

Vivo aquí ¿qué quieren que haga? Dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural

Horacio Pereyra¹

Resumen

El trabajo indaga la relación que se establece entre mujeres de un barrio en los márgenes de la ciudad Capital de la provincia de Santiago del Estero –Argentina- y los servicios de salud de una Unidad Primaria de Atención ubicada en el sector. Entendida la Salud/Enfermedad/Atención como proceso, destacamos cómo en el trabajo de campo etnográfico, la reflexividad es necesaria para interpretar las condiciones socio-sanitarias desde una perspectiva contextualmente situada, en tanto la escritura etnográfica permite ingresar a la categoría de “interfase” como una dimensión vivida. Analizamos las estrategias de sobrevivencia sanitaria en el plano diario y para conseguir ser atendidas, los momentos en el consultorio y el prohibicionismo médico a las prácticas culturales en salud de las mujeres-madres.

Palabras claves: Interfase urbano-rural; estrategias de sobrevivencia sanitaria; etnografía; prohibicionismo médico; mujeres.

Moro aqui ¿que querem que eu faça? Dinâmicas sócio- sanitário com mulheres mães na interface urbano-rural

Resumo

Este trabalho investiga a relação estabelecida por mulheres residentes de um bairro da periferia da capital da Província de Santiago del Estero (Argentina) com os serviços de saúde de uma Unidade de Atenção Primária localizada no setor. Compreendido o ciclo Saúde / Doença / Cuidados como um processo, destacamos como a reflexão científica se faz necessária para interpretar as condições socio-sanitárias a partir de uma perspectiva contextual no trabalho etnográfico, à medida que a descrição etnográfica permite empregar a categoria da “interface” como uma dimensão vivida. Analisamos as estratégias de sobrevivência em saúde, no cotidiano e para a obtenção de assistência, os momentos no consultório e o proibicionismo médico às práticas culturais em saúde das mulheres mães.

Palavras-chave: interface urbano-rural; estratégias de sobrevivência em saúde; etnografia; proibicionismo médico; mulheres.

I live here, what can I do about it? Socio-sanitary dynamics involving women/ mothers in the urban-rural interface

Abstract

In this paper I explore the relationship between women living in a neighborhood at the outskirts of the capital city of the province of Santiago del Estero (Argentina) and health-care services at a primary health-care center located in their area. Framing health-illness-care as a process, I show how my ethnographic fieldwork required a reflexive stance in order to understand socio-sanitary conditions from a situated perspective, while ethnographic writing provided a means to introduce the category of the urban-rural “interface” as a lived dimension. I study the survival strategies displayed by the women on a daily basis to secure access to health-care, interaction in doctors’ offices, and medical prohibition of cultural health practices by women-mothers.

Keywords: urban-rural interface; sanitary survival strategies; ethnography; medical prohibition; women.

¹ Instituto de Estudios para el Desarrollo Social de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Introducción

La expansión industrial produjo movilización de mano obra hacia los centros urbanos, mientras el espacio comenzaba a tornarse malsano. En el siglo XVIII, ciudades como Londres, Manchester, Liverpool, París fueron escenarios centrales de este proceso en donde para obtener el excedente económico se concentró masa obrera en condiciones insalubres, lo cual dio origen a programas gubernamentales de acción sanitaria centrados en saneamiento ambiental e higienismo urbano (ROVERE y SACHETTI, 2013). Edwin Chadwick, considerado el fundador de la salud pública, proclamó que esta debía empalmar intereses de los habitantes de las ciudades, haciendo énfasis en los parámetros sanitarios como condiciones de progreso (PORTER, 1999). Es en este momento cuando las ciudades instalan la premisa de salud como sinónimo de orden más que para curarla (PECHMAN, 2002).

El higienismo y la salud pública son abrazadas en América Latina por sanitaristas preocupados por las fuertes malarias y fiebre amarillas que se dieron en las ciudades. Por ejemplo, en la primera década del siglo XVIII, Río de Janeiro fue castigada por la fiebre amarilla, la peste bubónica y viruela, para lo cual las campañas tuvieron al frente a Oswaldo Cruz; en el siglo XIX, durante la presidencia de Sarmiento en Argentina, la fiebre amarilla azotó la ciudad de Buenos Aires: en ambas, se originaron transformaciones higienistas en el espacio urbano con la idea de modernizar la ciudad (ARMUS, 2000a y 2002b; ABEL, 1986).

Lo sucedido en Buenos Aires invitó a pensar que las ciudades argentinas eran semejantes a las europeas. Sin embargo, el higienismo y la salud pública como agencias del Estado-Nación,

encontraron problemas en el norte argentino para la pretendida homogeneización del territorio nacional. Para lo cual,

Los recursos tanto clínicos y de saneamiento como pedagógicos condujeron a la familiarización con las normas higiénicas de los sectores populares –en su gran mayoría de origen rural–, el avance paulatino de la medicina formal sobre la marginal y a la puesta en valor sanitario de una población que, hasta entonces, permanecía ajena a las preocupaciones de las autoridades sanitarias (ÁLVAREZ, 2010, p. 69).

Nuestro foco estará puesto en esta región del norte argentino, más específicamente en la ciudad Capital de la provincia de Santiago del Estero². La “Madre de ciudades”, como se la conoce en Argentina, no está integrada del todo a los circuitos de la economía global, su actividad productiva se divide en tres, comercio 69%, servicios 27% e industria 4% (COLUCCI, 2012).

Nos enfocamos en un barrio en los bordes de la zona sur de la ciudad, para concentrarnos en las actividades desarrolladas por la Unidad Primaria de Atención (en adelante UPA)³ en el sector, las cuales se dan en el marco de la Atención Primaria de la Salud. La contextualización donde se inscribe esta UPA, es una instancia oportuna para entender la salud en tanto dispositivo de intervención como estrategia y recurso “con la que las formas de pertenencia legítimas devienen en saludables, en contraposición de otras catalogadas de dudosa legitimidad y, por ende, no saludable” (CRAWFORD, 1994, citado en LORENZETTI, 2012, p.1).

Hacer etnografía en el barrio es particular: vivo hace 25 años en el sector. Conocer el territorio,

2 Según el censo Nacional Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, la provincia posee 874. 006 habitantes de los cuales, 273.577 son rurales. Esto la ubica en una de las principales provincias de Argentina con más población rural, pero con fuerte migración hacia la ciudad.

3 Ubicada en los costados del arco madre de ciudades, es un espacio de 150 metros cuadrados aproximadamente. Se divide en guardia-enfermería, consultorio clínico, consultorio odontológico, dirección, oficina de turno, baño. La base de trabajadores/as es constituida por 26 personas: dos médicas y un médico; una odontóloga; cuatro enfermeras; dos Educadores Para la Salud; siete agentes sanitarios; cuatro administrativos; dos personal de limpieza; dos obstétricas y un cardiólogo.

a las mujeres –saber dónde, cómo viven, etc.- me brinda la posibilidad de indagar las estrategias de sobrevivencia sanitaria en su dimensión vivida; pesquisar la capacidad de las mujeres, no solo en el plano de la atención sanitaria, sino en el mundo social. En tanto la escritura, permitió introducir aspectos políticos y sociales de estas prácticas en Salud/Enfermedad/Atención (desde aquí, S/E/A) como proceso vivo.

Un acercamiento a la “ciudad pura” de Santiago del Estero

Argentina posee una migración rural hacia las ciudades que proviene de tiempos coloniales. La formación de la “Madre de Ciudades” en la provincia de Santiago del Estero, nació con una introducción gradual de parámetros higiénicos y salubristas a quienes llegaban del interior consideradas como atrasadas, bárbaras, insalubres y con bajas esperanzas de vida. Sin embargo, en el devenir histórico de la “Madre de ciudades”, las dinámicas socio-sanitarias son campos de batalla entre las prácticas tradicionales y la pretendida homogeneización de la salud pública.

El barrio Almirante Brown es un bastión de esas pujas, puesto que es el más antiguo de la capital. Ubicado en la zona sur de la ciudad, se encuentra atravesado por el desagüe pluvial sur, a los márgenes de este algunas personas se fueron ubicando para vivir en casillas de chapa, plástico o cartón, que cuando llueve demasiado, el desagüe se llena y estas casas se inundan. Los niños y las niñas acuden a diferentes comedores que existen en el barrio: en escuelas primarias, en casas de familias, también las iglesias evangélicas brindan alimentos como *enganche*. El barrio no solo significa proximidad espacial donde las personas se conocen, sino también proximidad de carencias.

Fue formado en el año 1960 bajo el nombre de Tala Pozo destinado a la localización de migrantes rurales provenientes del interior de la provincia, la idea de ubicarlos en el sector ha sido sostener sus pautas culturales, e ir paulatinamente incorporando los modos de la vida urbana (LEGNAME, 1983). De acuerdo a las zonas concéntricas (BURGESS, 1925), ubicamos al sector en el tercer anillo con características de un espacio en transición de la vida rural a la vida urbana, de enclaves étnicos, y con fuerte presencia de masa obrera⁴. La gente del barrio cortaba leña para hacer fuego con el fin de cocinar o para prender el horno de barro, del fruto del mistol hacían bolanchaw⁵, de la algarroba patay⁶, aloja⁷, o recolectaban plantas con propiedades medicinales para vender en el mercado de la ciudad. Poseían animales como gallinas y cabritos, además de siembra. Estas estrategias se vieron modificadas en el año 2012 con la edificación de 100 casas distribuidas en diferentes lugares del barrio otorgadas por el gobierno provincial y por el asfalto en 25 calles; en el año 2015 se construyó un complejo de instituciones educativas en la zona (jardín de infantes, escuelas primaria, secundaria y de capacitación para adultos). Para ser construida las casas y los edificios educativos, los diferentes montes, de donde la gente se proveía, ya no existen.

GRAVANO, (1997), considera a estos sectores “como espacio de reproducción social y material, es particular por la tranquilidad, el carácter propio de gente de trabajadora, solidaridad vecinal, confianza y el conocimiento mutuo, la pobreza como rasgo reivindicativo de tipo estructural, manifestándose como espacio vulnerable que afecta al bienestar social” (1997, p. 8). Situamos a la zona como reproducción necesaria de las clases trabajadoras, resultado

4 Siguiendo a Burgess, a partir de un punto central una ciudad está organizada en 5 anillos: 1^{er}. Concentra área comercial, de negocios, y política; 2^{do}. Adyacente al distrito central, puede ser absorbida dentro de él. Alberga inmigrantes extranjeros, gente proveniente de áreas rurales; 3^{er}. Similares características a nuestro campo de estudio; 4^{to}. Zona residencial, habitada por la clase media y alta. Alejada no solo del núcleo central, sino también de la clase obrera, y 5^{to}. Alrededor de la ciudad, viven personas que viajan diariamente al primer anillo.

5 Bola de pasta de mistol molida recubierta de harina de maíz tostado.

6 Es una torta de harina de algarroba.

7 Es una bebida, cuya preparación consiste en dejar fermentar las vainas de algarroba en agua.

de la división del trabajo y la distribución de la urbanización, en la cual los barrios de bajos ingresos se sitúan desde el centro a la periferia.

Es feo esperar, pero no tienes alternativa más que eso para que te atiendan. Homo esperandi en la UPA

Un día de febrero del año 2014, llegué a las 6:00 A.M a la UPA, había cuatro mujeres sentadas en el cordón cuneta de la calle del frente, la fila era según el orden en el cordón, pregunté quién era la última, así quedé quinto. Paulatinamente mujeres llegaban de diferentes puntos cardinales, todas a pie, se saludaban, parecían tener una trayectoria como usuarias de la UPA. Dos mujeres cerca de mí conversaban sobre enfermedades que les pasaron y suceden a sus familiares, reflejando la carga que significa para ellas que alguien de la prole se enferme. También es el momento de pedir referencias, “¿cómo atienden aquí?, ¿qué médico es el mejor?”. Como una de ellas preguntaba.

A eso de las 6:30 una mujer llega y pregunta, “¿Quién es la última para la doctora Murad? ¡Porque ella solo atiende 5 turnos!”. A eso de las 6:50, comenzamos a ponernos de pie, y a realizar fila según el orden de llegada a la par de la puerta, porque sostenían que a las 7, comenzaban a dar turno.

Llegó una mujer con pantalón celeste y bata blanca⁸. Saludó y dijo, “vamos chicas, fila, fila” y comenzó a dialogar con las mujeres y tres varones (incluyéndome). Nos reunimos varones junto a las mujeres, y ahí dijo, “hoy vienen todos. ¡Mañana es el último día de la doctora Murad!”. Luego pasamos a la sala de espera, a esa hora éramos 13 mujeres y 3 muchachos. Era el tercero, saqué turno para la médica Murad. Me dijo la mujer que brinda turnos, “ella atiende por la tarde, a las 4:30, pero vos tienes que venir a las 4, así te tomamos la presión y hacemos una historia clínica, es tu primera vez ¿qué no?”, respondí que

sí. Las mujeres que solicitan turno conversan con quien los brinda, “cómo andas vos”, “¿tienes remedio?”, “tengo, tengo [medicamentos]”. Llamó la atención una adolescente que sacó turnos para su madre y dos hermanas, como escuché. Esos actos a nivel micro por ejemplo, me muestra la solidaridad de las mujeres, una de ellas hace la fila para el turno y luego las beneficiadas comienzan a llegar, y a nivel macro me daba la pauta que, la “ventanilla es como un lugar urbano a través y al interior del cual se producen y se articulan procesos culturales y sociales” (SIGNORELLI, 1996, p. 31).

A las 16 hs., con 45 grados centígrados y un ventilador éramos varias personas en la sala de espera. La salud pública modela una cierta necesidad de espera, cargada de suspenso y por la incertidumbre de saber si nos atenderán como murmuró una señora, “ojala venga, encima que hace calor, ¿sería al pedo, no?”.

(...) por eso digo, la espera es tediosa, te molesta, pero no sé, *no tienes alternativa más que eso para que te atienda*, io sé que *es feo esperar*, porque esperas, tienes que esperar que te den turno, después que te tomen la presión, y seguir esperando, porque el médico no llega al horario que te tiene que llegar, y siempre hay un conocido de la enfermera que lo atiende, *pero yo estoy conforme* (Isabel 33 años)⁹.

La sala de guardia, me revelaba que a los servicios de la UPA acceden personas ciudadanas con derechos convertidas en gentes ejercitando la paciencia frente al Estado (CANEVARI, TAMER y PEREYRA, 2018; AUYERO 2012). La espera es vista como legítima, y no como violencia.

La batalla en la UPA

–“Io i sio toda la vida con la salita, io li batallao al médico. Io i tenio que batallá, [así como] como hay gente buena, hay gente que te atiende pa la mierda”–, decía Berta, enfurecida

8 Para profundizar en cómo los contenidos de la indumentaria de los equipos de salud producen diferenciación social, ver Fernández Juan et al (2007); Herrero Tosal, Beatriz; Brigidi Serena, y Hurtado Inma (2013).

9 A fin de dar cuenta del habla de mis interlocutoras, edité muy levemente sus palabras.

por la atención en la UPA. Ella, es una más de las mujeres del barrio, de 45 años, con siete hijos, cinco vivos –dos hijas y un hijo viven con ella- y dos *muertitos* como suele decir. Vive cerca del desagüe pluvial; su marido es albañil, todo el día está afuera trabajando.

En una conversación con ella, entendí que estar *dispuesta a batallar* no solo otorga valor sanitario de ser atendida ella o alguien de su familia en la UPA, también implica un esfuerzo incorporado: preparar unas horas antes la vianda para que su marido lleve a la obra, levantarse a las 5:00 A.M para preparar el desayuno de su marido, y luego ir a la UPA a sacar turno (sin saber si la atenderán por la mañana o por la tarde), y después conseguido el turno, regresar a la casa para levantar a sus hijos/as para ir a la escuela, armar el desayuno para ellos/as, preparar la ropa y vestirlos/as y luego regresar a la UPA.

Ser mujer y vivir en la periferia de una ciudad urbana implica crear múltiples estrategias de sobrevivencia, donde la pobreza acarrea vulnerabilidad de las unidades domésticas, las cuales tienen más de un/a hijo/a. Esto para las mujeres representa una enorme carga: son madres, esposas, trabajadoras, administradoras materiales y emocionales del hogar. Además, cuando alguien se enferma la movilización hasta los servicios de salud es un calvario, deben andar de aquí para allá llevando al/la enfermo/a en brazos y al resto de niños/as aferrados/as a ella, sumando que cuando llegan son negadas, ignoradas y marginadas por su situación de clase (cf. LLOVET, 1989; PRECE, DI LLISCIA Y PIÑERO, 1996).

Berta posee una amplia trayectoria en la UPA. Cuando va al centro de salud recuerda que, “tenías que renegá pa que te den una caja de leche, y te hacían las mil y una de aquí para allá andabas, pero una batallaba y salía adelante”.

En el itinerario terapéutico (IGUN, 1979;

ALVES y SOUSA, 1999) de Berta, emerge el “Modelo Médico Hegemónico”¹⁰. La estructura sanitaria genera situaciones donde ellas deben poner el cuerpo no solo en el plano diario y vivido –gestionar actividades domésticas para conciliar con horarios de la UPA, por ejemplo-, sino también con la propia atención de los servicios de salud.

Zulema, otras de las mujeres del barrio, nos relata cuestiones similares, “tengo que hacer fuego, después la leche y el matecocido pa los chicos, y largar a las cabras, y bueno... a veces llego tarde pa la UPA”. Las formas de la vida cotidiana de las mujeres determinan la asistencia a la UPA. SÁEZ (1975), sostiene “el paso de la vida rural a la urbana puede efectuarse sin que desaparezcan los lazos familiares ni los hábitos rurales, e incluso reproduciendo las estrategias familiares de la vida del campo” (1975, p. 5).

Una voz sin cara llama

En la sala de espera aguardamos a que nos convoquen a los consultorios. Para llamar al turno el/la médico/a desde su sillón exclama: “Cáceres adelante”. No vemos la cara de quien nos llama hasta que sabemos cuando ingresamos al consultorio. Así las mujeres van pasando. Olga me comentaba: “Cuando entro a la consulta es medio jodido porque no le entiendo mucho, aparte la doña [la médica] medio que a veces ni me mira... Pero io a veces le hablo de los que nos sucede en la casa, pero nada... está en la suya”. La invalidación de la vida diaria de las mujeres como determinación social de la salud, se da cuando médicos/as contralan la conversación y dirigen la situación hacia terrenos exclusivamente biomédicos.

Las explicaciones sobre la cuestión a tratar, seguimiento del caso, estudios que se requieren, y fármacos que se deberán tomar, a las

10 Menéndez, Eduardo (2003) define al modelo médico hegemónico como la medicina alopática, en términos de una construcción metodológica manejada en un alto nivel de abstracción, de manera tal que, como todo modelo, constituye un instrumento para la indagación de la realidad, pero no es la realidad. El cual tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad por parte de la biomedicina respecto a las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarla, aunque también conduce a una aceptación crítica o inclusive a una apropiación, o un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas. Todo ello, no obstante, siempre que se las asigne un carácter subordinado.

mujeres se les dificulta entender como describe Patricia: “Por ahí hay palabras que no le entiendo al médico, pero io le pregunto qué quieren decir, por ejemplo el otro día le contaba de la última [hija], porque le ha venio un flujito, y ella me ha dicho para hacerle un análisis pero io no sabía qué era ni el nombre me acuerdo y le pregunto para qué es, porque me ha dicho una palabra que no la conozco: y me dice que era para detectar porque es el color, el olor del flujo y entonces io ahí he sabido para qué era el análisis nada mas no entendía por qué la palabra no le entendía, cuando no le entiendo pregunto”.

El lenguaje del *prohibicionismo médico* construye víctimas, “por ahí los análisis no le sé interpretar, pero lo básico si lo sé...io sé que hay gente que no pregunta por vergüenza” (Fernanda 34 años). En aquél turno para la médica Murad, percibí que el poder de la vergüenza construido sobre las mujeres está avalado en fundamentaciones clínicas, que a la vez entronca el interés supremo de la nación: “nos formamos en universidades...aplicamos programas sanitarios por el bien común. A la hora de aplicarlos tenemos dificultad porque los pacientes no entienden” (médica de la UPA).

Con la idea de pesquisar el *prohibicionismo médico* como proceso relacional, conversé con médicos y médicas de la UPA. Saqué turno por la mañana para el médico Aznares, pero atiende por la tarde. Hace 45 grados centígrados y en Santiago del Estero no anda “un alma”, dice una señora mientras esperamos. “Pereyra” escuché; me dirijo al consultorio. Mientras intento explicar el motivo de mi presencia, él procede “primero te veo, luego me dices qué es lo que estás haciendo...Sentate, poné el brazo aquí [sobre la camilla]”, mientras colocaba en mi bíceps una faja algo miraba. Me explica de la presión y sobre algo más, no entiendo nada. Precisé lo que las mujeres me narran: seguir el *protocolo social de atención*, parecer ignorante, no experto, mostrarme sumiso, pasivo, obediente y ser dócil con las pruebas. Luego, me brinda espacio para comentarle lo que estoy haciendo, “que interesante lo que estás haciendo, a nosotros no nos forman en eso...Es medio complicado porque imagínate,

a la mañana laburo en la clínica, después hago otras cosas y aquí ya llego cansado y encima la gente te hace renegar”. Aznares muestra su doble moral médica (CANEVARI, 2011): las personas que solicitamos atención en lo público “hacemos renegar”, quienes pagan en lo privado, no.

Tanto estudiar para que ellas a veces no te hagan caso

En buen parte, el mayor momento de producción social de la salud, es el encuentro que agentes de salud y usuarias tienen en los consultorios. “¡Mamita te dije que no le pusieras el hilo rojo en la frente! Me ha dicho la médico io le había contado que pa pararle el hipo le había hecho lo que mi mama me había enseñao, pero se a calentao el hombre” nos decía Cecilia, usuaria de la UPA.

El *discurso de la prohibición* me develaba no solo los roles que desempeñan el/la médico/a, como figura privilegiada con un saber exclusivo y legítimo (RECODER, 2011), donde la experiencia vivida de las mujeres no sólo es subalternada, sino también cómo la salud pública ha extendido su poder dando lugar a la instalación de prácticas biomédicas que antes resultaban impensadas para las mujeres del barrio, como la medicalización del empacho, hipo en infantes o el control de la fiebre. Al ser un barrio en los márgenes de la ciudad de clase trabajadora provenientes de sectores rurales, las modificaciones en el territorio impactaron en sus formas de relacionarse con procesos de S/E/A, y con ello la medicalización de sus pautas culturales en salud. Dicho en otras palabras, cuando existía el monte el empacho, mal de ojos, etc. eran tratados con los conocimientos que las mujeres tenían de yuyos/insumos que él proveía: estos no solo eran medios terapéuticos, sino también recursos que las mujeres tenían a su alcance, que se mantienen a pesar de las dinámicas territoriales que influyen en el proceso, los cuales a la medicina alópata nada de esto puede interesarle. Hay mujeres que conocen sobre las prácticas tradicionales en salud, sobre todo las que ya tienen experiencia. Son ellas las que sufren esta subalternización: “lo

llevaba a mi hijo con empacho, porque la tirada de cuerito no ha funcionao, y luego y le digo al médico lo que a pasao, ¡para que! Me ha dicho de todo culpándome de cómo estaba mi hijo” (Alicia, 35 años).

En los encuentros con Cecilia y Alicia, pude advertir cómo la atención en el consultorio emerge como categoría dada y pre-existente: un encuentro cara a cara, lo cual se entiende como situación objetiva separada de los procesos sociales en que las mujeres viven. Sin embargo, ellas, “despliegan prácticas en la gestión comunitaria y barrial a fin de resolver las necesidades básicas en salud. Detección, diagnóstico y atención, padecimiento y enfermedades del conjunto de la familia, como también la toman decisiones con respecto a qué hacer ante estas: consulta médica, no médica, auto-atención y/o no atención” (WEINGAST, 2005, p. 33). De esta manera se desconocen no solamente las prácticas tradicionales en salud, sino además, los conocimientos que las propias mujeres tienen de prácticas transmitidas de sectores rurales donde ellas se relacionan.

Judith en una conversación nos decía,

Judith: cuando le agarra fiebre les pongo un paño pero de agua con vinagre, al más chico con el ibuprofeno me le hago bajar la fiebre, un genérico que dan en la UPA o que a veces lo compro.

Horacio: ¿cómo preparas el paño?

J: io lo pongo en el platito hondo agua con vinagre y lo mojo. Les pongo bajo las asilas, bajo el cuello y les dejo un rato ahí.

H: ¿quién te ha enseñado?

J: ese y aprendió porque ha venío mi cuñada del campo, que ella dice que con eso le hacía bajar [la fiebre] a los hijos, ella vive en El Simbol¹¹ (Judith, 37 años, mujer del barrio y paciente de la UPA).

El saber de Judith manifiesta varias cosas: las mujeres cuando despliegan estrategias

de sobrevivencia sanitaria están impugnando la hegemonía legítima del saber médico. Parafraseando a Marx (1906), las mujeres “lo hacen pero no saben que lo hacen”. Por otro lado, me reflejaba que la salud pública no ha incorporado los flujos de intercambio de saberes entre espacios urbanos y rurales, los cuales adquieren un peso significativo durante el involucramiento de las mujeres en los procesos socio-sanitarios. En la experiencia de Judith, descubrí que, médicos y médicas de la UPA no tienen formación sobre procesos socio-territoriales que impactan en la S/E/A. Lo que intento remarcar es que, mediante la contextualización de sus condiciones de vida, las mujeres procuran sobreponerse a las prácticas de enajenación, tutelaje (CANEVARI, 2011) y reificación de la conciencia de paciente (TAUSSIG, 1995).

Una médica de la UPA me decía,

Las malas pacientes son las que no obedecen, imagínate ellas no quieren dar la teta y dicen que le darán otras cosas a sus hijos.

También las malas pacientes son las que vienen tarde, nosotros les damos turno para las 8 y ellas aparecen a las 10 o 11 de la mañana, son las adolescentes que no hacen nada y duermen hasta tarde (médica clínica de la UPA)¹².

Unos días antes mientras esperábamos la atención para esta médica, la cual nos citó a la 16:30, una mujer no mayor de 30 años aparentemente, llegaba a la UPA con un coche tapado de toallas, que cuando le sacaba, nos decía “pa que no le haga tanto calor”. Eran toallas mojadas que tapaban a su hijo de los 45 grados centígrados de esa siesta. Esperamos ahí, éramos solo cinco personas porque quien nos proporcionaba turnos, tenía órdenes de no dar más. Al fin la médica llegó a las 18:30.

Esto permitía conocer cómo la figura de usuaria es construida de acuerdo a su buena

11 El Simbol es una localidad que forma parte del Departamento Silípica. Está a 40 km. de la ciudad Capital de Santiago del Estero hacia el sur. El dato implica que ella emigró desde esa localidad hacia la Capital de la provincia.

12 Médica clínica, quien brinda 5 turnos, o la que “su” horario es a la 16:30. Sin embargo, durante mi trabajo de campo, esta profesional concurre a la UPA a las 18:30, mientras sus pacientes llegan al centro de salud, con 45 grados de calor a las 16 hs.

disponibilidad a recibir atención médica. Quien se revela y no obedece a la autoridad es vista como mala paciente (CANEVARI, 2011). La médica clínica de la UPA nos expresaba, “(...) Tanto estudiar, para que ellas a veces no te hagan caso”.

El *prohibicionismo médico* no está establecido como ley, sino en el imaginario del *modelo médico hegemónico*. Analizar el *prohibicionismo médico*, me permitió profundizar en qué sentidos las prácticas socio-sanitarias reproducen y recrean las desigualdades, naturalizando ciertas normas de salud socialmente instituidas (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 2008). Pude observar las tensiones entre los distintos “modelos de atención”: el biomédico, el alternativo subordinado (comunitario-tradicional) y el de autoatención (MENÉNDEZ, 1994 y 2003). Mis interlocutoras también me estaban diciendo que, el *modelo médico hegemónico* genera situaciones conflictivas con ciertas concepciones y prácticas de S/E/A de las mujeres. La perspectiva biologicista centrada en la racionalidad científica y su carácter individualista y a-histórico refuerza tanto la subordinación, como también la exclusión de los saberes de las mujeres transmitidos generacionalmente, deslegitimando de este modo las prácticas asociadas a los mismos (COMELLES, 2004; MENÉNDEZ, 2005).

Cuando no se habla, ¿los mensajes dónde están? Afiches, carteles y folletería como normas sanitarias

Las paredes de la UPA están repletas de afiches, carteles, recomendaciones médicas, etc. La sala de espera es el lugar indicado. En su mayoría son del Ministerio de Salud Pública de la Nación¹³ respecto de pastillas anticonceptivas, Papanicolaou, colocación de DIU, etc. Todos dirigidos a mujeres.

Los carteles contienen *meta-mensajes*, primero de “promoción de la salud” para ser incorporado como norma sanitaria por las mujeres, segundo, no tienen en cuenta los

territorios donde se llevan a cabo sus políticas sanitarias. Es decir el entonces Ministerio de Salud, por medio de sus afiches en las UPA, homogeniza y condensa cuestiones micro-ideológicas en la población (ÁLVAREZ, 2010). Hay dos que me llaman la atención, uno en la puerta del consultorio de la odontóloga que dice:

Por favor:

Para consulta de la odontóloga venir cepillado los dientes.

Muchas gracias.

El otro siguiendo el hilo conductor del anterior, sostiene:

Por favor cuidar la higiene personal cuando asisten para:

Consulta médica

Odontóloga

Tratamiento de enfermería (curación, inyección, etc.)

Vacunas Gracias

Claro está que concurren usuarias sin higienizarse, atmosfera de estricta admisión médica en la salud pública, en tanto del público “limpio”. Es decir, las representaciones que se originan al interior del campo de la salud pública de la UPA, es la estructura de relaciones objetivas entre las posiciones de los agentes del campo lo que determina las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que pueden tener de ellas los agentes del campo (BOURDIEU, 2007). Para decirlo en otras palabras, esos afiches no se reducen solo a emitir mensajes, sino a producir una estratificación social. El problema sanitario no es la persona enferma, sino la pobre. Ideológicamente se proyecta al público destinatario de los folletos, panfletos, afiches de educación para la salud, y toda la propaganda médica, como productores de un discurso y comportamiento, que encarnan la ignorancia, reproduciendo una presunción básica del MMH. La *comunicabilidad* opera de manera similar al modelo, está construida ideológicamente de forma

13 En el año 2014, cuando realicé esta pesquisa, la cartelera sanitaria nacional era el Ministerio de Salud de Nación, en el año 2018 fue reducido a nivel de Secretaria de Salud de la Nación.

similar, de tal manera que produce sujetos, los estructura jerárquicamente, reclutando entonces a individuos y colectivos para que se interpelen a sí mismos, recayendo más habitualmente sobre miembros de las poblaciones subalternas más duramente afectadas por las disparidades de salud (BRIGG, 2005).

Las personas que lean esos afiches pueden sentirse interpeladas, como nos cuenta una usuaria de la UPA: “*io creo que puede caer mal, pero a mí no, porque tengo el hábito de lavarme, io considero que está mal haberlo puesto, porque hay gente que no tiene el hábito de lavarse, porque a veces puedes verlo antes de que te atiendan, y lees eso, y no te has lavado los dientes se va a ir sin que lo atiendan, tal vez no se digo io, porque se va a sentir medio afectado*” (Clarisa, 32 años).

Una trabajadora de la salud de la UPA me expresa, “eso lo pega la enfermera, mandada por los médicos, porque viene gente deplorable (...). Hay gente del costado del desagüe que vive en choza, y esa gente no tiene agua, entiendo que es contradictorio también, como le puedes pedir que venga higienizados, si no tienen agua”.

Estos afiches revelaban, primero, que para las distintas plataformas legales, el ser atendida en la UPA, otorga un derecho, mientras que en el plano diario de la atención pasa a ser una exclusión subrepticia; segundo, responsabilizan la conducta individual de su propia salud promoviendo “estilos de vida saludables”, sin enfatizar en el impacto de la determinación social de la salud (ROJAS-RAJS, 2016). Tampoco hacen ahínco en que la falta de agua corriente y de una vivienda adecuada, no son dignos para la vida.

Reflexiones finales

El territorio en los últimos años ha sido revalorizado por la salud pública (BORDE y TORRES-TOVAR, 2017), sin embargo ha sido reducido a espacios urbanos o rurales (cp. BREILH, 2010). La categoría de interfase desafía lo estático y opuesto dando cuenta de la inscripción de las dinámicas socio-sanitarias

donde las personas no permanecen “atadas” a un espacio rural o urbano, sino que incorporan y despliegan prácticas y saberes entorno a la S/E/A en la interfase de esos espacios.

Este escrito expone las posibilidades de una estrategia etnográfica en campos socio-sanitarios para dar cuenta de tensiones entre los servicios de salud pública y las personas que viven en la interfase urbano-rural. Esto radica en introducir formas científicas sociales de pruebas en una tradición de investigación que ha sido manejada por una “jerarquía de la evidencia” estrechamente definida y biomédicamente dominada (LAMBERT, 2006). El *prohibicionismo médico*, al ubicar a las mujeres como pacientes, las aplanan como mayoría irredenta (ESCARDÓ, 1980), convirtiéndolas en individuos enfermas – de acuerdo a parámetros biologicistas-, que deben obedecer indicaciones médicas para permanecer en pasividad en sus lugares colocándolas en posición de víctimas (BORDELOIS, 2009). Sin embargo, no acuden pacientes que se curan sino personas socio-históricas que despliegan conocimientos sobre salud incorporado en diferentes territorios.

Registrar las estrategias de *sobrevivencia sanitaria* resultaría beneficioso para científicos sociales, permite debelar cómo los servicios de salud obligan a las mujeres a desarrollar *habitus* de *disponibilidad médica*: por miedo a no ser atendidas deben estar dispuesta, aunque no comprendan, al despliegue del saber médico sobre sus cuerpos o sobre alguno de la familia. Por otro lado, la realidad de la vida cotidiana de las mujeres, las obliga a realizar diferentes tareas domésticas y extra-domésticas para *conciliar* con el horario de atención del servicio de salud.

No poder establecer dialogo profundo con el sistema de salud pública del barrio me dificultó acceder a las historias clínicas. Esto hubiera servido para analizar cómo construyen los indicadores clínicos; qué dicen de las mujeres; del territorio, etc. También, mi falta de “llegada” a la UPA no permitió realizar un abordaje etnográfico de las consultas médicas¹⁴, en estos

14 Recoder María (2011), realiza este abordaje centrándose en las consultas clínicas en la atención de portadores del VIH/Sida.

espacios se dan interacciones que dan lugar a procesos interpretativos que operan en la forma de construcción de la enfermedad, de la relación médico/a-usuario/a, etc.

Referencias

ABEL, Christopher. *Health, hygiene, and sanitation in Latin America, 1870-1950*. Londres: Institute of Latin American Studies, University of London, 1986.

ÁLVAREZ, Adriana. *Entre muerte y mosquitos*. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX). Buenos Aires: Editorial Biblos, 2010.

ALVES, Paulo Cesar y SOUZA, Iaria Maria. “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico”. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, Iaria Maria (Org.), *Experiência de doença e narrativa*, p. 125-138. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARMUS, Diego. *Entre Médicos y Curanderos. Cultura, Historia y Enfermedad en América Latina Moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002a.

_____. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. In: *Revista Asclepio*, v. LIV (2), p. 41-60. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2002b.

AUYERO, Javier. *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba, 2013.

BREILH Jaime. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. In: *Salud Colectiva*, v. 6, n. 1, p. 83-101. Buenos Aires: Instituto de Salud Colectiva, 2010.

BORDE, Elis y TORRES-TOVAR, Mauricio. “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”. In: *Saúde Debate*, v. 41, Núm. Especial, p. 264-275. Rio de Janeiro: Centro Brasileño de Estudios de la Salud, 2017.

BORDELOIS, Ivonne. *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009.

BRIGG, Charles. “Perspectivas críticas de la salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”. In: *Revista de Antropología Social*, v. 14, pp. 101-124. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2005.

BOURDIEU, Pierre. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina, 2007.

BURGESS, Ernest. “The growth of the city: an introduction to a research Project”. In: PARK, Robert; BURGESS, Ernest; MCKENZIE Roderick; WIRTH, Louis (ed.), *The City*, p 47-62. Chicago: University of Chicago Press, 1925.

CANEVARI, Cecilia. *Cuerpos enajenados. Experiencia de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco edita y Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2011.

COLUCCI, Alba. *La geografía y el desarrollo local: gestión y redes en los municipios de la provincia de Santiago del Estero*. Santiago del Estero: Universidad Católica de Santiago del Estero, 2012.

COMELLES, Josep. “El regreso de las culturas: diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI”. In: FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, p. 17-30. Quito: ABYA YALA, 2004.

ESCARDÓ, Florencio. *Carta Abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Emecé, 1980.

FERNÁNDEZ, Juan Manuel Tristán; RUIZ, Fernando Santiago; VILLAVERDE-GUTIÉRREZ, Carmen; MAROTO-BENAVIDES, María Rosa; JIMÉNEZ BROBEIL, Silvia; TERCEDOR, Tristán María Rosa. In: *Revista ANTROPO*, 14,

- p. 37-45. Bilbao: Groupement d'antropologie Didactique, 2007.
- GRAVANO, Ariel. "Variables de lo barrial y lo barrial como variables en la ciudad intermedia". In: V CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, 1997.
- HERRERO, Beatriz Tosal, BRIGIDI Serena; HURTADO, Inma. "Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales". In: ROMANI, Oriol (coord.), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, p. 191-212. Cataluña: Publicación de la Universitat Rovira i Virgili, 2013.
- IGUN, U. A., "Srages in health seeking: a descriptive model". In *Revista: Social Science & Medicine*, 13A, p. 4-16, 1979.
- INDEC. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto de Estadísticas y Censos, 2010.
- LAMBERT, Helen. "Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine". In: *Social Science & Medicine*, 62, p. 2633-2645, 2006.
- LEGNAGE, Rodolfo. *Mirar la ciudad con alegría*. Santiago del Estero: El Liberal, 1983.
- LORENZETTI, Mariana. "Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud". In *Estudios en Antropología Social*, v. 2, n.1, p. 54. Buenos Aires, Centro de Antropología Social – Instituto de Desarrollo Económico y Social, 2012.
- LLOVET, Juan. *Servicios de salud y sectores populares: Los años del Proceso*. Buenos Aires: CEDES- HVMANITAS, 1989.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel. *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos, 2008.
- MARX, Karl. *El capital. Crítica a la Economía Política. Libro primero, El proceso de producción*. México D.F: Siglo XXI editores, 2008.
- MENÉNDEZ, Eduardo. "La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?" In: *Revista Alteridades*, v.4, n.7, p.71 - 83. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, 1994.
- _____ "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p. 185 - 207. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003.
- _____ "Intencionalidad, Experiencia y Función: la articulación de los saberes médicos". In: *Revista de Antropología Social*, v.14, p. 33-69. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2005.
- PECHMAN, Robert. *Cidades estreitamente vigiadas. O detective e o urbanista*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2002.
- PRECE, Graciela; DI LISCIA, María; PIÑERO, Laura. *Mujeres populares, el mandato de cuidar y curar*. Buenos Aires: Biblos, 1996.
- PORTER, Dorothy. *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. London/New York: Routledge, 1999.
- RECODER, María. "Médicos, pacientes y consultorio. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/SIDA". In: *Runa XXXII*, v.32, n.1, p. 63-82. Buenos Aires: FFyL-UBA, 2011.
- ROJAS-RAJS, Soledad. "La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud". In: revista de *Salud Problema*. v.10, n.19. p. 9-21. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2016.

ROVERE, Mario; SACCHETTI, Laura. *La salud pública como arquitecta: el orden urbano a ambos lados del Atlántico, 1870-1910*. Buenos Aires: El Ágora, 2013.

SÁEZ, Horacio. “La definición de lo urbano”. In *Estudios geográficos*, v. 36, n. 138-139, p. 265-302, 1975.

SIGNORELLI, Amalia. “Antropología de la ventanilla. La atención en oficinas y la crisis de la relación público-privado”. In: *Revista Alteridades*, n. 11, p. 17-31. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, 1996.

TAMER, Cecilia; CANEVARI, Cecilia; PEREYRA, Horacio. “Cuando habla el poder judicial. Sentencias por femicidios en Santiago del Estero”. In: CANEVARI, Cecilia (coord.). *Los laberintos de la violencia patriarcales*, p. 69-87. Santiago del Estero: Barco Edita-Facultad de Humanidades Ciencias Sociales de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2018.

TAUSSIG, Michael. “La reificación y la conciencia del paciente”. In: TAUSSIG, Michael *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia*. Barcelona: Gedisa, 1995.

WEINGAST, Diana. “Prácticas de auto-atención implementadas por un grupo de mujeres de sectores pobres urbanos de la localidad de Punta Lara, Partido de Ensenada, Argentina”. In: BARONE, Myriam; SCHIAVONI, Lidia (comp.). *Efectos de las políticas de ajuste en la década del 90*, p. 25-38. Misiones: Editorial Universitaria, Universidad Nacional de Misiones, 2005.