hace del cuerpo, el cual es manipulado directamente como si se tratara de un objeto o persona sin conciencia.

Representaciones Sociales vinculadas al proceso Salud -Enfermedad-Atención en el Sector Informal

Mendoza González (83), entiende que el PSEA es una de las áreas de la vida cotidiana, donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas.

Soforcada (75) identifica un componente informal en salud, constituido por la población en general, al “subcomponente de los saberes en salud”: La que involucra el saber de la población leiga y de aquellos denominados curanderos o curadores populares.

Naturalizando esa representación e incorporando las prácticas de resolución, al conjunto de recursos aprendidos vivencialmente ante la dolencia. Demostrando como la interpretación del padecimiento y su proceso, se guía por categorías cognitivas socialmente construidas.

“(…)

A: Coméntame, cuando te duele el hígado y tomas pastillas... ¿Cómo sabes que tomar?

E: no, creo que esto es de hace años que sufro, me lo habrán dicho y sé que ese medicamento me hace bien...

A: es efectivo, ¿no probaste con otra cosa?

E: no, más de una Buscapina, un Sertal...no tuve necesidad porque me hace bien
(Eduardo, 45 años, casado, empleado panadero, 5 hijos, reside en barrio Santa Rita)

“(…)

E: no, nada y ahora de grande esta muela que por ahí me duele, se me despedazaba de a poquito pero no le doy bola, una vez me hice ver, me dijeron que me tenían que arreglar ahora no creo que tenga arreglo, creo que me la van a sacar, y tenía que ir temprano y no fui...

A: ¿te habían dado turno?

E: si y bueno ahora fumo mucho y bueno, tenía una dentadura perfecta y bueno ahora por más que me los lave, quedan manchados por el cigarrillo

A: ¿cuándo tenés dolor que haces?

E: no tomo nada, es un dolor que es una puntada, por ahí cuando estoy comiendo algo dulce me agarra una puntada, pero soy de esas que trato de no medicarme, si me duele mucho si, me hago buchecitos de agua con bicarbonato nada mas

(Sharon, 22 años, en pareja, 2 hijos, desocupado, reside en barrio San Antonio)

Los cursos de acción varían según la edad, del trabajo y/o de las tareas que desempeñan y de las características de los síntomas. Se trata de padecimientos que fueron considerados comunes, como síntomas conocidos y que pudieron ser resueltos en poco tiempo y por medio de prácticas de autoatención. Esta práctica de automedicación se debe a la poca relevancia asignada a determinados padecimientos, que asocian a medicamentos de venta libre, considerados como comunes y que se pueden adquirir en diversos comercios.

Pasando a controlar su proceso de cura en la medida que decide, cuánto, cuándo y cómo tomar la medicación. De la misma forma selecciona los medicamentos prescritos mediante el auxilio de familiares, vecinos o farmacéuticos.

“(...)

A: ¿no son de comprar en la farmacia... comprimidos, pastillas, así para el dolor?

E: Si, sí compramos

A: ¿y quién es la que sabe o directamente van y preguntan?

E: Heeee... nosotros...ya sabemos en dónde comprar las cosas en la farmacia Lendo... que está ahí en la...Cárcano...

A: ¿y sin ir al médico?...

E: si, sin ir al médico...

A: ¿por ejemplo en que caso?

E: No se... ¡qué sé yo!... si me agarro un resfrió un día, el Loremex, loratadina...

(Lucas, 22 años, en pareja, 1 hijo, desocupado, reside en barrio Colinas)

“(...)

E: No..., siempre he tenido antibióticos en casa, para la garganta, las amígdalas, me duele un poquito y tomo un antiinflamatorio, si me puede llegar a doler, un ibuprofeno, un Ibupras, siempre hay en casa. Como lo tengo en la heladera por los chicos, ...siempre tenemos una Novalgina en jarabe, lo tenemos gratis...Siempre recetado para la fiebre de ellos y siempre la guardamos en la heladera...Sí, como el nene mío de 11, a veces, sufre de dolorcito de muela, que a él siempre lo he llevado, le han hecho tratamiento de conducto, le han sacado las muelas, como eran de leche, pero

entonces siempre tengo medicamentos para ellos, pero lo básico, yo no soy de comprar ni porque me lo dijeron.

(Roberto, 45 años, en pareja, 5 hijos, desocupado, reside en barrio Las Vertientes)

El itinerario terapéutico constituye (77), por lo tanto, un dispositivo revelador de la cultura del cuidado, y de la cultura, a medida en que retrata la multiplicidad de la constitución, la calidad de las relaciones sociales y potenciales curadores; así como tensa las prácticas / nociones construidas en el campo de la salud sobre, experiencias en padecimientos o enfermedad, las redes de apoyo, el acceso, la adhesión y las opciones terapéuticas.

O sea, muestran una apertura para comprender el papel que el encuentro entre personas posee. Un encuentro que, sin embargo, supera la dimensión biológica y técnica del cuidado del padeciente y que, por lo tanto, es simbólica, en lo que se pone a las ideas en circulación a partir de estos encuentros.

Se observa que la ponderación de los diferentes recursos disponibles para decidir cursos de acción, se relaciona con experiencias previas que orientan las distintas estrategias de las unidades domésticas, ante diversos padecimientos.

“(...)

E: La señora una señora que tenía problemas...

A: ¿vecina?

E: Vieja, vieja ¿vistes que saben? ...

A: claro...

E: se me empezó a curar, cerrar, cerrar...

A: ¿y cómo salió la charla vos le comentaste? ...

E: claro si son vecinos...

A: claro...

E: ella me dijo, " ¡no! Si yo tuve ese problema, hace esto... ponete llantén..., hace té con llantén con una taza de vino, que este tibio, te lavas bien, y te vendas..."

A: y de diez...y nunca te molesto, ¿te dolió? O simplemente no cicatrizaba

E: no, no cicatrizaba...iba al hospital y el doctor me decía... ¡no! ponle azúcar, ponle esto,.. Vistes que el azúcar...Heee...

A: si, si cicatriza...

E: y el llantén fue perfecto para mí, por lo menos para mí...

A: más con los comprimidos que te daban los médicos, ¿cuánto tiempo me dijiste que hiciste hasta que cicatrizo?

E: Cuatro meses

A: ¿Todos los días?

E: Todos los días...

A: ¿y cada cuanto te decía la señora que tenías que hacer eso?

E: Una vez por día...

A: ¿generalmente a qué horas?

E: Y a la mañana...yo me lavaba, me vendaba y ya me cambiaba y todo...

Religiosamente

(Bichoca, 49 años, tuvo una fractura de tibia y peroné, le colocaron clavos y al sacarlos, las heridas se ulceraron, separado, 2 hijos, hojalatero, vivía en barrio Santa Rita, falleció en el 2015).

“(...)

E: yo cuando estoy enfermo, me auto...como que yo me auto...

A: ...médicas, ¿te auto tratas?

E: no, me curo yo...

A: Claro, te ¿autoatendes?

E: pasa todo por acá también (ademán con el dedo hacia la cabeza)

A: Qué pensás ¿cuál es tu mecanismo?

E: mi mecanismo es...tratar de no hacerle caso lo que me está pasando, más bien de hacer algo para salir de ese trance, ella te lo puede decir (esposa), yo soy el tipo...no me acuesto nunca temprano, me gusta estar solo, tener momentos de estar solo, me gusta, no me prestó un poquito de atención y empiezo a pensar más allá de los problemas, que por ahí no lo podes sacar a flote, porque no podes, porque estas insertado y de alguna manera tiene que salir pero dónde está la solución, a lo mejor mañana tampoco, pero en algún momento va a estar la solución, esa es la fe

A: Optimista

E: Optimista, y bueno trato de auto curarme, de ir al médico voy únicamente que me esté muriendo...

A: y ese auto curarme... ¿vos preguntas?, ¿sabes de indicaciones?

E: No me auto médico tampoco, trato de hacer algo que yo aprendí, Reiki, no sé si escuchaste...

A: sí, si... ¿haces Reiki?

E: yo tengo como fuego en la mano, no me agarra constantemente...me agarra en el momento en el que yo estoy...tengo dolor o la necesidad de ver...no lo ejerzo porque

no es que no me sienta capacitado, no lo ejerzo porque yo no estoy limpio, yo no te puedo venir a curar vos, cuando yo me siento mal dentro mío...

(Fernando, 53 años, casado, 3 hijos, desocupado, reside en barrio La Quinta, 3º sección)

Estas representaciones son una realidad que viene de la experiencia social de los individuos y, con base en esta, se producen interpretaciones que adquieren significado a partir de procesos compartidos en la cotidianeidad.

En donde el conocimiento de estas prácticas de autoatención, para ellos, no se encuentra derivado de modelos abstractos biomédicos eruditos, pero si más embebidos en la acción.

Discusión

El saber popular en el proceso s-e-a, que se da entre los grupos sociales, es el espacio donde se articulan las representaciones y prácticas de la medicina popular o tradicional, con las adquiridas a partir del saber biomédico.

En las entrevistas sale a la luz cuando una persona se percibe padeciente o enferma, esta recurre a sus propios saberes para darle sentido y restablecer así su salud; si advierte que sus conocimientos y los de sus seres cercanos son insuficientes, es probable que acuda a un terapeuta (biomédico, curandero, o carismáticos religiosos).

Al contar con distintas opciones terapéuticas, estos optan por una de ellas guiados por diferentes motivos ya sea por el tipo de dolencias que padecen, por la relación que poseen con un determinado terapeuta, por sus creencias sobre cómo debería ser la terapia o por derivaciones de personas cercanas o familiares que ya consultaron.

Los entrevistados poseen un saber lego en salud, que ponen en práctica cotidianamente y evidencia que, por un lado manejan una semiología y clínica legas, relacionados a la autoatención, que afecten a los miembros de la unidad doméstica.

Como así también, la necesidad de establecer acciones inmediatas que den una solución, al menos provisoria, a tales episodios.

El hecho de que no represente una ruptura clara con las actividades habituales, como el trabajo o tareas domésticas, hace que se reste de importancia al padecimiento.

El itinerario terapéutico, en su concepción, comprende las experiencias de personas y familias en sus modos de significar y producir cuidados, emprendiendo trayectorias en los diferentes sistemas de atención y tejiendo redes de sustentación y apoyo que puedan darles sustentabilidad en esta experiencia.

En los testimonios, se puso en evidencia un itinerario terapéutico mixto, con la puesta en práctica de un saber, reconvertido por el lazo interpersonal y de confianza que se ligan a conocidos. Sin dejar de lado las indicaciones del biomédico, para la restitución de la salud, instituyéndose una forma de atención, al cual puede ser replicado en el grupo de pertenencia.

Para la mayoría de los entrevistados, el manejo de las medicaciones obedece a una lógica de las prácticas singulares, la cual no sintoniza con las instituidas por la biomedicina. Estas representaciones son construidas de acuerdo a una amplia red de asociaciones, tales como creencias religiosas y experiencias familiares.

Es posible reflexionar acerca de cada grupo cultural como consumidor de diferentes modelos y la biomedicina puede ser vista como una entre tantas referencias culturales para pensar el proceso s/e/a. Las personas viven una realidad biológica en cuanto atravesada por la estructura socio-cultural en la que viven.

Medicina tradicional o Popular

El otro subcomponente sería lo que está constituido por el saber de aquellas personas, que la gente reconoce y facilita su reproducción social, llamados sanadores populares y curanderos. Que sin estar habilitados legalmente para hacerlo, dan prestaciones de salud a miembros de la población. Curan diversas dolencias de carácter popular, como el susto, el empacho, la ojeadura, el dolor de muelas, la envidia entre otras, con diferentes técnicas, como el rastro, la cintilla, la panza fría del sapo o de palabra, entre otras. Pero no todos curan necesariamente las mismas enfermedades.

Quien provee la pauta de reconocimiento como tal es, en general, la persona que acude al mismo para restablecer su salud.

La legitimidad de lo que puede ser clasificado como enfermedad, así como de quien posee la capacidad de curar, resultarían ser los saberes en juego del campo terapéutico.

Entonces habría dolencias oficialmente aceptadas por el modelo biomédico hegemónico, y dolencias estigmatizadas, en muchos casos, como creencias, dado que

no pueden ser científicamente probadas, pero que subsisten en tanto existen agentes sociales que las padecen y otros que las curan.

El curador dirige toda su influencia psicológica a restablecer el equilibrio emocional del enfermo, porque entiende que con su estado de ánimo debilitado por la angustia, agudiza su malestar. A su vez, la persona sabe que las prácticas terapéuticas, que el curandero le ha de proponer, están en el ámbito de sus propias convicciones curativas. Podríamos decir una misma sintonía socio-cultural.

“(...)

E: bueno mira mi hermana te cura el teste, viste las verrugas esas de la mano... yo tenía verruga por acá, me salieron como 3 en la mano...

A: si me acuerdo una vez que Usted tenía varias, hace un par de años atrás...

E: si un par más... y tenía por acá... y una vez “yo te los curo” me dice, y yo estaba acá en la quinta en el barrio ese, es un barrio ese que tiene... ¿cómo se llama? Es como un espacio verde que hicieron todo cancha abierta... con un grano de sal, yo no sé qué es lo que hace... después te da los granos de sal, “envolverlos y tíralos en un camino a donde vos nunca vas a cruzar por ese camino”... y así lo hice... vos sabes que a la semana, desaparecieron...

A: ¿a la semana?

E: a la semana, se empezaron a ir viste... mira tenía por los dedos por acá el teste... eso si no cruce nunca más por ese camino, dicen que te pueden aparecer de vuelta...

A: y tu hermana ¿es que sabe?? o...

E: Si te cura el empacho y como dice ahora, ella no tiene que enseñar a otra persona porque cuando ella enseña a otro o te enseña a vos... ¿qué es lo que hace? No se... ella no puede curar más...

(Cabeza de León, 64 años, viudo, mecánico de autos, reside en barrio Playas de Oro)

“(...)

E: Vos sabes que yo ayer vi cuando entre al Funes, pasa más o menos como 2 cuadras, he agarrado a la izquierda, hay una plazoleta más o menos, ahí había una señora, yo fui a acompañar a un muchacho “Díaz” porque lo estaba curando, dicen, ¿no cierto? Y yo solía tener acá en la ingle una punta de hernia y una vez fui al hospital y me agarro el doctor Alejandro, viste que el doctor Alejandro, a veces, cuando te dolía una muela te hacía sacar la ropa y se ponía a revisarte...

A- por todos lados

E: y metió así los dedos y me dice “acá tenés una punta de hernia”, bueno, vos sabes cómo me hizo doler... y después se me salió... metió así con los dedos y hacia “pug” y tenía yo la precaución de sentarme así, por si tosía o estornudaba ¿no cierto?...

A- claro por si lo hacía, haga resistencia la pierna...

E: claro... y vos sabes que yo estaba sentado acá y la señora estaba allá con el muchacho que lo estaba curando, la mujer lo cura al otro muchacho y dice “¿a vos que te pasa?... ¿Qué tenés?”... - no nada... - ¿cómo no va a tener nada?...” me dice, “Hace rato que te estoy observando, vos tenés una hernia” dice... y si... “vení” dice, “levántate vos de ahí” le dice al otro guaso “y sentate vos ahí al lado de la mesa, sácate el zapato y la media, ya vengo”... se fue para el fondo del terreno, tenía una quinta, trajo una hoja de penca, de esas, de hoja de... de tuna y me hizo pisar ahí, me marco con un cuchillo el pie y me dice “bueno de acá a 10 días vení y tráete otra hoja más”... fui a los 10 días y ya no tenía nada dice...

A- ¿Pero solamente piso la hoja?

E: pise así, puse el pie...

A: ¿ese día no más?

E: y ese día no cierto!?...

A: ¿y la hoja quedo ahí?

E: Si quedó ahí con la hoja, no cierto... y me dice” de acá a 10 días vení y tráete otra hoja más”... y le llevo la hoja y me hizo marcar el pie otra vez ahí... y le digo “¿Cuándo tengo que volver?”... “no, nunca más”... Y podes creer que hasta el día de hoy nunca más...

(Rolo, 57 años, casado, 5 hijos, trabaja en el sector de mantenimiento en la policía, reside en barrio Las Colinas)

El curandero, con su acto técnico, socializa y culturaliza en la práctica concreta con el paciente, tanto desde la perspectiva del padeciente y grupo social al cual pertenece. Y en la medida en que entra a jugar en la realidad social de éstos, no solo constituye un acto técnico sino un acto social.

Remitiendo estas prácticas y representaciones populares y científicas, al campo social en el cual se constituyen y entran en relación los diferentes saberes, es en este sentido, que el agente padeciente, articula el saber médico con el saber de las otras medicinas. Y posibilita comprender su tipo de saber a partir de su lógica práctica, su sistema de esquemas de apreciación y acción, que dirigen las conductas a la consulta de curadores populares.

“(…)

A: ¿usted cree que hay algunas cosas que curan los médicos y otras que no?

E: yo lo que he visto es que sí, yo supe tener un eczema en la mano

A: ¿cómo un mancha?

E: no, eran ampollitas y a mí se me lastimaron y me lo curó una señora de acá de Carlos Paz...

A: ¿no se acuerda quién era?

E: sí, se llamaba Flor de Busto o Augusto

A: ¿y cómo la curó? ¿Se acuerda?

E: me habrá curado de palabra, no me acuerdo y me dijo que me lavara con un yuyo que se llamaba “sanalotodo”, un yuyito blanco

A: ¿dónde lo compraron?

E: no, es del campo

A: ajá!, mira vos...

E: sí, me dijo que me lavara todos los días, en las dos manos y me curé

A: entonces Ud. cree que funciona

E: sí creó y tengo fé, a veces pienso que no me va a curar nada, y sí, creo, porque a mí, como soy operada de la vesícula, a mí me hace mal la comida, soy de empacharme muy seguido...

A: ¿qué hace cuando se empacha muy seguido?

E: y yo, lo llamo a un viejito, le digo ¿Miguel me cura?...

A: ¿por teléfono?

E: sí, por teléfono...

A: ¿Usted escucha...qué le dice?

E: no, no...Él me dice, “bueno la curó, llámeme más tarde o mañana para ver como esta”, así que me cura...

A: bastante bien

E: sí...me agarra mucho dolor de cabeza y me ataca el hígado

A: claro es así la vesícula

E: así que, me cura.

(Teresa, 68 años, Jubilada, casada, 8 hijos, reside en barrio La Quinta 3º Sección, nativa de la localidad de Pocho)

“(…)

E: sí, le rezó...

A: ¿es cercana esa señora, vos la conoces?

E: vive cerca de mi casa, a todas las nenas me las cura...

A: ¿cómo crees que se ganó la fama de curandera? ¿Desde cuántos años?

E: hace bastante que cura, por lo menos cura bien a todos los nenes, pata de cabra, todo eso cura...

A: ¿qué les pide a cambio?

E: lo que le puedas dar, si no tenés no tiene problemas, ella dice que lo hace para curar a los nenes...

A: ¿alguna vez escuchaste como le vino esos poderes o esa forma de conocimiento para curar?

E: no, nunca escuché...

A: ¿Cuántos años tiene esa señora?

E: es grande, debe tener como 50 años

A: ¿va mucha gente?

E: ¡sí, muchísima gente!

A: ¿concorre gente del barrio nomás o de otros lados?

E: de otros lados, porque es muy conocida, como hay pocos que curan y a veces los niños lloran y lloran que no te queda la última opción que llevarlo.

(Jessy, 31 años, en pareja con dos hijos, desempleada, reside en barrio Colinas)

Campos (85) propone que en la construcción del concepto de salud, la salud y la enfermedad no son antagónicas, sino que establecen un continuo interactuar. *"Es necesario concebir un continuo entre salud y enfermedad, en el que el fenómeno, la enfermedad es sólo una parte (y no restringe los factores biológicos), además de ser sólo un episodio de la vida de un individuo en el que la variable continua pasa a ser condiciones de salud. Es importante comprender que, los individuos no son sanos o enfermos, pero presentan diferentes los niveles de salud o enfermedad en sus condiciones de vida. Y, que estos niveles de condición de salud pueden variar dependiendo de la cantidad, la combinación, la importancia y el significado de factores que lo determinan (que es singular) y, aún, de las condiciones de los individuos para enfrentarlos"*.

A lo que Minayo define, la *"salud es un fenómeno clínico y sociológico vivido culturalmente"* (86).

La perspectiva biomédica de la enfermedad y la salud, limita la consideración de factores ambientales y sociales más complejos, al ubicar el foco de atención en la consideración de causa y soluciones de índole biológica. El resultado es una forma de anti-holismo que equipara a una persona con su patología, más que con su totalidad de persona viviente.

A pesar de ello, los individuos seleccionan y combinan distintas medicinas en su búsqueda de salud, negando u ocultando información al respecto en el ámbito de la consulta biomédica (90).

“(...)

A: ¿y esas creencias, mitos que traen con respecto a la salud-enfermedad, como lo valoras?

E: y por lo general los mitos... hay mitos que hacen bien o mal, y hay otros que no hacen mal, tal vez, pero tampoco hacen bien Heee... o sea no ayuda, y el grado de compromiso que pueda llevarlos, es leve, por ejemplo un mito que no haga mal, hee.. Paciente de meses con fiebre y... lo bañan en vinagre, porque el vinagre baja la fiebre... y... en realidad ¡no hace ni bosta! Jajaja... lo que baja la fiebre en todo caso... si la baja, es cosa que está comprobado, que los medios físicos no sirven, en el cambio de temperatura, suponiendo que baje...entonces ese sería un mito que traen y que no perjudica... Otro que traen y si perjudica, también tienen que ver con la fiebre, en donde Heee... entran a consulta y te dicen “tiene 40 de fiebre” y vos le preguntas “y que le diste para bajar la fiebre” “¿cuándo comenzó?”...- “todo el día, se levantó y tuvo 40 de fiebre” - ¿”y vos le diste algo?”, le digo, “¿para bajar la fiebre? -“nooo”, me dice, -“te lo traje para que vos lo veas”. Es un mito o una creencia en donde suponen que nosotros, si no medimos, no creemos, y que somos nosotros los que tenemos que medicar la fiebre de 40, como si ellos no supieran. Entonces ahí me enoja y me encabrono, y los reto ahhh...ja, ja, ja y porque les falta sentido común, porque tal vez esas creencias no tienen que ver con el nivel socioeconómico de los padres, hay gente de plata que es muy pelotuda, y gente humilde que ... está limitado, pero que la mama, muy prolijamente anoto los registros de hipertermia y que le dio para bajar la fiebre, y te dicen “vengo por que hace dos días que esta con fiebre, cada 6 hs y le doy ibuprofeno, y baja”...entonces vos decís “¿no es ni bosta!”, tiene poder de respiración banal, hee.. Podemos incluso empezar a hacer el tratamiento con el relato de la madre.

(Alejandra, 42 años, pediatra, casada con 2 hijos, en su momento trabajaba como pediatra en el Hospital Funes)

“(...)

A: Y cuando escuchas que le dieron esto o lo otro a un niño, que lo leyeron de google, o que lo escucharon en la tele, o que le comento un familiar, un amigo, o vecino... ¿Que pensás acerca de esa práctica como la ves? ¿Por qué no directamente al médico?

E: La verdad, yo con los paciente que me toco o en mi caso en particular hee... este...yo los escucho viste... por lo general o lo hacen porque el médico que vio, no lo entendió lo que le dijo, por lo general, me dicen eso los papas. Vienen y te dicen “lo que pasa es que el doctor que me atendió doctora, no lo entendí, y fui y lo vi por internet”, y así que la mayor parte, siempre te dicen lo que mismo. Yo la verdad, particularmente, no me gusta, me inflo, se me infla la vena cuando viene un papá y te dice que vio, o que saco algunos datos, de la patología de su hijo por internet, a mí no me gusta. Yo por lo general se lo hago saber que no es lo correcto, pero bueno viste el tema éste de internet, y toda la historia, y como google es un arma de doble filo. Pero particularmente no me gusta, no lo demuestro, pero me embolo, me enojo, pero se lo hago saber a la mamá que no es correcto. Y más de esos padres que van de un médico y van a otro médico, a otro pediatra y así andan boyando, y al final se hace una ensalada.

(Blanca, 46 años, pediatra en urgencias del Hospital Sayago, soltera, sin hijos)

La construcción simbólica que plantea la biomedicina presenta una visión del hombre como un conjunto de células, sistemas y subsistemas que interactúan. Esta perspectiva difiere de la mayoría de los usuarios, obligados o voluntarios, del MMH.

Aun así, los individuos deben concurrir, tanto en situaciones de enfermedad como en prácticas preventivas, empleando estrategias que niegan desde lo discursivo la utilización de otras medicinas, automedicación u ocultando estados sintomáticos. Por asumir una conducta preventiva frente a la segura censura del biomédico, al atribuirle la elección de otras terapias, a su ignorancia o imprudencia.

“(...)

A: ¿tuvo alguna vez una experiencia dolorosa?

E: sí

A: ¿fue siempre de ir al odontólogo o de hacer algo?

E: no, nunca me hice nada, pero... pero hice algo que no debí haber hecho nunca

A: ¿Qué cosa?

E: me había agarrado el diente, y estaba embarazada de 8 meses, en invierno, 3 noches no dormí y no tenía obra social, y dónde vivíamos nosotros, abajo estaba el dispensario de... del Zanjón que le dicen, me levanté a la seis de la mañana, no dormí en toda esa noche, fui al dispensario, justo estaba el dentista, saque turno, me puse una campera grande para que no se dé cuenta el dentista que estaba embarazada de 8 meses...y me dice “¿te duele?”, “no...no me duele”..Me había dolido tres días!, no comía nada...

A: claro, sí le decías que te dolía te iba a medicar y después volver

E: claro, entonces me puso anestesia y no me agarró, me la sacó, yo no decía nada...

A: ¿se la aguantó?

E: me la aguanté y después conversando, creo que con mi doctor, me dice te has arriesgado, porque te podría haber agarrado una hemorragia...

(Julia, 42 años, separada, cuatro hijos, empleada precaria en un hotel, reside en barrio Colinas).

Los biomédicos, creen que el intelecto de los pacientes, por su analfabetismo o semi-analfabetismo, está vacío de íntimas convicciones y de todo otro contenido, dan la pauta que cuentan con un espacio abierto que puede ser ocupado legítimamente, por su autoridad científica.

“(...)

A: ¿Cómo consideras los conocimientos en cuanto a salud- enfermedad traen tus pacientes a la consulta?

R: Y... los conocimientos que traen los padres de nuestros pacientes, está en relación directa con el grado de instrucción de conocimiento o de la formación...o... si, es la palabra, el grado de instrucción que tienen, hee...vos te das cuenta cuando estás hablando o tratando con un docente, un profesional, Heee... o una ama de casa o una persona que sea de escasos recursos. Vos te das cuenta que hay una diferencia marcada por eso, el grado de instrucción de cada paciente. Que también está en relación de con el... cual sería la palabra... con la mitología familiar, porque hay gente que es formada pero tiene unas creencias particulares que no se la sacas ni con gancho. Pero esos son los menos, la mayoría de la gente, creo que se valora por ese lado. ¡Y no me he equivocado no!¿...Heee gente de escasos recursos que no están formados a nivel de educación, ni siquiera con un secundario terminado, les cuesta, les cuesta mucho entender lo que les decís, o ellos tienen una pre concepción errónea en base a sus mitos, supersticiones, creencias o comentarios de otras madres del mismo grupo social ¿no?...

(Alejandra, 42 años, pediatra, casada con 2 hijos, en su momento trabajaba como pediatra en el Hospital Funes)

“(...)

A: ¿Cómo consideras los conocimientos de salud que traen tus pacientes? ¿Qué valoración le das?, en el sentido si van a la consulta con algún saber de diagnóstico o terapéutico?...

E: Es nula, las madres que traen a los pacientitos, en realidad no tienen mucho conocimiento, nulo, más acá en la parte pública...y lo que ellos saben, o sea lo poco que saben Heee lo que más o menos tiene sus hijos, lo saben porque...no todos los pacientes, por ahí algunos que sí, lo saben por el internet, o sea viste ven google. Acá en la parte pública, los pacientes no vienen con diagnósticos... Heee... Ellos no vienen con diagnóstico o tratamiento, directamente hacen lo que el médico le dice acá en la guardia, pero no es que vienen con diagnóstico. Y hay algunos que sí, te lo dicen, pero ven que lo vieron en internet, no todos lo hacen, ven por internet o google, acá en la parte pública es diferente que en la parte privada.

A: ¿Por qué es diferente en la parte privada?

E: Acá por lo menos casi el 90 % de los pacientes, Heee por lo vienen y hacen lo que le dice el médico, muy pocos son los que se auto medican,... pero no hacen, no escuche por lo menos eso, de curanderos y toda esa historia... de un 100% un 10 % se auto médica, acá en la parte pública. En la parte privada, por el tema de que la parte privada, el tipo de paciente que va, el tipo de gente que va es diferente, en el sentido que tienen más conocimientos, Heee tienen más educación, mas cultura... tienen más acceso a ver por internet, google. Siempre tienen un amigo médico, un primo médico, un tío médico, por eso te digo que es diferente, en lo que es la parte privada, nunca escuche eso de curanderismo... sí que en la parte privada, si se auto medican algunos por los padres, pero si tienen más conocimiento que los papas de los pacientes del Hospital, de la parte pública.

(Blanca, 46 años, pediatra en urgencias del Hospital Sayago, soltera, sin hijos)

La enfermedad se constituye así en una ventana que permite asomarse al universo cultural de un enfermo. En él, sus ideas sobre el mal que padece y su cura se erigen como fortaleza espiritual que resiste las propuestas biomédicas, ajenas a sus propias convicciones.

Las resisten de manera directa en algunos casos, y en otros de manera encubierta, y casi siempre, reinterpretando los diversos factores que integran la propuesta biomédica, con lo que se llega incluso a desvirtuarla completamente, sin que el biomédico lo advierta, porque la distancia socio-cultural, que los separa es insalvable, porque ambos, son representantes de ideologías disímiles, que la pedagogía médica no atina a resolver, porque tampoco sabe de qué se trata.

Los biomédicos, consideran que sus pacientes poseen conocimientos en salud y que “a veces” son buenos o básicos, en el sentido biomédico, de que no atentan contra la salud o empeoran la clínica. Y que en otros casos pueden ser riesgosos,

debido a sus creencias, o imprudencias. Y lo relacionan con aspectos como las distancias sociales o como subversivos al modelo médico hegemónico, como puede apreciarse en el relato siguiente.

“(...)

A: ¿Y cuándo te comentan de esas prácticas terapéuticas que hacen ellos, que haces, que pensás?...

R: Depende la situación de la que hayan hecho, del grado de recepción que note en ellos... de repente viene una “Cirila”, como les decimos...”mal decimos”...en la ambulancia o a la guardia. Y Cirila le decimos a esas personas, no de escasos recursos, sino una Chiruzza de esas prepotentes, me ha tocado viejas de mucha plata, que vienen y entran y te tiran la cartera en el escritorio y te dicen “le estoy dando antibióticos, le estoy dando esto, y quiero saber si está bien”....bueeno... hee... es distinto. Y hay gente de escasos recursos, que muy ordinaria, que por más que le hables en Villeril básico, no te entienden, depende de la situación... situación de automedicación y de recepción de padres...por ejemplo, cuando vienen y te cuentan que tuvo diarrea, dos episodios y lo llevo a curar el empacho...Baaahh!!! Básico, nada o sea, un poco de cinta no le hace mal a nadie, ahora si vienen como esta mujer y te dice, le estoy dando antibiótico, antipirético, hace 3 días, y bue... si se me transforma la cara... trato de regular mi expresión porque sé que soy muy expresivo y a veces digo las cosas, y no cae bien como las digo, entonces trato de regular desde cero. Con una sonrisa, empezar a explicarle que no es correcto lo que está haciendo, por lo general tengo éxito, logro convencerlos de que esta en un error, y tienen que rectificar. Sé y he aprendido con los años que el reto no sirve, no funciona...

(Alejandra, 42 años, pediatra, casada con 2 hijos, en su momento trabajaba como pediatra en el Hospital Funes)

En donde ser “Cirila o Chiruzza”, motes que se aplican para estereotipar personas que imponen su capital económico, social o simbólico sobre la del agente biomédico, exigen en estos una respuesta afirmativa y sumisa, a sus requerimientos. Y la expresión, “Villeril Básico”, que se lo relaciona de manera estigmatizantes, a los aspectos comunicacionales de comprensión ligados a una situación de escasos recursos y contexto sociocultural particular.

Y no asumiendo el, quizás, discurso incompresible, o la inteligibilidad del mismo para el paciente que concurre a la consulta con expectativas de escuchar información sobre su padecer.

Elaborando estrategias de manipulación, que sirven para guiar o encausar a aquellos que intenten incursionar por otros modos de atención que no estén en la lista de tolerancia. Y reafirmando la posición de hegemonía y subalternidad, en el seno de las relaciones sociales, que se asumen como contrarias al campo de acción del modelo biomédico.

Partimos de una definición amplia que entiende a la salud como un estado general de bienestar físico, psíquico, social y cultural, que implica considerar el contexto familiar y social, valores morales y religiosos y respeto intercultural. La salud no es solo ausencia de daños, de temor y de dolencias física, para estar sano es necesario contar con inserción laboral y con redes sociales.

Es claro que la atención biomédica no tiene soporte en esta definición de la salud sino que está orientada al tratamiento de lo meramente físico.

La única causalidad aceptada por la medicina formal, en nombre del rigor científico, es la causalidad biológica, lo que supone dejar de lado otras causas y las relaciones estructurales. “La búsqueda del agente patógeno y la administración de la terapia que le corresponde es la idea final de la atención biomédica” (89).

Una de las razones de ser de la antropología de la enfermedad o médica de acuerdo a Laplantine (89), es poner en evidencia lo que no se dice en el discurso biomédico, esto es, mostrar que la práctica biomédica se fundamenta e inspira, en un discurso que tiende a visualizar lo biomédico, como un paradigma insuperable, autosuficiente y completamente neutro en la atención de la salud.

Se dota así de un estatuto de extraterritorialidad social, que está basado sobre un dispositivo manipulador: transformar a una representación en la verdad única, objetiva y racional.

“(...)

A: ¿Y cómo te sentís con eso?

R: y... como me siento, y un poco de frustración porque vos decís, puta madre, siglo XXI, Heee... la medicina con la altura de un dedo de un celular táctil, Heee... y que estas Huevonas están todavía con planteamientos arcaicos, así que... supongo que un poco de desilusión, rabia...eso. Pero sabiendo que el cambio lo hacemos nosotros y con buena cara intentarlo.

(Alejandra, 42 años, pediatra, casada con 2 hijos, en su momento trabajaba como pediatra en el Hospital Funes)

“(...)

A: ¿Otros colegas que conoces o amigos, te comentaron si ellos sugieren que asistan a un curandero, para alguna sintomatología que se considere simple?

E: Por lo menos acá no, no aconsejan, no escuche el tema de... este... el tema de los curanderos. Me parece que escuche, un solo doctor, que sabía venir antes acá a la guardia de adultos, hace como 6 o 7 años. Pero la verdad los chicos jóvenes de ahora, no... nada que ver, los chicos de ahora que, son muy jóvenes, nada que ver. Vos hablas el tema de curanderos, de la pata de cabra, de la curación con cintilla, toda esa historia, y te miran como diciendo “¿qué estás diciendo?”, viste Ja ja ja... Los chicos de ahora, están con todo el tema este de internet, Tablet, Facebook, whatsapp, instagram, y todo esa historia. Incluso algunos traumatólogos, te mandan todos las imágenes de los fracturas, de los huesos salidos, te piden que lo mandes todo... por whatsapp, imagínate si yo... si acá existiera el tema de los curanderos, es todo un tema... por lo menos en la parte profesional médica, no se escucha. Acá es todo médico, viste, acá mira todo el médico todavía.

(Sofía, 46 años, separada, 1 hijo, reside en Córdoba Capital, en su momento trabajaba en la guardia del Hospital Sayago)

Y agrega el autor que esta nueva normatividad biomédica que simultáneamente permite medir la ignorancia, recompensar la obediencia, castigar la trasgresión, luchar contra el charlatanismo e intervenir de manera permanente en los dominios, de la vida cotidiana de cada uno de nosotros. Merece calificarse de religiosa, no de un modo analógico sino en el preciso sentido del término.

La salud ocupa el lugar que antes ocupaba la salvación, generando una cultura o estructura, en las sociedades occidentales que, por primera vez en la historia puede calificarse de médica (biomédica) con pretensiones globales (89).

Las estrategias de la mayoría de los usuarios suelen apuntar a la complementariedad, pero en contextos diferentes.

“(...)

E: me llevaron cuando era chica a curarme el empacho...

A: ¿qué recordás de eso? Fue positivo, te ayudó...

E: si, por ejemplo a mis hijos los he llevado y lo han curado de la Pata de Cabra...yo... no es que no creo, de que los hay los hay pero prefiero...no, no tuve ninguna experiencia mala, es más te voy a contar un testimonio que tuve de mi nene de 4 años, cuando él nació, él es prematuro, nació a los 7 meses y medio y estuvo 8 días internado a las dos semanas yo dormía con él. Él tomaba la teta, a veces no, tomaba

la mamadera y me miraba con una cara, se le hacia acá (ademán dirigida a la frente) como una ceja nomás y sonreía y tenía un diente y tenía 2 semanas y me miraba con una mirada de un hombre malo y me lo hacía a mí nomás porque a mi marido y a mi mamá no se lo hacía y era una tortura yo ya no quería... lo veía y no lo quería agarrar, me daba miedo, entonces yo recuerdo que fui a un curandero, mi mamá cree yo no quería saber nada, pero no me quedo otra

A: ¿antes de ir a un curandero, fuiste al médico?

E: sí, fui al médico

A: ¿qué te dijo?

E: que tenía pata de cabra o algún empacho, después hable con mi mamá, con mi suegra y me dijeron que vaya a una curandera...

(Silvia, 39 años, juntada con su pareja, 5 hijos, desempleada, reside en el Barrio Santa Rita)

“(...)

A: ¿en la comunidad (*Peruana*), hay gente que cura?

E: yo tengo una particularidad de ayudar pero no te digo que te voy a curar, te puedo ayudar pero no te digo que te voy a curar, te puedo ayudar para ver que tienes pero acá se inventó mucho eso para ganarse de la gente

A: ah... vos decís del otro punto de vista...

M: sí, hay gente que curra con los chamanes, que se creen curanderos, allá en Perú tenemos descendencia de eso y el único que heredo fui yo, se hereda eso, el arte de curar y el arte de ver presagios, por ejemplo a veces me levanto y digo “va a pasar esto” y pasa y de chico empecé eso, le conté a mi mamá y me dijo que mi abuelo tiene un primo que tiene eso...

A: ¿y en tu comunidad conocen este don que tenés?

M: no, trato de pasar por inadvertido es como que no lo quiero hacer como para sobre salir, hacerse pasar por chaman...

A: ¿los hay?

M: sí un montón, la mayoría se ha vuelto últimamente chamanes porque siempre andaba en la comunidad, ahora me he apartado por el tema del trabajo (albañil) ya uno esta grande.

(Mario, 54 años, albañil, de nacionalidad Peruana, reside en ciudad de Córdoba, durante la semana reside en la obra, en pareja, 4 hijos)

Según Idoyaga Molina (90), en los países desarrollados las medicinas alternativas tienden a ser reconocidas y quien las elige no es censurado por su supuesta ignorancia, mientras que en los países no-desarrollados, se ven dos actitudes. Una de ellas, como sucede en nuestro país, es de desprecio, las medicinas alternativas y tradicionales no están legalizadas y la población de los llamados sectores populares es censurada y denostada por la elección de estas medicinas, a la vez que compelida a recurrir a la atención biomédica o formal.

En otros países se acepta la incorporación de las medicinas tradicionales o populares al sistema oficial, por el importante papel que juegan en la atención de la salud en las áreas rurales, haciendo especial hincapié en la recuperación de los fármacos de origen vegetal (87).

Y consecuentemente no la reconocen como representación, sino que la perciben como la aproximación racional, la verdad científica en la práctica de la salud, motivos que les permiten desacreditar las otras representaciones o transformarlas en dimensiones accesorias, nos referimos a los factores históricos, sociales y culturales.

Esta actitud tiene soporte en la hegemonía social del saber biomédico, que se tiene como más verdadero que otros discursos, posición hegemónica que es pura construcción social y que no tiene nada de científica.

Discusión

El terapeuta popular o curandero, se ocupa del padeciente, prestando atención al doble carácter que reviste su dolencia: el sentimiento privado de saberse enfermo, y la conciencia que tiene del carácter de la sintomatología que experimenta, y que, lógicamente adscribe a la ideología curativa popular o tradicional, a la que adhiere, que es la que permite suponer o construir un relato causal etiológico, de cómo se forjó su mal (84).

Los especialistas biomédicos no ignoran que los usuarios eligen otro tipo de estrategias de atención para la salud, con independencia del nivel social, económico y/ o educativo del usuario.

Sin embargo, en el discurso que dirigen al paciente, a su familia, a sus pares médicos y a la comunidad en general, denostan cualquier otra opción que no se encuadre en su propio marco paradigmático.

Siguiendo a Idoyaga Molina (90), los usuarios implementan diferentes estrategias de adaptación a la censura recibida de parte de los biomédicos ante la elección de otra medicina, la complementariedad de medicinas puesta en juego durante la terapia, o la creencia en una etiología diferente a la meramente orgánica de

la enfermedad. A su vez, estas estrategias de silencio y ocultamiento de los conocimientos personales y tradicionales sobre el cuerpo, la enfermedad y la terapia, son reinterpretados desde la perspectiva biomédica como ignorancia, torpeza, o mala voluntad de los usuarios.

Los biomédicos enfrentados a estas realidades no advierten las desavenencias, y si las descubren en algunas opiniones o acciones de sus pacientes, que contradicen sus conocimientos, las atribuyen a la ignorancia de los enfermos, para ellos determinada solo por el déficit intelectual que proviene de una precaria instrucción formal.

Sin escuchar a ese “Otro” cultural, porque ese Otro, no supera su condición de enfermo cuando es remitido sin más ni más, a la enfermedad que lo aqueja.

Cabría preguntarse, por qué frente a esta realidad, la complementariedad terapéutica sigue siendo rechazada por la biomedicina, a pesar de ser una práctica de los usuarios, un hecho aceptado por las otras medicinas y una sugerencia de la Organización Mundial de la Salud (87).

Desde la biomedicina obviamente no se elaboran ni admiten discursos de complementariedad. En la práctica solo la mencionada derivación que algunos biomédicos realizan en casos de empacho, culebrilla, etc., o la recomendación de alguna receta casera muestran su máximo de tolerancia y de reconocimiento hacia las medicinas tradicionales o populares.

Se trata de un enfrentamiento que involucra la validación y anulación de praxis terapéuticas, saberes, conceptos, técnicas, representaciones culturales y marcos epistemológicos. Este enfrentamiento, que es una lucha por espacios de poder biopolítico (88), es el nudo del rechazo a la complementariedad.

La descalificación y el ejercicio del poder adquieren sentido si consideramos que los postulados epistemológicos principales de la práctica y del discurso biomédico, están instituidos por un pensamiento etiológico, que requiere interpretarse y comprenderse dentro de los límites del modelo biomédico dominante, causalista, biologista y mecanicista.

El saber biomédico ignora o reduce, niega y rechaza la relación entre la enfermedad, el padecimiento y lo social e histórico. Niega todo lo que escapa a su medida, niega la subjetividad, la fantasía y el deseo del enfermo y del profesional.

De ello se deduce que lo que los biomédicos entienden y perciben como enfermedad, no es más que una representación posible entre muchas otras, pero que se ha convertido en la única posible para la biomedicina hegemónica.

Estrategias de Reproducción de Prácticas Sociales para la Atención de la Salud focalizado en el Componente Bucal

Saberes Populares o Tradicional

La medicina popular no se caracteriza por ser un conjunto de saberes que cuenta con una sistematización, como en el caso de la biomedicina, las formas de circular conocimiento no se pautan formalmente como en una institución académica y su clasificación terapéutica y de dolencias no es única (91).

Este presupuesto se asienta a su vez en la consideración de que toda práctica social, ocurre sobre la base de ciertas estructuras de poder que establecen la dinámica de reproducción y/o transformación de dichas prácticas, siendo posible explicar las mismas, a partir de la subjetividad de los agentes involucrados.

En este contexto, la medicina popular o tradicional, es subalterna en relación a la medicina formal - oficial. Esta medicina resulta más compleja al comprender un conjunto de prácticas terapéuticas que devienen de diversas fuentes y tradiciones. Menéndez caracteriza a estas prácticas como un saber popular en constante cambio, en el cual se sintetizan concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico (7).

En este punto se pretende explayar las prácticas de atención de la medicina tradicional o popular, relacionadas al componente bucal.

Le Breton (92) sostiene que la tensión entre médicos y curanderos es principalmente un conflicto de legitimidad “que opone el saber elaborado por la “cultura erudita” encarnado en las instancias universitarias y académicas, a los conocimientos de los curanderos tradicionales, menos formalizables, provenientes del saber y de la experiencia particular del practicante”.

Biomédicos y curanderos poseen, según el autor distintas concepciones del hombre y su enfermedad, resultando ésta una de las causas que explicaría por qué la biomedicina, a pesar de poseer el monopolio legal del ejercicio de la medicina nunca lo tuvo de “hecho”.

Es en la descripción y análisis de estos procesos relacionales que observaremos el lugar que ocupan lo “tradicional” o lo “científico”, pero lo haremos en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar en la realidad de un enfermo atendido en el hogar, o por una hierbera, o por un médico alópata, o por un espiritualista o, como puede ocurrir, por todos ellos en forma sucesiva (92).

“(...)

A: pero vos sos la que te encargas de llevarlos al dentista, de ver...

E: no, porque ellos vienen y dicen “ma’ me duele, me molesta este diente” y yo digo son grandes no puedo estar mirando con lupa...ah y también le hago la extracción yo del diente (se ríe)...

A: ah, ¿de leche?

E: si, el otro día. Porque le estaba saliendo dos dientes, todavía al más chico, ya “mama, mama”... y a este le da esa sensación porque queda el diente medio colgado, y dice “me va a doler” que te va a doler, a ver “pero me lo vas a tocar, no mama no” y cuando menos se da cuenta ya lo tengo en la mano y le agarro con el toallon, y cuando él me está hablando le tiro, “ que ya me sacaste el diente ma’” y el otro... que le pongo un poquito de Silocaína, todo porque está más agarradito, y me dice “tengo miedo de dormirme y tragarme el diente”.

(Claudia, 42 años, casada, dos hijos, desocupada, con artritis reumatoide crónica, reside en barrio Santa Rita)

“(...)

A: ¿claro, y con respecto a los dolores, que hace Ud.? ¿Qué hacía?

E: tomaba lo que encontraba, no me fijaba, a lo mejor alguien me decía tomate un ibuprofeno, anda a ponerte una inyección en el hospital o un brebaje que me hacía mi abuela, porque dicen que los remedios caseros te curan todo, ruda por ejemplo...

A: hay que saberlo preparar

E: claro, hay que saberlo preparar todo hasta un sapo me pusieron en la...

A: ah! la panza fría...

E: la panza fría del sapo y mi abuela me la puso, tenía 13 años y lloraba, era un dolor y no había dentista...había dentista pero yo vivía en el campo con mi abuela, había que hacer un montón de km ,entonces mi abuela agarró un sapo y me dijo que con eso se me iba a pasar, y me puso la panza fría y a los 3 ó 5 minutos se me pasó el dolor de muela, al tiempo 2 ó 3 meses se me cayó la muela entera...

(Griselda, 52 años, casada, dos hijos, trabaja en temporada alta como mucama, el resto del año como por horas en casas de familias, barrio Las Colinas)

Esta perspectiva que centra el eje de análisis en los procesos (incluidos los de hegemonía y sub-alteridad) relacionales, se fundamenta además en propuestas señaladas previamente: todo acto técnico, proceda de un curador popular o de un

biomédico, se socializa y culturaliza en la práctica concreta con el paciente, tanto desde la perspectiva del enfermo y su grupo, como desde el funcionamiento de la institución médica.

Lo pertinente es remitir las prácticas y representaciones populares y científicas al campo social en el cual se constituyen y entran en relación los diferentes saberes, en este sentido, la forma en que un grupo articula su saber médico con el saber de los otros sectores es lo que posibilita entender su tipo de saber, al que, por otra parte, no se define en términos de tradicional o moderno, ni de científico / no científico.

En lo que la respuesta al dolor, el umbral de sensibilidad será diferente a una pulpitis aguda o infección periapical, aunque éstas sean idénticas para el lego padeciente.

La fisiopatología no es suficiente para explicar las diferencias o variaciones culturales, sociales, personales o devenires que afectan a una persona con odontalgia. Y ello es porque la actitud frente al dolor, no es una cosa meramente mecánica o fisiológica, sino que está mediatizada por la cultura, las variaciones personales y la significación subjetiva atribuida a su presencia (93).

En el ámbito de la medicina popular, la cura de palabra es la forma ritual más frecuente, conocida también como cura por secreto y llamada ensalmos en la tradición española y de elites, es una técnica recurrente practicada tanto por curanderos como por legos (90), al igual que en otras zonas del país.

Habitualmente, la cura de palabra o ensalmo se repite durante tres días seguidos. Antes de comenzar con el ensalmo, el sanador suele persignarse y santiguar al paciente, posteriormente se dicen las palabras mentalmente o en voz baja. Las oraciones invocan a la Santísima Trinidad, a las figuras del catolicismo, tales como la virgen y diversos santos.

Se debe dejar en claro que los curadores tradicionales manipulan el poder de las deidades y sus acciones a través del ritual que trae “al aquí” y “al ahora”, la sacralidad de los hechos y de los seres involucrados.

¿Usted sabía que el sapo cura el dolor de muela?, pregunta, y se sorprende ante mi respuesta negativa. “Sí, sí, hay que pasar su panza en forma de cruz sobre la muela o morder la piel con la muela dolorida”.

(Doña Tita, entre 65-70 años, el contexto de entrevista informal, fue durante una observación participante, en la que acompañe a mi suegra a la curandera, por dolores de cadera, en lo que a la despedida pude realizarle un par de preguntas.)

“y... el dolor de muelas, vienen desesperados cayéndose las babas, y este... se les cura, solo que esa muela se cae de a pedazos o entera y también la curo con palabras, palabras y le hago una crucecita así del lado que les duele, y se cae la muela, no ya!... pero al tiempo se empieza a caer de a pedacitos o así entera...” (Doña Tita).

“Y las muelas las curo de palabra, tenés que decir casi lo mismo que se dice para el gusano (gusanera de los animales), nada más que tenés que decir , este chico esta agusanado, tiene 9 gusanos , los 9 gusanos mato 1 me quedan 8, mato1 y me quedan 7 y así hasta el final, cuando te queda 1 , 1 solo , decís éste se lo mando a la Virgen y a todos los Santos, y rezas el Ave María, te persignas también, después tenés que rezar el Padre Nuestro y siempre en los siglos de los siglos Amén. Bueno, eso es para la muelita, tenés que decir el lado si es izquierdo o derecho si es arriba o abajo, si conoce cuál es la muela, que la diga, porque por ahí con el dolor no se sabe si es muela o qué” (Doña Tita).

La priorización en cuanto a la selección de las terapias para la odontalgia muestra cómo, en primera instancia se recurre al saber popular o curadores tradicionales, el cual así no resulte efectivo no pierde credibilidad, es decir, en ocasiones posteriores, será nuevamente el de primera elección, situación que no se aplica a las terapias provenientes del modelo odontológico hegemónico, ya que como se puede apreciar en los testimonios presentados, un gran porcentaje la considerará como último recurso.

“(...)

A: ¿recordás alguna práctica casera, terapéutica, algo para evitar el dolor?

E: lo único mi abuela, recuerdo que decía, que, no sé cómo se llama las bolitas de los cipreses

A: ¿el qué?

E: el ciprés, El árbol

A: ah, sí, si...

E: que llevan las bolitas esas, me suena a mí que decía “cuando te duela una muela, ponte una de esas en el bolsillo y dejará de dolerte” nunca la probé.

A: te quedó marcado por la abuela

E: Si, si no sé si tendrá algo que ver, pero funciona...

(Victoria, de Valencia, España, 38 años, juntada, sin hijos, preventista de avisos clasificados, reside en Barrio Villa del Lago)

“(...)

E: ... otro muchacho que ya falleció que él dice que para el viernes santo hay que afeitarse en ayunas...

A: aja...

E: y de ahí no te dolía más, nunca... yo lo hice como mil veces, me dolía pero...

A: para los viernes santos...

E: si...

A: como viernes santo

E: viernes santo

A: cualquier viernes, o...

E: no, no... Viernes santo, cuando es el día como se llama esta mierda...

A: ¿de pascua?...

E: de la semana santa...

A: haaa de la semana santa...

E: ese día viernes santo , dice que el que se afeitaba en ayuna , se afeitaba apenas se levantaba y dice que al e no le dolía nunca más la muela..

(Daniel, 50 años, soltero, sin hijos, ayudante de albañil, reside en barrio Alto San Pedro)

“(...)

E: iba hacer como antes en el campo, me acuerdo que cuando te duele una muela iban a la curandera, y hacíamos con sapo, o cortar un alambrado o no darte vuelta, eso después se me caían las muelas, no sentía más nada, se te caían las muelas a pedazos...

(Fasset, 63 años, separado, albañil, barrio Miguel Muñoz)

“(...)

E- hay gente no cierto, que cura las muelas de palabra y después se le empiezan a caer solas sin dolor...

A- y acá conocen ustedes...

E- acá no conozco ninguno... acá directamente hay que ir al médico o al dentista...

“saque, saque” no hay otra...

(Nene, 31 años, técnico en reparación de heladeras, desocupado, reside en barrio La Quinta 2° Sección.)

Potencialmente todos los grupos culturales pueden generar estos procesos y respecto de muy diversos padecimientos, sean alopáticos o síndromes culturalmente delimitados, así como a través de estrategias de acción, que tampoco deben ser pensadas exclusivamente para los curadores “tradicionales”.

Se considera el término remedio en un sentido amplio, como superador del significado fármaco – botánico de la expresión “plantas medicinales”. De esta manera un vegetal con características terapéuticas no es comparable a un medicamento, pudiendo existir plantas que no cuentan con registro de principios activos y que, sin embargo, son parte del conocimiento colectivo sobre propiedades curativas (94).

Los conocimientos que poseen les permiten tratar un número limitado de desequilibrios o enfermedades y recetar remedios, generalmente preparados tradicionales, hechos a base de productos vegetales en su mayoría, aunque pueden incluir elementos minerales y animales.

En pocas palabras, más allá del curandero o especialista, la medicina tradicional incluye, los conocimientos familiares elementales y las prácticas semi-especializadas, de aquellos que son reconocidos como capaces de curar ciertos males. La diversidad de tratamientos refleja la posesión desigual de conocimientos entre los individuos.

“(…)

A: Tu abuela es la que atendía toda la gente de ahí en tu casa

E: Sí, dolor de oídos, de boca, cualquier cosa, ella sabía, es un libro abierto.

A: ¿Y de dónde aprendió ella?

E: No le he preguntado, pero debe ser de experiencia que tenía de las enfermedades que ella tuvo, que le dijo otra persona...

A: y vos la aprendiste ahora y ¿estás tratando de imitar eso?

E: Si, más o menos si, pero también tengo que tratar de equilibrarlo con los médicos que me... con lo que me dijo el odontólogo...estoy hecho mierda, me dice que no me doy cuenta

A: ¿vos te sentí sano?

E: yo me siento sano, me siento fuerte...

(Gonzalo, 23 años, soltero, sin hijos, empleado en un hotel por temporada, reside en barrio La Quinta 1° Sección)

“(...)

A: ah! ¿Tú mama también?

E: si yo vengo...ellos más que nunca saben de un montón de yuyos

A: y ¿tu abuela?

E: también, más...viene de rama, así que ellos todo lo curan, hasta tenés catarro o te duele la garganta, y te hacen una pasta de gallina con la grasa de gallina

A: ah! si con la grasa de gallina

E: si, con la grasa de gallina y ceniza y te ponen un paño caliente y yo digo ¡nooo! , pero eso le hice a mi nene más chiquito. Era tanta la temperatura que levantaba, que te aflojaba todo antes de ponerte nebulizador y cosas de esas...químicas y con los chicos, la verdad todo natural.

(Claudia, 38 años, casada, 3 hijos de ellos uno fallecido, con artritis psoriasica, desocupada, nació en Cosquín, reside en barrio Santa Rita)

“(...)

A: ¿y usted maneja de curar con yuyos, cosas naturales? ¿Sabe de eso?

E: si, yo a mis chicos, cuando ellos enfermaban en el campo, yo los curaba con yuyos; un té de yuyos para las muelas les hacía, buchec con yuyos

A: ¿qué yuyo usaba para las muelas?

E: orégano...y así les hacía cepillar bien con bicarbonato...

(Teresa, 68 años, Jubilada, casada, 8 hijos, reside en barrio La Quinta 3º Sección, nativa de la localidad de Pocho)

“(...)

A: ¿Tuviste alguna vez dolor de muelas, dientes, lengua?

E: Si, cuando era más chico..., a los 12 años comencé con las muelas careadas todas esas cosas, ahí si sufrí más...

A: ¿Por qué?

E: Porque era algo nuevo, dolía mucho cuando masticaba con la muela que está mal.

A: ¿Y qué hicieron, o que hiciste?

E: yo nada, lo que dijo mi abuela siempre, clavo de olor...

A: ¿Cómo hacías con el clavo de olor?

E: Te lo pones en la muela y te la anestesia

A: ¿y lo masticabas? ¿O que hacías?

E: lo dejaba ahí 'y lo chupaba...

A: ¿Un solo clavo, o varios? ¿Cómo era la técnica?

E: Uno, pero eso no ayudaba mucho...mi abuela me dijo que también me ponga sal porque eso mataba la bacteria...Otra cosa que hago, buches con alcohol.

A: Y calmaba...

E: Sí, uno cuando le duele agarra todo, calmaba y después ya Curinflam, es una pastilla, (diclofenac, 100mg) esa es la que más zafaba...

(Gonzalo, 23 años, soltero, sin hijos, empleado en un hotel por temporada, reside en barrio La Quinta 1º Sección)

La autoatención como estructura

La autoatención implica la realización de una serie de actividades, dirigidas explícita o implícitamente a la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico –familiar. Dichas actividades en cuanto a los procesos de salud-enfermedad-atención, la integran alimentación (incluye amamantamiento), limpieza e higiene (cuerpo, ropa, vivienda, etc.), curación y prevención de enfermedades, de daños y problemas.

La automedicación es parte de un proceso estructural autoatención, que la incluye y que implica diagnóstico, elección y prescripción de una terapéutica que puede incluir sustancias, acciones físicas, procedimientos mentales, etc., e incluso los medicamentos del MMOH.

Constituye además, en lo específico, a una parte de la denominada “carrera del enfermo” (96).

“(...)

E: una, me cura con el rastro, el viejo ese y se me cayó sola... quedo un pedacito ahí...y ¡tac! Con la pico de loro...se movía así y me la saque... y listo y la otra no... mierrrrdaa!! ¡Taba prendida! Pero una vez que vos la aflojas me empezó a clavar el dolor y una vez que empezás,...tenés...que... tirón! y sacarla porque ya estas cagao...tas!!...

A: No hay vuelta para atrás...

E: ¡nooo!... je je je....y sal muera ahí nomás...Sal muera

A: después sal muera y chau...

E: si... sangra...pero con salmuera cuando vos le haces los buches... tira y ahí nomás deja de sangrar...

A: hmm...

E: y medio calentita, cuestión de que cauterice la carne..

A: claro...

E: ¡y a la mierda...!!!

A: y anduviste bien...

E: y ¡nunca más!

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

“(...)

E y en esos días que te dolía mucho y no podías dormir ¿qué hacías? ...

Si tomaba, siempre tomaba, había una pastilla, no sé cómo se llamaba, que me sabía calmar, sabía tomar mucho pero ni me acuerdo como se llamaba, pero me calmaba como para dormir, pero al otro día o cuando tomaba mate, viste, o fumaba ahí me agarraba de nuevo o algo frío o algo caliente, todo viste...

(Daniel, 50 años, soltero, sin hijos, ayudante de albañil, reside en barrio Alto San Pedro)

“(...)

E: y con los dolores... me habían dado diclofenac, me habían dado cefalexina, no me hacía nada, con la única muela que me dolió

A: ¿cuánto tiempo te dolió?

E: estuve como una semana, no daba más, el vecino me decía ponete una bayaspirina, una cascarita de limón, ponete semillitas de limón, hasta que un día vino una señora y me dice compráte. Dolten sublingual y fue mágico porque me lo puse y pasaron dos minutos y se me fue el dolor, ese y Azitromicina es la única medicación...

A: ¿y después que te hicieron?

E: nada más, porque no fui tampoco

A: ah, ¿calmó el dolor?

E: si, hace como tres años que no fui más al dentista

(Silvia, 39 años, juntada con su pareja, 5 hijos, desempleada, reside en el Barrio Santa Rita)

En toda sociedad la autoatención aparece como la primera actividad asistencial a la enfermedad antes de delegar el cuidado en un curador profesional o formal (97).

“(...)

A: ¿y en algún momento, cuando te llegó ese dolor de diente que hiciste en ese momento?

E: y lo tradicional, Muelitas...

A: ¿es efectiva la Muelitas?

E: si, si, muelita adultos probé

A: ¿es efectiva que otra cosa?

E: efectiva en el momento, a los 5 días me duele de vueltas, y cuando a uno le duele se pone un sapo...

A: ¿escuchaste?

E: si, hay gente que lo hace, y me llegué a poner hasta un poquito de lavandina en la muela...

A: ¿también escuché, funciona?

E: funciona pero... en el momento y para colmo el dolor de muelas nunca te agarra de día, en mi caso, siempre agarra a la noche, y el típico dolor que si tomaba algo frío, dolía o el café, muy caliente y uno para esquivar para ir al odontólogo, que es lo que hace? Trata de comer del otro lado, hasta que se calme...

(Omar, 43 años, separado, un hijo, carpintero de obra, reside con su padre en barrio Colinas)

Es en función de estas condiciones que las unidades domésticas necesitan producir un conocimiento y una serie de técnicas o estrategias para dar resolución, a situaciones cotidianas de padecimientos de tipo odontológico, con conductas específicas que se ocupan de las actividades de autoatención.

Por lo que puede parecer que el pensamiento popular se enriquece o transforma, sin que realmente se modifique su material conceptual básico.

“(...)

A: y antes, cuando eras pequeño, ¿tenías dolores de muelas?

E: si, me empezaba a doler

A: ¿qué hacías?... ¿Qué hacía tu mamá?

E: me daba salmuera, sacaba lo dulce, Actron o Ibutanol lo pinchaba y el líquido me lo mandaba, me quemaba...

A: ¿calmaba?

E: calmó, en el momento no, pero después se aliviaba, de grande sufrí mucho dolor de muela, no iba al dentista...

A: ¿qué hacías?

E: me las quemé con cloro...

A: ¿cómo hacías?

E: hago...juntaba algodón en una tapita de cloro y me lo ponía ahí. Te quemaba y se moría el nervio

A: ¿calmaba?

E: calmaba y después las muelas se me cayeron solas, enteras con raíz, el dentista me sacó 3 muelas...de chico nunca usaba cepillo de dientes

A: ¿cómo ves eso?

E: mal, me afectó un montón...

A: no usabas porque no tenías o por...

E: eso, no teníamos, un tiempo teníamos y no lo usábamos

A: ¿y en el colegio?... ¿Nunca fueron odontólogos?

E: y si, iban pero...eran charlas nomás, nosotros éramos 9 hermanos...

A: si, me imagino...y cuándo te acordaste vos, qué empezaste a usar cepillo, ¿cuándo te cayó la ficha?

E: no sé, 14 años donde me empecé a cepillar un diente, a cuidarme un poco más

A: ¿Qué pasó? ¿Qué ocurrió?

E: mucho malestar, dolores en las muelas, y encima el dolor de muela era a la noche no te deja dormir, te pone odioso

A: y qué hacías cuando tenías esa edad, con 14 años

E: claro, no aguantaba, con el ibuprofeno o el Ibutanol lo pinchaba y me quemaba

A: ¿y eso dónde lo aprendiste? ¿Quién te dijo?

E: un amigo mío, que él se había sacado una muela así porque no aguantaba, me pasé varias veces el sapo...

A: ¿y eso quién te contó de la panza fría del sapo?

E: el padre de otro amigo mío, el curaba ..

A: ¿y qué sabes de esas curaciones?

E: eso es como que lo frío del sapo te lo pasas en forma de cruz y te la seca

A: ¿te hace algún rezo?

E: la verdad no sé, pero creo que sí, te hace una cruz, te pone (inaudible) y eso te seca

A: ¿y funcionó?

E: funcionó, porque me no me dolía por un montón de tiempo, hasta que me la saqué sin dolor...

A: ¿cuántos años tenías cuando viste o cuando te dijeron eso?

E: 14-15 años

A: ah, también

E: si, en ese tiempo me saqué como tres muelas

A: ¿y otra práctica que haya tenido el padre de tu amigo?

E: no eso... también sal en la muela, pedacitos de ajo en la muela, el brote también adentro de la muela que es un ácido, pero te adormecía por un momento eso...

A: así que has probado de todo...

E: si, bastante, hasta una señora, en Cura Brochero, me dijo que inhale por la nariz el humo del vaquero, de la tela del vaquero, lo hice una sola vez y era feo, se me pasó el dolor, pero me dolía la nariz, es bueno cuidarse porque es muy feo, en todo sentido, aspecto el dolor, la sensación que uno tiene cuando tiene eso mal.

(Jonathan, 27 años, en pareja, un hijo, albañil, reside en barrio Colinas)

Debe entenderse que esta actividad no constituye un fenómeno episódico o coyuntural, que sería eliminado por la extensión de cobertura médica apropiada. La estructura de la vida cotidiana, el tipo de padecimientos y problemas conducen a que esta actividad sea una constante de características diferenciales de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, con la composición del grupo familiar o la cobertura de salud existente.

“(...)

A: ¿alguna vez presenciaste un dolor fuerte de tus hermanos, de dientes?

C: si

A: ¿qué hicieron en ese momento?

C: no quería ir al médico, se ponía nafta, se le había hinchado y sigue renegando con la muela y no va al dentista

A: ah, todavía sigue

C: no sabe dónde ir, porque también trabaja, entra a las 7 y sale a las 17 (trabaja de albañil) y a esa hora ya está cerrado... (El sistema público)

A: para calmar el dolor, aparte de la nafta, ¿qué otra cosa toma él?

C: Dorixina, Actron, se ponía hasta sal...

(Alexis, 24 años, en pareja, un hijo, albañil, reside en barrio La Quinta 2º sección)

Los fármacos aparecen como los productos más usados por los grupos familiares con intenciones curativas y/o preventivas;

“(…)

A: y cuando tu familia sufre de algún dolor en la boca, dientes,..¿Qué es lo que hacen primero?

E: Cuando mis hermanas sufrían de dolor que hacían... el evanol, te ponían, un pinchacito con la aguja (el que viene en perlas) y como que te anestesia, y le ponían adónde te dolía y listo, eso era como su remedio, o bien se enjuagaba la boca con sal o con bicarbonato y eso era la cura...

A: ¿eso era lo más próximo?

E: si, por lo general mi hermana la mayor es la que más sufría...

A: ¿de dónde aprendieron eso?

E: y...mamá siempre, ella era la que... pasó que lloraban todas a las doce de la noche y... ese horario, el evanol le hacía un pinchacito y le ponían

A: y tu madre se encargaba de diagnosticar y hacer la (inaudible) ¿y al otro día?

E: y al otro día al dispensario...al hospital...

(Alicia, 22 años, en pareja, un hijo, desempleada, reside en barrio la Quinta)

“(…)

A: y con los dolores de muela,

E: y los dolores... hubo un tiempo que yo llegué a tomar Amoxicilina 500, cuando venían las pastillas...

A: vienen todavía

E: y tomaba... era un calmante, un antiinflamatorio y un calmante, bueno una noche me tome, ya no tomaba cada 6 o cada 8 hs, lo tomaba cada 2 o 3 hs porque no daba más de la infección y el dolor que tenía ese día, yo te digo la verdad, me drogué, estaba mareado, estaba en el aire y no era yo...

A: ¿Vos te sentías?, no te dolía pero estabas...

E: no me dolía pero estaba totalmente en el aire, después cualquier cosa tomaba,...mi ex me daba Keterolac,... mientras no te duela está todo bien, te dolió, te acordaste de todo, se te viene todo encima y... en ese momento no sabes que hacer, vas al hospital y te pones calmantes y en 20 minutos calma y a la semana, a los 15 días o al mes te empezó a doler otra vez y el dolor es insoportable...

(Pedro, 38 años, separado, vive con su hija, desocupado, actividad que realiza albañil, durklero, mozo, reside en barrio 400 viviendas)

Junto a estas condiciones estructurales, existe toda una serie de causales que pueden impulsar procesos de mayor o menor nivel de autoatención, y que deben ser referidos a condiciones específicas de los conjuntos sociales. Al respecto podemos enumerar los siguientes factores:

a) Característica del tipo de padecimiento b) condiciones de la cobertura de atención odontológica como de curadores populares; c) la eficacia de los medios existentes d) las condiciones socioeconómicas ocupacionales e) condiciones sociales d) condiciones ideológicas.

Discusión

Saber Popular

Un presupuesto que se constituye como punto de partida es que la legalidad de la biomedicina, entendida como una determinación jurídica que la convalida como la única práctica terapéutica estatalmente reconocida (Ley 17132. Art. 13. – “El ejercicio de la medicina sólo se autorizará a médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente), resulta uno de los elementos más evidentes de su hegemonía en aquellas personas que desempeñan una medicina no oficial.

El Modelo Médico-Odontológico Hegemónico no es la única actitud posible frente a la enfermedad ya que muchos agentes enfrentan sus padecimientos de diferentes maneras.

Como afirma Menéndez, el hecho de que ciertos sistemas, académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos, se tornaran hegemónicos, no implicó la anulación de otras prácticas y representaciones existentes, aunque sí contribuyó dicho proceso a que se establecieran relaciones de hegemonía/subalternidad entre las diferentes interpretaciones del proceso s-e-a (7).

Es en el “sistema” funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera.

Los grupos sociales, que en función de sus necesidades para el restablecimiento de la salud focalizada en el componente bucal, construyen nuevas eficacias simbólicas a partir de la institución de lógicas prácticas de acción.

El análisis antropológico del dolor, nos lleva a la consideración de la enfermedad no sólo como una configuración de signos clínicos, sino que como un síndrome de experiencias vividas, cargadas de significaciones, interpretaciones y explicaciones, mediatizadas por la cultura y la subjetividad individual (93).

La odontalgia no es solo sensibilidad de fibras nerviosas por inflamación del contenido de la cámara y conducto pulpar, sino más bien una percepción compleja, una manifestación que se integra a la experiencia acumulada de vida de un individuo, que es sentida, evaluada e integrada en términos de significación y valor.

El dolor, como experiencia humana, no es un simple hecho de la naturaleza, sino más bien una experiencia altamente simbólica, un hecho de la cultura (93).

Se observo que las odontalgias, no afectan mayormente las relaciones sociales, más bien despiertan la solidaridad y la protección de los otros. Son pequeños signos que, incluso, refuerzan el sentimiento del valor personal.

Cuando se hacen un poco más intensos y permanentes, signos de un mal insidioso, recurrir al odontólogo es necesario en referencia al modelo odontológico hegemónico, para que le ponga nombre y lo reduzca.

Como primera opción terapéutica a la odontalgia, se prioriza la utilización de terapias caseras, en manifestación de la sintonía socio-cultural lega.

En donde prima la confianza asociada la reciprocidad que se da en el interior de la unidad doméstica, la costumbre y el proceso de actualización permanentemente en la vida cotidiana, primero a través de los procesos de socialización con sus ascendientes y posteriormente mediante los de interacción social con sus iguales, bien en el espacio comunitario barrial como en el laboral.

Este hábitus construido por los agentes, relacionado a la atención del dolor, se recrea y se reproduce socialmente, no habiendo de por medio, un conocimiento preciso biomédico, acerca del efecto analgésico o terapéutico que las prácticas empleadas puedan tener, pero con la convicción de que la eficacia simbólica o empírica es la primera línea de atención a mano para la resolución de su padecimiento.

La autoatención como estructura

La autoatención a la enfermedad (y a la salud) focalizada en el componente bucal, teóricamente se refiere a la actividad de un grupo primario y no de una persona.

La automedicación, como parte de la autoatención, reduce, da solución en forma definitiva o transitoria a los padecimientos, daños o problemas. Esta legitimación de la práctica descansa sobre la poca relevancia asignada a determinadas odontalgias

en los que se repite una antigua prescripción, vivencial o de terceros allegados a su círculo social.

El proceso de autoatención (y automedicación) se fundamenta en dos hechos básicos:

a) la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los miembros de los grupos primarios y en particular a los miembros de unidades doméstico-familiares;

b) la necesidad de estos grupos de establecer acciones inmediatas que den una solución, por lo menos provisoria, a dichos episodios tanto en términos de cura como de mantenimiento (en caso de padecimientos crónicos). Los episodios agudos o crónicos son parte constitutiva de la vida cotidiana.

En donde el saber popular se apropia de saberes de diferente origen y extracción, resignificada así sus prácticas para la atención de odontalgias o padecimientos, a través de las relaciones directas e indirectas establecidas en diferentes situaciones de consulta dentro del modelo odontológico hegemónico.

En cuya situación de clínica, el paciente realiza autónomamente una selección en el discurso autocensurado del odontólogo, reteniendo solo términos que reconoce, aunque ignore su significación biomédica.

La atención a la enfermedad constituye un trabajo que nunca se acaba, que opera en todos los estratos sociales, que hace poner en juego los mecanismos de autoayuda y que esta delegada básicamente en las mujeres preocupadas por la salud de los hijos. Es desde esta perspectiva estructural que Menéndez considera que la autoatención centrada en la mujer constituye el primer nivel real de atención a la enfermedad (5).

Por los testimonios presentados, se percibe como la mujer es entendida como recurso de curación importante. Como madre o esposa, es ella quien, en general, manipula medicamentos, establece contacto con sistema formal de atención, prepara y administra infusiones, en fin, es la primera persona en ser consultada en caso de un padecimiento odontológico.

Su práctica consiste en decidir en primer lugar si hay realmente un padecimiento. De ser afirmativo, resuelve como proceder el tratamiento y si se debe o no buscar ayuda. Si decide buscarla, deberá evaluar la gravedad del caso o escoger el camino más apropiado para cada situación, poniendo en prácticas sus creencias y valores sobre los padecimientos de la unidad doméstica.

De las entrevistas surgió que la autoatención es habitualmente la primera actividad que el micro grupo realiza respecto a sus padeceres, y que esa actividad no

incluiría inicialmente al odontólogo, apareciendo en escena actores familiares y sociales (vecinos, compañeros de trabajo, etc.) quienes operaban como referentes al momento de la atención, y cuya finalidad es la eliminación del síntoma, dolor, que al producirse ésta, se restituye la subjetiva apreciación de vuelta a la normalidad.

Estrategias de Reproducción Social vinculadas al capital social para la atención de padecimientos en el Proceso S/E/A.

En las trayectorias sociales se acumula un capital social que responde a una estrategia de inversión social, tendiente a establecer relaciones utilizables a corto o a largo plazo, reconvertibles en bienes o servicios de ascenso social o, al menos, de conservación de la posición en el campo en el que se encuentra la unidad doméstica.

Estas redes relacionan a un grupo determinado de personas, que se prestan servicios gratuitos sobre la base de la confianza y la reciprocidad. Las redes se establecen, principalmente, entre personas unidas por relaciones de parentesco; también se dan entre vecinos y amigos.

En estas relaciones de ayuda mutua es en donde circulan recursos económicos y sociales, teniendo como factor aglutinante la reciprocidad, dependiendo de la cercanía física, la igualdad de carencias y la confianza entre los contrayentes de la relación.

Simultáneamente, la participación de los individuos en redes sociales más amplias permite que la confianza se extienda más allá de las personas a quienes conocemos directamente, lo cual implica que se confía en alguien porque se confía en otro, el cual asegura que se puede confiar en ese alguien.

Es a partir de este carácter transitivo que la confianza se torna local o generalizada.

“(...)

A: ¿tenés gente de confianza que te den una mano?

E: si, hay gente que se (inaudible) que te dan una mano,... “vamos hacer algo cuando vos te vas a operar, vamos hacer una rifa para que tengas...”

A: ¡bien!, ¿vos pediste o se ofrecieron solos?...

E: ellos me ofrecieron

A: ¿son conocidos de tu barrio o de acá?

E: son conocidos, algunos de todo Carlos Paz, amigos de acá, de un baile, de otro lado, gente laboradora toda, yo les conté de la operación...

A: bien, te contienen...

E: te dan apoyo para que estés bien...

(Julio, 51 años, separado, una hija, trabaja de naranjita, cuidando autos, reside en barrio Altos de San Pedro)

Así mismo cuando las situaciones de padecimientos que afectan a los sostenedores económicos y/o responsables del funcionamiento de las unidades domésticas, se pone en juego su mantenimiento y su reproducción material.

Situación que se torna particularmente crítica, cuando la inserción laboral supone la informalidad y la ausencia de protecciones mínimas frente a la enfermedad (licencias, cobertura de medicamentos, etc.)

“(...)

A: Y no tenés forma...vos que tenés un conocido ahí adentro que pueda indicar, o ¿no hubo posibilidades?

-E: No, con la señora esta (*Cuñada de la hermana*) tuve que hablar cuando me hice los estudios de la endoscopia (le cedió un turno), después me hice tomografías porque ya estaba funcionando el tomógrafo y había otro que intervenía con la gastritis, pero ese no me lo daban a mí (*el Turno*) yo lo fui a buscar, no me lo querían dar a mí, que lo tiene que ver el médico, que esto, que lo otro.

-A: mucha burocracia...

-E: de nuevo lo tenía que hacer a la mañana y la veo a esta señora...vos que sos compañera porque no te fijas si me lo pueden dar...al otro día me dice, acá tengo tus resultados...porque yo te digo con el tema de la gastritis que también me habían dado otra posibilidad de tener un cosa mucho más...

-A: ¿Una ulcera?

-E: Sí, pero era otra palabra, era una gastritis crónica pero que no registraba peligros con tratamiento y medicación, lo podía con dieta y con eso andaba bien...pero viste esa burocracia que...

(Carlos, 45 años, en pareja, 5 hijos, desempleado, reside en barrio Las Vertientes, fallecido en 2016 por una hemorragia digestiva baja y posterior infección)

Generalmente la ayuda la brinda quien se encuentra en mejor situación ya sea por un menor tamaño de la familia, por contar con un trabajo estable o estratégico en alguna institución, o por disponer de mejores recursos.

El capital social se genera y se acumula a partir de las relaciones que establecen los individuos entre sí. Los lazos informales constituidos por las relaciones que se da entre familiares, amigos, vecinos o compañeros de trabajo, y actividades

como juntarse a comer en algún momento, compartir actividades recreativas, o visitarse entre sí, serían pequeñas inversiones en capital social.

En los contextos de bajos recursos investigados, la vecindad se vuelve condición óptima para la conformación y consagración de redes de intercambio recíproco.

“(…)

E: tengo gente q trabaja en el hospital, pariente de mi hermana, a ver si me consigue una medicación cuando me salen caras, pero siempre van de distintos laboratorios, si compras siempre el mismo, ven la caja y ya te das cuenta.

A: ¿una pariente de tu hermana, me dijiste?

E: Claro, mi hermana, sería la suegra de ella, que trabaja en el hospital con el marido.

A: y ella te consigue...

E: me consigue cuando se me va terminando...

A: Bien, es una ayuda.

E: Sí, gracias a Dios, como no tengo obra social, algunas me las compra mi señora con la obra social de ella...Por eso, ni obra social tengo porque nunca me he enfermado, solo de taxi (Mutual de Taxis), y la dejé y le hice para los nenes míos y mi señora, viste todos los problema que tiene, tiene que estar más protegida me parece, y ahora todo lo que tengo que hacer lo hago en Córdoba.

A: engorroso ir hasta allá

E: Sí, y ahora con el tema del trabajo, estoy sin trabajo y ando buscando dejo currículum por todos lados, he probado en distintas empresas de seguridad, mercado, en barrios privados, porque es más o menos lo q puedo hacer, aunque sea de noche, no tengo problemas en dormir aguanto y...es que con la edad mucho no tengo que elegir, estaba por probar en la municipalidad, que lo conozco al intendente, nos conocemos de la infancia, me había buscado hace unos meses y él me dijo, cualquier cosa que necesites anda a verme, eso fue antes de las fiestas y después se me pasó y hace unos días me acordé y voy a ir a probar total ya q me lo dijo...

A: Y es conocido tuyo, te puede dar una mano

E: Y si, a lo mejor me puede abrir el camino...

(Carlos, 45 años, en pareja, 5 hijos, desempleado, reside en barrio Las Vertientes, fallecido en 2016 por una hemorragia digestiva baja y posterior infección)

“(…)

A: con respecto de la gente del barrio, ¿qué tal la solidaridad entre Uds.? Por ejemplo si alguna se encuentra enfermo o necesita alguna ayuda...

E: si, yo vivo en un barrio que viven todo los policías ahí, y yo nunca he pedido ayuda a nadie hasta ahora, pero si tuviera que pedir la pediría, no sé si me ayudarían o no..

A: ¿pero te da una leve confianza que a lo mejor sí?

E: si, capaz que si...

A: y amigos, vecinos, ¿hiciste un vínculo fuerte con alguien?

E: si, hace poquito que vine ahí, hace 8 meses en realidad no soy nacida acá, soy de Rosario, toda mi familia, lo que pasa hace 15 años nos vinimos a vivir acá, pero hace 8 meses que vivo ahí, pero me llevo bien con la señora del kiosco, me dio trabajo hace 4 meses, los de al lado también, yo pienso que una mano me darían...

(Shanon, 22 años, en pareja, un hijo, desocupada, reside en barrio 200 viviendas, cerca de barrio Colinas)

La reciprocidad no se concibe como factible de concretarse inmediatamente, pero forma parte de las posibilidades de la relación establecida si se producen cambios en esa situación.

La experiencia vivida en procesos de padecimientos o enfermedades similares, entre pacientes y familiares allegados, los coloca además en disposición de ayudar a otros, como forma de dar, recibir y de alguna manera devolver el cuidado que otros antes les brindaron. En una lógica de la reciprocidad que aun cuando, no se la advierta ni tenga en cuenta el diseño de políticas sociales, acompaña a los sistemas públicos, contributivos de bienestar.

“(...)

A: ¿Qué recuerdos tienes de infancia?

E: si, éramos muy pobres de chicos, dormíamos en una plaza con ella... (Madre)

A: ¿te acordás de eso?

E: si, era re chico, tenía un año...

A: ¿te contaba ella?

E: no, yo me acuerdo, cuando vivíamos en Córdoba, nos vinimos acá, yo tenía 6 ó 7 años, vivíamos en una casa, una obra, no tenía ventanas ni puerta... en invierno, nos vinimos y cuidábamos las obras de ahí, después el marido de mi mamá, que no es mi papá, consiguió trabajo ahí, le dieron un lugar, trabajaba ahí, después consiguió un trabajo en una casa, de limpieza y de ahí se empezaron a componer las cosas, pero mientras tanto, con mi mamá nos levantábamos a las 4 de la mañana, íbamos al depósito de acá de la Cárcano, a la Manfrey, limpiábamos, yo barría, tenía 7 años, la ayudaba a mi mamá y nos daban dos baldes, uno con yogurt y otro con crema de

leche, después íbamos a la panadería y le pedía al panadero ,nos daba una bolsa de pan, volvíamos a las 7, me cambiaba y me iba al colegio, después mi mamá empezó a trabajar, le empezó a ir bien y compró el terreno donde vivimos ahora, mi padrastro empezó a edificar con mi mamá...

A: ¿vos aprendiste el oficio ahí con él?

E: si, y yo creo que mi vieja sea lo que sea ella, nunca nos abandonó...

A: ¿y les dio buenos valores, vos crees?

E: si, por eso, por ahí mi vieja...ahora tuvo un accidente el año pasado y quedó mal, mal psicológicamente por el accidente, entonces muchas veces pienso y me acuerdo tantas cosas que hemos pasado, no la puedo..., por más que tenga una familia, no la puedo dejar de lado...

(Jorge, 25 años, en pareja, un hijo, albañil, reside en barrio Colinas)

Puede decirse que la norma social de la ayuda mutua entre parientes se conforma a partir de vínculos personales, estrechos y de largo tiempo, y sobre relaciones cargadas de afectividad y confianza.

En menor medida ha aparecido la comunidad, en tanto agrupamiento que supone no sólo relaciones interpersonales cara a cara.

“(...)

A: ahora que me decís, que estás viviendo solo, ¿cómo te ves vos que te operen y la rehabilitación?

E: tengo la ayuda de mi hija los primeros días se te hace imposible bajar de la cama

A: ¿estás al tanto de lo que gira el post-operatorio?

E: claro, se cómo viene...

(Amadeo, 51 años, separado, una hija, trabaja de naranjita, cuidando autos, reside en barrio Altos de San Pedro)

“(...)

E: si, más mi papá...

A: ¿es de tener ese cuidado en la familia?

E: si, por ejemplo yo le digo me duele la cabeza, me estoy por enfermar o tengo mareo y te estás por enfermar ...”*tómate esto*”

A: el detecta los síntomas y tómate algo

E: claro

(Shanon, 22 años, en pareja, un hijo, desocupada, reside en barrio 200 viviendas, cerca de barrio Colinas)

“(...)

E: la panza fría del sapo y mi abuela me la puso, tenía 13 años y lloraba era un dolor y no había dentista...había dentista pero yo vivía en el campo con mi abuela, había que hacer un montón de km ,entonces mi abuelo agarró un sapo y me dijo que con eso se me iba a pasar, y me puso la panza fría y a los 3 ó 5 minutos se me pasó el dolor de muela, al tiempo 2 ó 3 meses se me cayó la muela entera...

A: ¿Usted No trató de aplicarlo con sus chicos?

E: no, porque le tengo miedo al sapo, pero no, cuando a los chicos le duele la muela lo llevo al dentista o le daba ibuprofeno, o al hospital a que le pongan una inyección

A: prioriza

E: sí, yo no voy a repetir lo mismo que yo pasé con los chicos...

(Graciela, 52 años, casada, dos hijos, trabaja en temporada alta como mucama, el resto del año como por horas en casas de familias, barrio Las Colinas)

Los PSEA instalan en los grupos sociales, una situación problemática que moviliza el capital social disponible para su pronta resolución. En esta interrelación, los espacios de circulación pueden ser múltiples y desplegar un conjunto de roles y acciones particulares.

Así, cuanto más fortalecidos estén los lazos comunitarios, más posibilidades tendrán las personas, que integran estos grupos, de utilizar este recurso social como medio para afrontar las desigualdades sociales en las que viven y por su medio mejorar su calidad de vida.

Estas estrategias de reconversión, se componen de prácticas que teniendo como fundamento el interés por mejorar o conservar la salud, invierten parte de su capital social, (familiaridad, amigos, vecinos o relaciones de dependencia laboral) tendiendo a determinar una transformación de las condiciones materiales de existencia, ya sea a corto o mediano plazo.

“(...)

E: Porque fui acá a la farmacia, y le digo, estaba el Néstor...”Néstor, dame, dame algo para el dolor de muela...”

A: la farmacia,... ésta... ¿Durando?

E: Si esa...

A: ¡aja!

E: y le digo...*“dame algo pal dolor de muela que no doy más”*, entonces me dice, *“te voy a dar un polvito”*, bueno le digo *“mientras no sea droga dame”*...dice... *“¿Qué tenés?... “se te va a pasar”* y seguro le digo... la disolví en el vaso y así lo tome y en cinco minutos no me dolía nada...

- ya conocía usted...

- si desde que estoy acá que voy ahí, y con eso se me pasaba y entonces después cuando me saco la muela, la chica en el instituto, me dio unos antibióticos para que tomara y antiinflamatorio y *“si te sigue doliendo que no creo”*, dice, *“si te llega a doler, tomate ese sobrecito que te dio la farmacia o tomate”* no sé... pero no Dorixina...ni Bayaspirina...

(Ramiro, 58 años, en pareja, 5 hijos, albañil, reside en barrio La Quinta 1º sección)

“(...)

E: ahora estoy por ir con un amigo, es un muchacho que tiene una pollería y es evangelista, y a él le iba muy bien en todo, y yo con el tema mío el bajón de mi salud y esta situación mía,... que es lo que más me preocupa, por la escuela de mis hijos ,y me invitó venir el domingo *“...yo te paso a buscar, vení a escuchar ,vas a ver qué lindo es y si quieres seguir viniendo ,venís y”*...a mí me sirvió muchísimo, yo no tenía para comer, yo le voy comprar y a veces, agarra y me da una bolsa así de frutas y verduras y no me las quiere cobrar, me está ayudando en esto que ando mal, y a veces...un día para Navidad, estaba mal, y vos sabes, que agarra y le digo, *“¿podes aguantarme un pollo?”*, porque estábamos invitados a la casa de un vecino, el vecino lo internaron el 30 y el día 3 fallece...íbamos a pasar el 31 porque estaba enfermo y como yo soy de ayudar a la gente, y era diabético y a veces se caía, y estaba el hijo solo y me venía a buscar, se caía en el baño, y yo salía a correr a la madrugada a levantarlo para ayudarlo, lo llevábamos a la cama, había que limpiarlo, yo se lo tenía, porque estaba muy flaquito, y él lo limpiaba, después lo acostaba, ... ya era costumbre para mí...y ellos me invitan y me agarra sin plata, y justo cuando nos invitaron... y lo voy a ver a este chico, y le digo *“anótame un pollo, - “sí, negro...¿y con que lo vas acompañar?. Toma”*...me da más bandejas de verduras, y agarra la caja y me da 100 mangos para comprar una gaseosa...*“¿a los chicos con que le vas a dar de comer?”*...dejá, y después en la semana yo fui y le pagué el pollo, me cobra lo que quiso, me cobra la mitad de lo que valía, le devolví los 100 pesos...él siempre tiene ese gesto y yo voy y no le pido nada y me da o llega a mi casa o al almacén, y veo... y me metió en la bolsa unas milanesas o pollo adentro, frutas...una cosa que nunca me pasó algo así...

(Carlos, 45 años, en pareja, 5 hijos, desempleado, reside en barrio Las Vertientes, fallecido en 2016 por una hemorragia digestiva baja y posterior infección)

“(...)

A: ¿ella sabe algo?

N: como trabaja en la clínica, le comentaba los síntomas algún médico y decían que podía ser, y si era fiebre o algo que no se pasaba no llevaba

A: ¿ósea que vos de pequeña tenés conocimientos de que había un botiquín que lo manejaba tu madre?

N: si, solo mi mamá, nosotros no

A: ¿pero ella conocía y los medicaba?

N: si, aparte siempre nos llevaba al médico...

(Natalia, 23 años, casada, un hijo, embarazada de su segundo hijo, desocupada, reside en barrio Colinas)

“(...)

A: alguna vez tuviste que acudir a un vecino algo de urgencia a otra persona?

E: si, cuando viví en Villa Cairo, si una señora mayor, ella decía que era su hermanita menor y creo que el primer episodio de dolor de cabeza fue por una discusión, porqué nosotros vinimos de Córdoba para ponernos un negocio, una sociedad con el hermano de mi marido y ellos se quedaron con todo, con nuestras cosas también, y al día siguiente amanecí con ese dolor de cabeza que me estallaba, mi marido estaba trabajando y tuve que acudir a ella, porque tenía a las nenas chicas, esto es hace 8 años atrás, así que ella me llevó al hospital, estuvo conmigo y mi marido, sigue viniendo a casa cuando yo me vine acá, es una buena relación y siempre dicen , tu vecino es el primero que acude antes que tu familia...

(Silvia, 39 años, juntada con su pareja, 5 hijos, desempleada, reside en el Barrio Santa Rita)

De acuerdo a esto, la confianza es una parte integral de la reciprocidad. Una persona que cumple con la norma de la reciprocidad es confiable. La información acerca de la confiabilidad de los demás es un aporte esencial para la decisión que tomará un individuo reciproco sobre si coopera o no.

“(...)

E: claro, a la tarde hay muy poco, porque toda la gente trabaja a la mañana, consiguió también en un hotel, a la mañana de 9 a 5 pero yo llego a las 3, 3:10 llego a mi casa, y

no se puede...yo estoy trabajando para pagarle la deuda de los otros, ... ah! mi compañero viene... y le saqué la deuda de un préstamo que le saqué ,me dice "*me quieren internar a la nena con neumonía en Córdoba, necesito si o si \$2000,hacerme la gauchada...*", y yo buena, como estaba trabajando con nosotros, estaba en efectivo, "*bueno a la tarde te lo saco*", le digo, y le saqué y se lo di, y pasaron un mes, dos meses, ...le pregunté, Kiko pagaste?. Sí, estoy al día, no te hagas drama, y me cayó una carta, voy le digo "*¿Kiko hace cuánto que no pagas?, ¡un mes pagaste!! ...*

A: ¿De cuánto?

E: cuotas de 800\$...

(Julia, 42 años, separada, cuatro hijos, empleada precaria en un hotel, reside en barrio Colinas)

"(...)

E: Cuando yo nací, iba aparte de que mis dientes se rompían y que tenía unos dientes sensibles, chiquititos y todo eso, nací con la mordida invertida de caso 3, y como que tenían que ponerme aparatos y en un momento cuando era más chica no había los recursos económicos para poder ponerme y cuando quisimos ver el tema público por el ministerio decían que solamente hasta el caso 2, 1 y 2 el 3ro no , entonces como que mi mamá ,no es que se dio por vencida buscó y consiguió un trabajo con un dentista, de secretaria ,y bueno ,ahí es donde ellos le empezaron a ayudar, a verme la boca, tenía una placa de relajación cuando yo dormía.

A: ¿Cuántos años tenías?

E: Tenía 9 años, eso me mantenía ya sea tener esa mordida podía hacer que mis dientes se coordinaran, pudiendo estar las dos juntas, de morder junto y si no uno atrás y otro adelante eso lo que podía hacer y después, paso el tiempo hubo problemas ahí. Y quedamos en la nada. Yo dejé de usar la placa, fuimos a otra dentista y dijo que no era necesario, entonces directamente dejé de usarla, ya me hice un poco más grande...

(Mariana, 22 años, ayudante de cocina en un comedor, convive con su novio, alquila un departamento, reside en barrio Centro)

No se trata, entonces, de fenómenos estáticos; su papel en la reproducción familiar dependerá de las circunstancias sociales y económicas

Discusión

Se concibe al capital social como un recurso que reside en las relaciones sociales: aquellas de parentesco, vecindad e identidad que sirven de base para la confianza y la cooperación; y aquellas que se encuentran en los sistemas mercantiles simples, es decir, de intercambios no mercantiles basados en el principio de reciprocidad (98).

El capital social cobra *“importancia fundamental en la medida que se trata de comprender y explicar un conjunto de prácticas que son implementadas por un grupo de agentes que poseen un escaso volumen de capital económico y cultural”* (102).

La reciprocidad y la confianza no son más que dos caras de la misma moneda, en tanto la primera sólo puede sostenerse por la confianza en que los favores serán retribuidos, mientras que, es esta retribución la que incrementa los niveles de confianza en una comunidad.

Puede afirmarse que las ayudas familiares y, en menor medida las vecinales constituyen un recurso permanente, que se fortalece en momentos de crisis de salud, reconvertir el lazo familiar por turnos en el hospital público y el acceso a estudios complejos y costosos, que en el caso de hacerlo de forma privada o por los circuitos formales burocráticos, no tendría las mismas posibilidades de logro.

En situaciones de bajos recursos, la construcción de vínculos fuertes, constituye una solución práctica a los padecimientos que en el proceso s/e/a trae aparejados la situación de precariedad en cuanto a condiciones materiales de existencia poseen las unidades domésticas.

Y es en estos contextos, en el que los intercambios de favores se sustentan entre grupos de parientes, vecinos y amigos.

El vivir cerca constituye el factor clave para la conformación de este tipo de redes, al estimular el contacto frecuente se contribuye el afianzamiento de la reciprocidad y la confianza.

A través del análisis de las entrevistas se ha puesto de manifiesto la fortaleza de las redes sociales basadas en relaciones de parentesco, que en situaciones en que la distancia física no era un obstáculo y la distancia social no era muy amplia, la constitución de relaciones de reciprocidad entre parientes que formaban parte de diferentes hogares era habitual. Destacándose las relaciones de parentesco más cercanas como las de padres-hijos y hermanos las que estuvieron presentes en las formas de resolución de necesidades.

Las relaciones sociales también se despliegan en el plano de la materialidad, es decir que hay una cierta reciprocidad, que se manifiesta en intercambios de medicamentos o servicios por dinero. Y estos a su vez fortalecen los vínculos creados por medio de acuerdos informales.

A corto plazo, las relaciones interpersonales hacen las veces de amortiguadores, pues reducen la vulnerabilidad de los individuos en situaciones de conflictos o padecimientos; a más largo plazo la reestructuración puede producir una disminución de la vulnerabilidad en las unidades domésticas en su conjunto, configurando la reciprocidad en términos de inversión en los lazos sociales (99).

El otorgar este tipo de apoyos requiere inversión de tiempo y tiene costos materiales y, en este sentido, “las relaciones de reciprocidad y solidaridad no son recursos inagotables” (100).

La reciprocidad es una norma moral internalizada así como un patrón de intercambio social. Ostrom (102) define que la reciprocidad involucra a una familia de estrategias en situaciones de acción colectiva que incluyen: un esfuerzo para identificar quien más se halla involucrado, una estimación de la probabilidad de que los demás sean cooperadores condicionales, una decisión de cooperar inicialmente con los demás si se confía en que los demás serán cooperadores condicionales, la negativa de cooperar con quienes no reciprocán y el castigo para quienes traicionan la confianza.

Se coincide con Murmis y Feldman, quienes destacan la importancia de captar la diversidad de lazos sociales y su peso relativo: *“El objetivo es que los análisis que toman en cuenta las posiciones de los sujetos, su situación ocupacional y su acceso a bienes y recursos y, más en general, las condiciones generales definidas por las posiciones en el sistema social se vean complementados y sobre determinados por el conjunto de relaciones que los sujetos establecen”* (101).

Los intercambios detectados consistieron principalmente en: préstamo de dinero o mercaderías; donación de medicamentos entregados por instituciones formales de salud, transporte en caso de emergencia, conocimiento de alguna práctica para la autoatención, esto incluiría algún tipo de terapéutica como medicación, preparación de infusiones, o consejos de derivación a algún curador informal, así como tiempo para escuchar problemas y acompañar a consultas médicas u odontológicas.

CONCLUSIONES

En el campo de la odontología, se enfatizó lo relacional en el trabajo cualitativo, deveniente de diversas líneas de saberes como la sociología, la antropología, la filosofía y la psicología, enmarcadas en la línea de la Salud Colectiva.

Lo cual permitió pensar aspectos como las representaciones y prácticas sociales de unidades domésticas de escasos recursos, en cuanto al proceso salud/enfermedad/atención.

Mas, aun intuía algo, esa diferencia o distancia social, esa otredad que aún no sabía que se llamaba así, a ese otro que no es como "yo". A lo que se llama alienación, era a lo que uno aspiraba, ya que en otros profesionales, aquellos estereotipados por la comunidad odontológica se observaba como la meta a llegar.

El modelo odontológico hegemónico está tan bien pulido y construido sobre sus instituciones de disciplinamiento, que la violencia simbólica ejercida sobre los estudiantes y profesionales, funciona reproduciendo e instaurando en gran parte de la esfera cotidiana la ideología mercantilista de la salud bucal.

A nivel social el panóptico de control funciona, para que ese estereotipo de odontólogo se legitime y se siga invirtiendo en la institución formadora.

Objetivar al sujeto objetivante, tal como decía Bourdieu, es hacer una reflexión de nuestra propia lógica de las prácticas.

Se pudo observar que los diversos grupos sociales, poseen diferentes esquemas de sistemas de percepción, apreciación y acción que distan del discurso del modelo Médico-Odontológico Hegemónico.

Y que el pequeño margen de autonomía individual de los agentes, quedan reducidos a las lógicas de sus prácticas en un contexto socio-histórico-cultural complejo, que no implica el enclaustramiento clasista y etnocéntrico. Sino más bien, a las diferentes posiciones que los agentes sociales y unidades domésticas se encuentran ubicados en la estructura social, y sus posibilidades de reproducción social que entran en juego, para la recuperación de la salud percibida y representada como dolencias y/o enfermedades.

La decisión de la consulta tanto preventiva como curativa relativa a malestares menores, opera una jerarquía de utilización de recursos de cuidado, incluyendo la autoatención y la automedicación en el núcleo familiar y, en algunos casos, la preferencia por recurrir a otros curadores del sector informal.

La autoatención es una práctica familiar habitual frente a padecimientos menores en todos los estratos sociales, destacándose el rol de las madres, quienes tienen una centralidad en el diagnóstico, la automedicación con fármacos y el auto tratamiento con medicina casera.

Los repertorios de cuidado basados en la autoatención resultan eficaces, desde una lógica práctica, hasta cierto límite a partir del cual la consulta médica/odontológica, se considera necesaria ante síntomas que evalúan como más serios.

Para algunos la consulta odontológica representa una situación de vulnerabilidad y desconfianza, frente a posibles prácticas o intervenciones innecesarias o experiencias personales de mala praxis y de conocidos.

El carácter dinámico del pluralismo terapéutico responde a las prioridades de cuidado tanto personales como del grupo familiar a lo largo del tiempo, y a la evaluación crítica de especialistas y de los tratamientos biomédicos y de otras medicinas, para distintos problemas de salud pudiendo tener una finalidad preventiva.

En el modelo actual de la atención de la salud focalizada en el componente bucal, los profesionales están prácticamente obligados a seguir trabajando en las consecuencias de la enfermedad y no en sus causas holísticas, ni en fomentar la Salud.

En donde la otredad es un objeto, una boca, lengua y dientes, y no como un agente social con estrategias y prácticas sociales para la resolución de sus problemas de salud excluyéndose así otros tipos de medicina como la tradicional o alternativa.

La comunidad lega construye un sentido social de la odontología totalmente biologicista, sin tener en cuenta los problemas reales que la gente posee, que dista solo de dientes, en donde no hay respuestas, ya que se crea y sustenta una práctica disciplinar que solo atiende a la curación-rehabilitación de piezas dentarias y que a veces alcanza acciones preventivistas.

Sin atender al contexto socio- histórico – cultural y económico, que determina y condiciona más que cualquier agente bacteriano en boca, y cuya propuesta sanitaria actual es modificar esta realidad compleja de enfermedad, con más propuestas sobre la enfermedad incrementando profesionales que la asistan o con el más moderno equipo tecnológico que se pueda proveer.

A modo de cierre, podemos decir que el conocimiento medico hegemónico en general y el conocimiento de la práctica de los odontólogos en particular, se transforma en un conocimiento cultural. Ya que como vimos, los sectores subalternos se apropian de esos conocimientos, los resignifican y recualifican a sus propias (necesidades) prácticas resolutivas en los procesos de salud/enfermedad/atención. Gran parte de las personas con las cuales compartí en el proceso de construcción de mi trabajo, se apropiaron de formas de conocimientos propios de la medicina institucional y lo utilizaron para explicar sus padeceres, hacer diagnósticos y proponer acciones terapéuticas, a través de la combinación de esos saberes institucionales, con los saberes culturales locales propios. Entonces, los procesos de

atención/curación/sanación (con base en los conocimientos de la medicina institucionales) se transforman en un componente cultural local que les permite explicar, por ejemplo el propio cuerpo y las representaciones simbólicas que el paciente/sujeto hace de la salud/enfermedad/padecimiento que tiene, y de las distintas acciones terapéuticas que deben aplicar. Así el saber que se construye, combina y resignifica en el seno de los sectores populares analizados, es a la vez un saber que combina componentes del saber popular/tradicional y componentes del saber médico hegemónico, como por ejemplo la automedicación.

De esta manera, si consideramos que las unidades de estudio son lugares de formación y reproducción cultural, y las unidades de análisis, las personas/usuarios/informantes, de la presente tesis, son portadores de las expresiones de la cultura local; el odontólogo, (que es un componente y representante del sistema médico hegemónico) debe transformarse, a la vez que odontólogo, en articulador de saberes culturales. Entendiendo en este contexto, al sistema médico hegemónico como una forma de conocimiento cultural, como también lo es el conocimiento cultural popular local, de los sectores subalternos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cornejo, L.S.; E. Hilas; I. Moncunill y cols. "Prevención Contextualizada: Estudios clínicos, Nutricionales, Bioquímicos, Microbiológicos, Ambientales y Socio-Culturales para la Elaboración de Estrategias de Promoción de la salud". Con subsidio de SECyT Años 2001 a 2005.
2. Pagnamento, L. y Weingast, D. Apuntes para contribuir en la reflexión sobre la pobreza. En Cuestiones de Sociología 2. Revista de estudios Sociales del Departamento de Sociología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. La Plata: Ediciones Al Margen; 2004. p. 185-195.
3. Barbeito, A. y Lo Vuolo, R.; La modernización excluyente; Buenos Aires: UNICEF/CIEPP y Ed. Lozada; 1992.
4. Sen Amartya K., Capacidad y bienestar, en Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (compiladores), La Calidad de Vida, México: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 55.
5. Menéndez, E. Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes, en Eduardo Menéndez (ed.), Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular. México: Casa Chata/CIESAS; 1982. p. 4-52.
6. Menéndez, E. Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones- México: Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179; 1990.
7. MENÉNDEZ, E. Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. Alteridades [Internet]. 1994;4 (7):71-83. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>.
8. Samaja, J. Epistemología de la Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2004. p. 30-35.
9. Giddens, A. La constitución de la sociedad. Base para una teoría de la estructuración. Bs.As: Amorrortu; 1995. p. 40.
10. Derrida, J. De la Gramatología. México, D.F.: Editorial Siglo XXI. 1998
11. Latour, B. Nunca hemos sido modernos. Madrid: Debate; 1993. p. 18.
12. E. O. WILSON, ¿Qué es la sociobiología?, en Teorema, vol. XII/3, Madrid: Ed. Universidad Complutense; 1982. p. 238.
13. Bourdieu, P. Espacio social y poder simbólico. Cosas dichas: Buenos Aires: Gedisa; 1988. p. 127-142.
14. Canguilhem, G. Lo Normal y lo Patológico. México: Siglo XXI; 1978. p.88-183.

15. Almeida-Filho N. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Salud Colectiva; 2006. 2(002).
16. Morín, E. Introducción al pensamiento complejo España: Ed. Gedisa; 1998. p. 20-35.
17. Ramis Andalia Rina M. Complejidad y salud en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Dic [citado 2018 Sep 14] ; 33(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400011&lng=es.
18. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). Saúde Coletiva: Teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p.720
19. Granda Edmundo. A qué llamamos salud colectiva, hoy. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Jun [citado 2017 Mayo 18] ; 30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es.)
20. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
21. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras., Bs.As: ed. Lugar; 2009. p. 31-52.
22. Menéndez, E. Dimensiones Culturales e ideológicas en salud y racionalidad médica-sanitaria, Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología y políticas /compilado por Hugo Spinelli-1ed.Buenos Aires: Lugar; 2004.
23. Botazzo, C. Da Arte Dentária: um estudo arqueológico sobre as práticas dos dentistas. Campinas: Unicamp, Tese [Doutorado] – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1998. p. 30 -45.
24. Botazzo, C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Editora do Instituto de Saúde;1994. v.1. p 94.
25. Botazzo, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. Saúde Atual. Sao Paulo: 1992.v. 1, p.14-23.
26. Capel P. Saúde bucal coletiva: Caminhos da odontología sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública. 2006; 40(N Esp):141- p.7.
27. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
28. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciência Saúde Coletiva; 2006.11: p.7-17.

29. lyda M. Saúde bucal: uma prática social, p. 127- 139. In C Botazzo& SFT Freitas (org.). Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Edusc- Unesp; 1998.
30. Martins EM Construindo o valor saúde bucal. Sao Paulo: Revista Ação Coletiva; 1999. (2):5-9
31. de Oliveira Figueiredo G, Tavares de Sá Brito D, Botazzo C, Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva 2003;7(5):753-763. Disponible en: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=63042997009>.
32. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sao Paulo: Ciência&SaúdeColetiva; 2000. 5(2):219-230.
33. Freitas SFT. Uma história social da cárie dentária. Bauru: Edusc; 2001.
34. Foucault, M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Bs.As.: Siglo xxi; 1990.
35. Foucault, M. Historia de la sexualidad vol. I. La voluntad de saber. Madrid: siglo XXI; 1976.
36. Antunes RLC. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3a ed. São Paulo: Cortez; 1995.
37. Foucault, M. Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas. Bs.As.: Siglo xxi; 1968.
38. Adorno RCF. Sociologia: um ensaio de introdução ao seu campo e algumas de suas vertentes. In: Botazzo C, Freitas SFT, organizadores. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Unesp; Bauru: Edusc; 1998. p. 125-6.
39. Aberastury A. Aportaciones al psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós; 1984.
40. Nunes SA. Da medicina social à psicanálise. In: Birman J, coordenador. Percursos na história da psicanálise. Rio de Janeiro: Taurus; 1988. p. 61-122.
41. Kovalski D F, Torres de Freitas S F, Botazzo C, Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(7):1197-103. Disponible en: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=63011117>.
42. Herzlich, C y Pierret, J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo, Bs.As.: Cuadernos Médicos Sociales, Nº 43, Marzo 1988. p. 21-29.
43. Souza Minayo, M.C. El desafío del conocimiento. Buenos Aires: Lugar; 1995. p. 65.
44. Menéndez, E. Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, en Spinelli, H. (Comp.): Salud Colectiva.

- Cultura, Instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Bs As.: Lugar; 2004. p. 28; 11-47.
45. Souza Minayo, M.C.: La artesanía de la investigación cualitativa.- 1ª.Ed.-/: Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. p. 336.
 46. Menéndez, E. Las múltiples trayectorias de la participación social, en Menéndez, E. y Spinelli, H. (comps.): Participación social. ¿Para qué? Bs. As.: Lugar; 2006.p. 34-55.
 47. Cannellotto, A. y Luchtenberg E. (coord.) Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades. Bs.As: UNSAM EDITA; 2010. p. 67-68.
 48. Criado Olmos H. y Herreros F. El problema de la formación del capital social. Estado, asociaciones voluntarias y confianza generalizada. Zona Abierta. 2001; 94-95: 201-231.
 49. Hintze S. Capital social y estrategias de supervivencia. Reflexiones sobre el capital social de los pobres. En: Danani, C (compiladora): Políticas sociales y economía social. Debates fundamentales. Buenos Aires: Editorial UNGS Editorial Altamira. Fundación OSDE. Colección Lecturas de Economía Social N° 17; 2004.
 50. Bolívar Espinoza G. A. y Flores Vega L: Discutir el campo del capital social desde un enfoque transdisciplinario. Polis [En línea], 29 | 2011, Publicado el 06 abril 2012, (Citado el 08 noviembre 2016). Disponible en: URL : <http://polis.revues.org/1911>
 51. Bourdieu, P. El capital social. Apuntes provisionales. Madrid: Zona Abierta; 2001. 94/95: p. 83-87
 52. Perona, N; Crucella, C; Rocchi, G; Robim, S. Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>.
 53. Elizalde C. y Roffler E. Conceptualización y medición de la pobreza: análisis y desafíos para el abordaje de la pobreza persistente. En Clemente Adriana (Coord): Territorios urbanos y pobreza persistente. Edit. Buenos Aires; 2014.
 54. Beccaria, L. La medición de la pobreza: reformulación metodológica y resultados. Bs.As.: Proyecto Ministerio de Trabajo – OIT; 1994.
 55. Spicker, P. Definitions of poverty: eleven clusters of meaningll, en Gordon y Spicker, The International Glossary on Poverty. 2 Edición. London; New York: Zed Books 1999: p.151 citado por Feres, J.C. y Mancero, X. Enfoques para la

- medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Estudios estadísticos y prospectivos, Serie 4: División de Estadísticas y Proyecciones Económicas, Santiago de Chile. CEPAL-ECLAC. 2001.
56. PNUD. Informe de desarrollo humano. Madrid: Mundi prensa; 1997.
 57. Feres, J. C. Notas Sobre la Medición de la Pobreza Según el Método del Ingreso. Revista de la CEPAL, n.61, 1997. p.119-133
 58. Boltvinik, J. Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición. Caracas: PNUD; 1990. p. 30.
 59. Menéndez, E. El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. Bs.As.: Relaciones, 69; 1997.
 60. FRASER, Nancy. Heterosexismo, falta de reconocimiento y capitalismo: una respuesta a Judith Butler. New Left Review, n. 2; 2000. p. 123-134.
 61. Bourdieu, P. Espíritus de Estado, Sociedad, N° 8 Bs. As.: Facultad de Ciencias Sociales; 1996. p. 5-29.
 62. Mallimacci, F. Nuevos y viejos rostros de la marginalidad en el Gran Buenos Aires, en F. Mallimacci y A. Salvia (eds.) Los nuevos rostros de la marginalidad. La supervivencia de los desplazados. Bs.As.: Ed. Biblos; 2005. p. 27.
 63. Borsotti, C. La organización social de la reproducción de los agentes sociales. Las unidades familiares y sus estrategias. Bs.As.: Cuadernos del CENEP, N° 3; 1981.
 64. Menéndez, E. Reproducción social, mortalidad y antropología médica. Rosario: Cuadernos Medico-Sociales;1989. p. 49-50.
 65. Erguía, A. y Ortale S. Reproducción social y pobreza urbana. La Plata: Revista de Estudios Sociales. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata; 2004.
 66. Lovuolo, R. y Rodríguez Enriquez C. El concepto de pobreza y las políticas públicas, Rosario: Cuadernos Médico-Sociales, 74; 1998. p. 25-38.
 67. Evans, R., Baer M. y Marmor T. Por qué alguna gente está sana y otra no. Madrid: Díaz de Santos; 1996. p. 73-102.
 68. Guber, Roxana. El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Editorial Paidós;2004. p.119-130.
 69. Combessie, Jean –Claude. El Método en Sociología, París: Ed. La Decouverte; 1996. p. 10.
 70. Idoyaga Molina, A. La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). Scripta Ethnologica, vol. XXI; 1999.

71. Informe Científico Técnico. Centro de Vinculación del Laboratorio de Geotecnia. Estudio del área protegida Villa Carlos Paz. Ordenanza 5310. Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. UNC. Córdoba. 2011.
72. Ministerio de Salud y Ambiente. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria- CONAPRIS. Identificación de Inequidades en la Atención Materno-Infantil en el Contexto de Diferentes Espacios Sociales. Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" Estudio Colaborativo Multicéntrico. Año 2004 Director: Prof. Dr. José María Paganini Coordinación: Prof. Dra. Graciela S. Etchegoyen.
73. Torres López T.M. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. Revista Universidad de Guadalajara. Dossier Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud. 2002, número 23. Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/contenido23.html>
74. Santos, Boaventura de Souza, Un discurso sobre las ciencias. Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. México, siglo XXI- CLACSO 2009.
75. Saforcada, E. Cap. 3: Análisis de las concepciones y prácticas en salud. En: Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud." Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 63- 104.
76. Boltanski, L. Los usos sociales del cuerpo. Bs.As.: Ediciones Periferia; 1975. p.29-49.
77. Bonet, O. Saber e sentir: uma etnografia de aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
78. Bourdieu, P. Meditaciones Pascalianas. Barcelona: Ed. Anagrama; 1997. p. 136.
79. Wolf, M. Sociología de la Vida cotidiana. Madrid: Ediciones Cátedra; 1994.
80. Goffman, B.J. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 2004.
81. Bourdieu, P. Cosas Dichas. México: Ed. Gedisa; 2000.
82. Corbin, J. The body in health and illness. Qualitative Health Research, 13. 2003. p. 253 -270. Disponible: <https://doi.org/10.1177%2F1049732302239603>
83. Mendoza González, Z, ¿Enfermedad para quién?: saber popular entre los Triquis. México: Rev Nueva Antropología vol/año XVI, no. 53-52; 1997. p 117-139.
84. Palma, N. H. Antropología para médicos...y antropólogos: Consideraciones científicas y filosóficas. Salta: Crisol Ediciones; 2006 p. 147-150.

85. Campos G.E. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
86. Minayo M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec. 2004
87. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. OMS 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
88. Castrillon Aldana, A. y Pulido Correa, M.L. Biopolítica y cuerpo: medicina, literatura y ética en la modernidad. En: Revista de Educación y Pedagogía. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Educación. Vol. XV N° 37, (sept.-dic.); 2003. p. 187-197.
89. Laplantine, F. Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de las representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea. Bs.As: Ediciones del Sol; 1999. p. 324-382.
90. Idoyaga Molina, A. Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina. Bs. As: CAEA – CONICET; 2002.
91. Arteaga F, Rituales y remedios naturales: las prácticas del autotratamiento en la pampa (Argentina). Mitológicas 2010XXV9-26. Disponible en [:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14615247001](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14615247001).
92. David Le Breton. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.p. 175.
93. Bustos Domínguez Reinaldo. Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. Acta Bioeth. [Internet]. 2000 Jun [citado 2017 Sep 16]; 6(1):103-111.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>.
94. Cosminsky, S. El pluralismo médico en Mesoamérica, en Kendall, et al. La herencia de la conquista treinta años después. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
95. Martínez, G. y A.M. Planchuelo. La medicina tradicional de los criollos campesinos de Paravachasca y Calamuchita. (Córdoba, Argentina). Córdoba: Scripta Ethnologica, Vol. XXV; 2003.
96. Menéndez, E. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. España: Arxiud' Etnografía de Catalunya, vol.3; 1984. p. 83-119.

97. Menéndez, E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. México: Cuadernos Médico Sociales, vol. 59; 1992. p. 3-18.
98. Murmis, M. y Feldman, S. Formas de sociabilidad y lazos sociales. Sociedad y sociabilidad en la Argentina de los 90. . Bs.As.: Biblos /Universidad Nacional de General Sarmiento; 2002.
99. Claudia Krmpotic / Ivonne Allen Trayectoria familiar, ciclos políticos y bienestar. Bs.As.: Ed. Espacio; 2003.
100. González de la Rocha, M. La reciprocidad amenazada. Un costo más de la pobreza urbana, en Enríquez Rosas, R. (coordinadora) Hogar, pobreza y bienestar en México, ITESO, México: Colección Avances; 1999.
101. CFR. Murmis, M. y Feldman, S. Ocupaciones en sectores populares y lazos sociales. Preocupaciones teóricas y estudios de casos. Bs.As: Estudios SIEMPRO; 2000.
102. Ostrom, Elinor y AHN, T. K.. Una perspectiva del capital social desde las ciencias sociales: capital social y acción colectiva. *Rev. Mex. Sociol* [online]. 2003, vol.65, n.1 [citado 2017-09-19], pp.155-233. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032003000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0188-2503.
103. Bustos Domínguez Reinaldo. ELEMENTOS PARA UNA ANTROPOLOGÍA DEL DOLOR: EL APOORTE DE DAVID LE BRETON. *Acta bioeth.* [Internet]. 2000 Jun [citado 2017 Sep 16] ; 6(1): 103-111. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>.
104. Gutiérrez, Alicia. Pobre como Siempre. Estrategias de Reproducción Social en la Pobreza. Argentina: Ferreira Editor ; 2005. p. 58.
105. Gutiérrez, Alicia. Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. Madrid: Tierra de nadie ediciones; 2002.
106. Lewis, Oscar. Antropología de la Pobreza. Cinco Familias. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
107. Lovuolo y otros. La pobreza... de las políticas contra la pobreza. Argentina; Prometeo; 1999.
108. Martínez, Ángel. Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica. En Joan Prat y Ángel Martínez, Ensayos de Antropología Cultural. Barcelona: Editorial Ariel; 1996.

109. Svampa M. (editora). Desde abajo. La transformación de las identidades sociales. Bs.As.: Ed. Biblos; 2009.
110. Bianchetti, M.C. "Daño, ojeo y brujería en el Valle Calchaquí. Terceras Jornadas Nacionales de Folklore. Bs.As.: Prensa del Ministerio de Educación; 1994.
111. Caro Baroja, J. "Magia y Brujería. Variación sobre un mismo tema. Madrid: Alianza Editorial; 1961.
112. Botazzo, C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucite, 2013.
113. Botazzo, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciênc. Saúde Coletiva, v.11, n.1, p.7-17, jan.-mar., 2006. BOTAZZO, C. et al. Saúde bucal coletiva. (Texto elaborado como material de apoio para formação do ACD e THD, no projeto Larga escala).
114. Botazzo, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde bucal coletiva: antecedentes e estado da arte. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p.639-48.

ANEXOS

Guías Metodológicas

Guía Metodológica N° 1

Inserción Comunitaria

Se basó en el conjunto de estrategias que se pusieron en práctica para lograr el reconocimiento, aceptación y disponibilidad a la colaboración con el proyecto por parte de los referentes barriales identificados como importantes por su inserción en la comunidad.

1- Contacto con líderes o referentes barriales, que puede surgir del acercamiento a instituciones representativas de la comunidad o bien a vecinos en sitios de interacción cotidiana, llámese clubes, bares, plazas, centros comunitarios, cooperativas etc.

2- Se dio información veraz sobre los motivos del acercamiento, facilitando su aceptación y colaboración, aunque esto no significó dar información precisa sobre el contenido de la información relevada y menos aun, enunciar interpretaciones apresuradas sobre la misma.

3- Ubicar a tales líderes en el rol de orientadores para posteriores acercamientos, indicando: a) Qué otros informantes se debería entrevistar. b) Como contactar con ellos, dado que el contacto se facilita cuando el referente presentan al visitante y le otorga confianza para que el vecino le ofrezca la información necesaria (técnica de bola de nieve); c) Recomendaciones del referente sobre cómo, cuándo, dónde y a quién/es preguntar.

Para esto se valió de dos fuentes principales con la cual recolectar información

Observación:

a- Observación no Estructurada: durante la entrada al campo, poco sistematizada, solo orientada por la inquietud o preocupación general que motiva la investigación, estímulos señales ambientales más destacados.

b- Observación Estructurada: a partir de una guía de observación para poder describir algunos aspectos con mayor precisión, por ejemplo estado de las calles, los lugares de atención no formales, etc.

c- Observación Participante: realizada al dar a conocer los motivos e interacción con los vecinos desde un rol asignado por estos.

Para el registro se dispuso de instrumentos pragmáticos para volcar rápidamente impresiones, observaciones, pensamientos, ideas, etc. Los elementos fueron, libreta de campo, grabadores de sonido y video.

2) Entrevistas comunitarias

Se realizó un proceso de selección de informantes significativos para los objetivos del proyecto de investigación.

A los cuales se clasificó como:

a) Claves: de acuerdo a la posición que ocupan en el campo social, por ej. referentes barriales, presidente de centro vecinal, preventistas comerciales, vendedores ambulantes.

b) Calificados: de acuerdo al grado de información y/o conocimiento que manejan en temas que fueron de particular interés para el propósito de la investigación, por ej., en salud, curadores formales, no formales.

c) Ocasionales: los que surgieron en la interacción que se desarrolle en cualquier situación relacionada a un ámbito comunitario.

Se tuvo en cuenta para la realización de las entrevistas, distintas cuestiones de índole metodológica, como la programación de las mismas, el ámbito en el que se realizara, el proceso de la misma, y el retiro del campo en su momento.

Guía Metodológica Nº 2

Examen de la Comunidad

Definido metodológicamente como una primera identificación de las necesidades socio sanitario que presenta una comunidad, detectando sus características básicas y los recursos existentes. Estas se ajustaron según al área seleccionada, la información disponible o las prioridades en el transcurso de la investigación.

Se describieron los contextos según las siguientes características:

a- Localización territorial.

- b- Disponibilidad de servicios
- c- Transporte
- d- Medios de comunicación
- e- Vivienda
- f- Nivel social (variables discriminantes como el nivel educativo y los problemas de salud)
- g- Ocupación
- h- Procesos Migratorios
- i- Datos demográficos y epidemiológicos
- j- Organización comunitaria
- k- Recursos de la comunidad - Del sector Salud: Formales y No Formales

Guía Metodológica Nº 3

Sondeo a Informantes Locales

El objetivo de entrevistar a informantes locales sirvió a los siguientes objetivos:

- a) Identificar características socio-ambientales relevantes de los contextos en donde habitan
- b) Reconocer los aspectos más destacados de las familias que viven en dichos contextos

Se tuvieron en cuenta algunas de las características mencionadas en el examen preliminar de la comunidad (guía nº 2)

Preguntas:

- 1- ¿Cómo es el barrio? (en referencia a las características de la comunidad)
- 2- ¿Cómo se organiza y participa la gente en la vida comunitaria? (en relación a la organización de la comunidad) teniendo en cuenta asociaciones, tipos de liderazgo, grupos de representación política.

3- ¿Con que recursos cuenta la comunidad para proteger, atender o cuidar la salud bucal de la gente que vive en el barrio? - Teniendo en cuenta los recursos formales, como centros de salud, dispensarios, clínicas, hospitales.

Y los informales, como curanderos, grupos de autoayuda, sanadores.

4- ¿Con qué otros recursos cuenta la comunidad?

Desde lo formal, asistencia social, educación, empleo.

Desde lo informal, recreación, sociedades de fomento, vecinales.

5- ¿Cómo son las familias que viven en el barrio? Teniendo en cuenta tamaño de las familias, agrupamiento de hogares, nivel de educación formal

6- ¿De qué vive la gente del barrio? (pregunta para obtener información sobre las condiciones de subsistencia de las familias que viven en la comunidad.

¿Quiénes trabajan o aportan ingresos?

¿Dónde y cuándo trabajan?

¿De qué trabajan?

7- ¿Cómo se cuida, atiende o promueve la salud general y bucal en las familias del barrio, comunidad o localidad?...relativo al contexto para obtener información sobre el cuidado de que las familias realizan en relación con su salud.

-Utilización de los servicios formales e informales de salud.

-Hábitos de alimentación.

-Cuidados de higiene doméstica y prevención de accidentes.

-Uso del tiempo libre.

Guía Metodológica Nº 4

Entrevista a Unidades Domésticas

Metodológicamente se trata de una técnica que permite identificar cómo los agentes estudiados significan, valoran, orientan y deciden las conductas que adoptan en respuesta a situaciones de la vida cotidiana. Como técnica cualitativa que busca

indagar en torno a la experiencia subjetiva, la entrevista en profundidad se apoyó en tres criterios juzgados como complementarios: la focalización, la flexibilidad y la tolerancia.

Teniendo en cuenta principios técnicos básicos explicitados de la siguiente manera:

- Contenidos
- El modo de indagación
- Las circunstancias de realización
- Disposición interesada
- Objetivos claros
- Empatía y escucha
- Confiabilidad del registro

Guía de pautas para las entrevistas a las unidades domésticas

Aclaración: fue un listado de temas básicos, que de ningún modo debe entenderse como limitante de otros posibles asuntos que, surgidos en el transcurso de la entrevista, se juzguen relevantes para complementar el enfoque buscado.

El orden en el que están presentados no es indicativo del que se siga durante la entrevista sino que deben ser revisados de acuerdo al tiempo que marca el relato del entrevistado.

Esta guía de pautas designa sólo un recorte temático, al cual se traducirá luego en preguntas que faciliten la comprensión y estimulen la respuesta del entrevistado, de acuerdo al contexto en que se dé la misma.

Objetivos específicos del proyecto de investigación

- 1- Analizar las representaciones sociales vinculadas al proceso salud-enfermedad-atención.
- 2- Relevar las estrategias de reproducción de las prácticas sociales de la población del departamento de Punilla para la autoatención de la salud en el componente bucal.

3- Identificar las redes de intercambio social en lo referente a cuidados para la salud bucal en relación a los lugares de atención en ámbitos públicos.

Pautas para las entrevistas relacionadas a los objetivos específicos

- Creencias generales sobre la salud en general.
- Creencias generales sobre la salud del componente bucal (cuidados, estética, etc.).
- Descripción e interpretación de los problemas de salud bucal percibidos por las familias como más habituales, a partir de los conocimientos, valores y creencias del entrevistado. (representaciones sociales construidas a partir de itinerarios terapéuticos de enfermedades y padecimientos en el componente bucal).
- Prácticas de resolución o atención de los padecimientos de salud bucal percibidos (en el sistema biomédico, médico tradicional, sistema de autoatención y el sistema médico religioso).
- Comportamientos habituales de autoatención, utilización de remedios caseros, terapias alternativas, prácticas de respuesta ante situaciones de riesgo
- Búsqueda de solución externa (curadores formales o informales) a los problemas de salud bucal percibidos.
- Valoración de los aspectos organizativos del proceso de atención y del personal o equipo de atención formales o informales.
- Factores que facilitan o entorpecen la relación con el sistema de salud en cuanto a la atención de la dolencia en el ámbito de las instituciones públicas.
- Valoración de la relación interpersonal con el médico y/o con otro curador involucrado.
- Factores que facilitan o entorpecen esta relación con el curador formal o informal.
- Reproducción social de las prácticas en unidades domésticas vecinas, valoración y procedimientos técnicos de las mismas.

Reciprocidad positiva de las unidades domésticas en relación al intercambio de bienes materiales, simbólicos o culturales en relación a la autoatención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido seleccionado de manera aleatoria de una muestra de personas de la localidad de Villa Carlos Paz, Córdoba, con el objeto de ser participe en una investigación sobre los conocimientos y cuidados de la salud bucal que tienen las personas, llevada a cabo por el Odontólogo Ariel Alfredo Herrera, de la Universidad Nacional de Córdoba, en el marco de la Carrera de Doctorado en Odontología, con el proyecto de tesis denominado: Representaciones y prácticas sociales para el cuidado de la salud bucal en familias con escasos recursos de la localidad de Villa Carlos Paz, departamento de Punilla –Provincia de Córdoba.

El propósito del proyecto es investigar las formas de conocimiento e información que tienen con respecto a la salud, enfermedad y atención en general y focalizadas en el componente bucal. Que actividades realizan y de qué manera se relacionan con familiares, vecinos o amigos para resolver un problema de salud, ya sea en lugares de atención de salud pública o no.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara responder en situación de entrevista, preguntas relacionadas a la salud integral, sus padecimientos y formas de tratamiento, en distintos encuentros que se acuerde con anticipación, reuniones de no más de 45 minutos. Estas reuniones podrán ser de forma individual o con presencia de sus conocidos o familiares, de acuerdo al interés de participación que deseen. No recibirás retribuciones monetarias o de otro tipo por tu participación.

Riesgos y Beneficios:

Esta investigación no presenta riesgos, incomodidades o costos asociados a tu persona. A la culminación de la investigación se le acercara una copia del trabajo de investigación.

Confidencialidad:

Su identidad será protegida ya que las actividades realizadas en el proceso de la investigación son de carácter anónimo, y la información que suministre solo será empleada para crear una base de datos, a fin de establecer conclusiones generales y no individuales. Solamente el tesista Od. Ariel Herrera y el director de tesis Dr. Omar Jerez, tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

Derechos de los participantes:

La participación es voluntaria. Si no desea responder alguna pregunta, o en su relación a una temática en particular, simplemente lo expresa con la negativa. Si en algún momento de la entrevista se siente incómodo, puede dar por concluida la misma, sin que esto interfiera en ningún momento la situación de investigación.

Nombre y Apellido:

Firma:

DNI:

Dirección:

Reflexiones Finales:

En el campo de la odontología, el cual se enfocó el presente trabajo, se enfatizó lo relacional en el trabajo cualitativo, deveniente de diversas líneas de saberes como la sociología, la antropología, la filosofía y la psicología, enmarcadas en la línea de la Salud Colectiva.

Lo cual permitió pensar aspectos como las representaciones y prácticas sociales de unidades domésticas de escasos recursos, en cuanto al proceso salud/enfermedad/atención.

El camino fue largo para llegar a esta instancia, varios quiebres paradigmáticos ocurrieron en mí ser, uno de ellos y no recuerdo bien porque, fue la elección de estudiar la licenciatura en psicología, en mi último año de mi carrera para recibirme de odontólogo.

Esa decisión fue acompañada con la agregatura como ayudante alumno al espacio curricular de Psicología Evolutiva, en donde uno de los primeros pasos de apertura de marote, fue el contacto con la profesora titular de ese momento, la lic. Irma Moncunill de Chaer. Recuerdo que por varias experiencias de cursado, discursos alienantes paternos y de cercanos, con respecto a la odontología, venía intuyendo algunas incongruencias respecto a lo que pensaba idílicamente como futuro profesional.

Veía un futuro elitista, en consultorio, con todo eso, que está enmarcado en la currícula paralela, tácita, de la carrera, aquella que implícitamente te va mostrando cómo se reproduce socialmente el odontólogo estereotipado, sacando muelas y vendiendo prótesis, marcando distancia social con los demás que no pertenecerían a "mi grupo social".

Mas, aun intuía algo más, esa diferencia o distancia social, esa otredad que aún no sabía que se llamaba así, a ese otro que no es como "yo". A lo que se llama alienación, era a lo que uno aspiraba, ya que en otros profesionales, aquellos estereotipados por la comunidad odontológica se observaba como la meta a llegar.

Ya en los discursos de pre-grado se encontraba la impronta que no se lee en la currícula académica, esa de "hay que mantener el estatus", 5º año, una profesora de ortodoncia me respondió eso, al preguntarle por que las ortodoncias eran tan caras. Bien podría haberme respondido desde el "deber ser", un por ejemplo, "porque es la relación del tiempo y conocimiento invertido para realizar un trabajo"... pero no, fue lo más sincero y creo que como docente fue excelente, ya que no se guardó ningún conocimiento de tipo informal y nos iba preparando para el afuera. Para que la enajenación, no se sienta tanto. Y a su vez, para mantener el mismo, a partir de la vigilancia de algún insurrecto.

El modelo odontológico hegemónico está tan bien pulido y construido sobre sus instituciones de disciplinamiento, que la violencia simbólica ejercida sobre los estudiantes y profesionales, funciona reproduciendo e instaurando en gran parte de la esfera cotidiana, la ideología mercantilista de la salud bucal.

A nivel social, el panóptico de control funciona, para que ese estereotipo de odontólogo se legitime y se siga invirtiendo en la institución formadora. Mis padres y familiares cuando les comenté en su momento, de mi inscripción a la carrera de psicología, sacaron a relucir dispositivos de control, con comentarios como , “ estas evadiendo el reciberte, estudiando otra cosa”, “ vas a quedar loquito, así como el psicólogo ese que anda caminando solo como hippie”, “dejá de estudiar boludeces, recíbete y empezá a hacer plata”.

Sospechaba que algo andaba mal, el modelo te interioriza culpa, te imprime el sello de que si haces lo contrario o pensás desde la vereda de enfrente, quedarás estigmatizado y puesto en la nave de los locos para lanzarte al mar profundo. Como en la clásica pintura de El Bosco.

Me arriesgue, seguí estudiando psicología, me recibí de odontólogo, y mi titular de Psicología Evolutiva en Odontología, me incluyo al primer equipo de investigación. Cosa misteriosa e increíble, el estar en un “equipo de investigación”, en su momento para mí era el monte Academo con Sócrates, Platón, Aristóteles y Diógenes, aunque el lugar sea en un recóndito lugar, como el fin del mundo por no decir el culo de este.

En ese caldero estaban la Lic. Elena Hilas, la Dra. Lila Cornejo, y la Lic. Andrawos. Me presentaron, y recuerdo que estaban leyendo, en mucho silencio, cada una leía y marcaban el apunte o libro. Primer aprendizaje significativo, Elena me dio un libro y un lápiz y me dijo “marca lo más importante”... pensaba, ¿que será importante para ellos y hasta donde llegare a marcar lo que para mí es importante, para que sea importante para todos?, como en antropología se dice, en un lugar extraño, haz lo que los nativos hacen, es decir, copia las prácticas.

Y así fue que estaba en un equipo de investigación oficial, para aquella época se estaba trabajando en Cruz del Eje, con los docentes de escuelas rurales y de la ciudad. Al año, de egresado, tras una beca de extensión Universitaria, empecé a realizar trabajo de campo, literalmente hablando, mucha tierra y otro contexto, investigando en ese marco del equipo, la accesibilidad geográfica de las personas a los servicios odontológicos. Fue mi otra experiencia que me marco ese año, la primera fue que perdí el pan debajo del brazo, triste momento.

Mi primer apunte de teoría social y salud, fue del autor Floreal Ferrara, empecé a ver que había otra mirada con respecto a la salud, obvio, de contenido cuasi marxista,

para mí era genial lo que leía, creo que raye todo el apunte, porque para mí, todo era importante. Otro detalle que agitaba mis sospechas.

Y se fueron sumando autores, Klimovski, Caparros, Tenti Fanfani, Esther Díaz y demás, que no es que en la carrera cuando cursaba, no haya leído en algún apunte de preventiva o psicología, contenidos humanísticos, solo que ahora era diferente que en aquel “momento aburrido y sin sentido”.

¿Por qué diferente? ¿Qué me llevo a que me empiece a interesar todo el discurso humanístico?

Mi respuesta ahora es la salida a otros contextos, muy antagónicos, el contacto con el Otro, ese Otro que en la formación solo era parte de él, o sea la boca, y además ese Otro, me decía cosas que en ningún apunte o libro durante mi cursada decía, a ningún profesor que tuve escuche esos sinsentidos, salvo que sea para deslegitimar o descalificar con el mote paternalista de “el otro, ellos no saben”.

La beca de Extensión implicaba un trabajo de investigación en terreno. Viajar a Cruz del Eje, en equipo, en pandilla, solo, el interaccionar con personas que no conocía pero que con las preguntas que le hacía era como que ya sabían de que me iban a hablar. Sin haber leído a Bourdieu o Gutiérrez, la lógica de las prácticas y los diferentes capitales que se juegan en ese campo, intuía que no me tomaban como el odontólogo estereotipado, sino como a un Otro, más cercano a ellos.

Será porque el contexto de entrevista y presentación era un poco informal, es decir, en una pequeña sala de enfermería, sentado en la sala de espera, en la vereda de una plaza. Será porque no llevaba chaquetilla o delantal, y no calzaba el porte de un profesional que camina por los pasillos de un hospital, omnipotente y arrogante. Será porque escucharon mi tono de voz que no era de la zona, por cierto, soy nativo de la provincia de Jujuy y mi tez no llega a la Lagrima, más si al café con leche matutino.

Empecé a comprender lo relacional del proceso S-E-A, sin leer a Menéndez, pero intuía. Escuchar la voz del actor, como dicen los textos, es tratar de ver con los lentes del otro, algo sucios, pero se puede ver algo, de sus prácticas y representaciones sociales de reproducción. Con su sintonía sociocultural en línea al discurso lego y a mi comprensión sorprendida, pero no shockeada por lo que oía.

Oír esos aspectos relacionados con la pobreza, la falta de recursos, accesos, paternalismo, estigmatización. Todo eso y más, empezaba a cuadrar en mi sospecha inicial de ese idilio que constituye el MOH, dueño de un saber y reproducido para su status quo.

Recuerdo bien que mi informe para presentar final, era un vómito de críticas, un abreaccionar liberador y subversivo. Vuelta a lo mismo, la Biopolítica y el panóptico Foucaultiano hizo que cambiara el discurso por otro más acorde al académico

Odontológico, formal y aceptable. No recuerdo donde esta ese borrador Sartreano, que escribí desde la vereda de enfrente.

Solo sé que ese camino trazado por mi sospecha, empezaba a tener sentido.

El sentido se empezó a formar con la Maestría en Antropología que curse, con otras voces como docentes, que nadaban en trabajos de campo, con bibliografía que sintonizaban, con más claridad, ideas que estando en un consultorio a la espera de pacientes, seguro no decantarían por si solas.

Y ese hablar difícil, como a veces me decían que hablaba, empezó a tomar forma de manera transdisciplinar. De salud se puede hablar desde cualquier profesión, no es necesario ser objeto directo para hablar de ello, sino sería un conocimiento estanco. O es como se pretende que siga siendo.

Rescato como reforzador sin cohesiones, el grupo humano con el que me relacioné, aquel con el que hasta el día de hoy, sigo relacionado, modificándome y haciendo cuerpo aquello que no se debe ver ni oír.

Objetivar al sujeto objetivante, tal como decía Bourdieu, es hacer una reflexión de nuestra propia lógica de las prácticas. Esto deviene a que, tuve que pensar, antes de emprender este proceso de doctorado, que tenía que ser consciente que en el campo estaría siendo también evaluado y clasificado. Ya que todos tenemos un sistema de esquemas, de percepción, apreciación y acción que hace a nuestra disposición conductual.

Que esta parte de lo real que aprehendí, estaría sujeto también a mi subjetiva fundamentación, pero es un acercamiento que por lo menos se logró hacer. Ingresar al campo de investigación y caminar por esos senderos diferentes y desconocidos, fue una experiencia deconstructiva.

Un mirar con atención flotante, un participar a veces sin las expectativas de recolección de información, solo compartir y estar.

Acompañar a un carbonero en su recorrido, para que me presente clientes de confianza, y esto a su vez a unidades domésticas que tienen de clientes, resultado gratificante, ya que muchos de ellos compartieron sus voces ocultas, reprimidas o denunciantes.

Hacer la cola para la espera de un número en el hospital público Sayago, charlar y escuchar las previas del acontecimiento de entrega de turnos, ver las peleas o discusiones con infiltrados que cobran por sacar turnos.

Las miradas angustiadas de madres, por la salud de sus hijos en la guardia. El estar en las salas de espera y ver el juego estructurado del “deber ser”, es decir la relación hegemonía – subalternidad, entre el odontólogo y el paciente. El compartir un evento

deportivo, picada y cerveza, el incluirme en su grupo, todo este proceso, llevo su tiempo.

Este capital social basado en la reciprocidad, fue necesario para tener la confianza necesaria como para acceder a su universo de sentido, al del proceso s-e-a precisamente, que era mi objetivo para este trabajo.

Construcción y deconstrucción sucesivamente, ampliar las miradas, estudiar, modificar y ser modificado, fueron los elementos necesarios para llegar a los datos, con los que fui armando esta tesis y que seguro quedara mucha tinta en el tintero, pero pienso que la aproximación se logró.

Y espero que sirva para otros, Otros, nosotros.

“Porque el primer mal intelectual no es la ignorancia, sino el desprecio”.

Jacques Rancière