

Cuadernos de trabajo

Cultura, salud y gestión: saberes, actores, instituciones y discursos

Ana Lucía Olmos Álvarez
(compiladora)

3

Observatorio de Ciudadanía Cultural



Cultura, salud y gestión : saberes, actores, instituciones y discursos / Ana Lucía Olmos Álvarez ... [et al.] ; compilación de Ana Lucía Olmos Álvarez. - 1a ed. - Avellaneda : Undav Ediciones, 2022.
Libro digital, PDF - (Observatorio de ciudadanía cultural / Laura Ferreño ; 3)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-3896-96-5

1. Cultura Popular. 2. Salud. 3. Gestión Pública. I. Olmos Álvarez, Ana Lucía, comp. CDD 362.1042

Universidad Nacional de Avellaneda

Rector Ing. Jorge Calzoni

Vicerrector Bioq. Ricardo Serra

Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica e Institucional Dra. Patricia Domench
Coordinadora del Observatorio de Ciudadanía Cultural Dra. Laura Ferreño

Esta publicación fue financiada por la Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica e Institucional (SIVTI) a través de los fondos del proyecto de investigación UNDAVCYT 2017, y la investigación que la precede contó también con fondos de PAIO 2018.

Diseño de tapa y diagramación: Julia Aibar (UNDAV Ediciones)

© 2022, UNDAV Ediciones
Paso de la Patria 1921 - Piñeiro - Avellaneda
tel. 4228 1072 - undavediciones@undav.edu.ar



ISBN 978-987-3896-96-5

Todo el contenido de este libro se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin obras derivadas.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

El contenido puede ser copiado, distribuido, exhibido y ejecutado bajo la condición de reconocer autoría, no utilizar el libro o sus partes con fines comerciales, y no alterar, transformar o crear sobre esta obra.

Índice

Agradecimientos	5
Presentación	7
<i>Ana Lucía Olmos Álvarez</i>	
Autoatención, creencias y salud en Avellaneda	16
<i>María Laura González y Amorina Martínez</i>	
“Cuando tengo un problema de salud primero voy al médico y luego a la iglesia”: reflexiones sobre salud y creencias a partir de una encuesta en Argentina	30
<i>Gabriela Irrazábal</i>	
La construcción de vínculos dialógicos entre el personal de salud y pacientes en contextos hospitalarios	49
<i>Laura Ferreño</i>	
Problemáticas de institucionalidad en espacios culturales dentro de hospitales. Una mirada desde la gestión cultural	74
<i>Amorina Martínez</i>	

**Gestión en las políticas culturales para
las infancias. Análisis en torno a la salud
pública y la garantía de derechos**

Melina Berta Goldstein

87

Autoras

116

Agradecimientos

Los trabajos aquí reunidos fueron posible gracias a dos financiamientos (UNDAVCYT¹ y PAIO²) otorgados por la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV). Las posibilidades de investigación, formación y transferencia generadas en el marco de una universidad pública son resultado de una política de Estado que apuesta a la educación superior vinculada estrechamente con el territorio, y de la propia gestión de la UNDAV que fomenta la investigación a través de una variedad de financiamientos y con el apoyo sostenido de la Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica e Institucional (SIVTI). Quiero destacar el acompañamiento de la responsable del área, Patricia Domench, durante todos estos años y, particularmente, en el contexto de la pandemia Covid-19, por atender con sensibilidad y flexibilidad las limitaciones impuestas por el contexto extraordinario. También a lxs trabajadores de la SIVTI, en especial a Mara Bartolomé, Graciela Kisilevsky y Victoria Silber, siempre respondiendo dudas, sosteniendo y resolviendo imponderables durante los proyectos. A Florencia Podestá, coordinadora del Programa de Popularización del Conocimiento y Cultura Científica, por las posibilidades de difundir por distintos canales los temas que nos apasionan.

1 Proyecto UNDAVCYT 2017 "Creencias y Salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad atención en Avellaneda" dirigido por Ana Lucía Olmos Álvarez.

2 Proyecto PAIO 2018 - UNDAV "Gestión Cultural y salud pública: diseño de una matriz de información sobre los proyectos vigentes en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires", dirigido por Ana Lucía Olmos Álvarez.

Mi reconocimiento a quien fuera decano del entonces Departamento de Humanidades y Artes (UNDAV), Rodolfo Hamawi, por facilitar las condiciones institucionales para llevar adelante las investigaciones. También, y especialmente, al director de la Licenciatura en Gestión Cultural, Héctor Olmos, por el aliento, la escucha y la convicción acerca de la necesidad de construir conocimiento colectivo y articulado, siempre, con la sociedad.

Les agradezco especialmente a mis colegas Melina Goldstein, Gabriela Irrazábal y Laura Ferreño. Por sumarse a estas iniciativas, abrir generosamente sus mundos de preguntas y compartir la búsqueda de respuestas inventando tiempo y energía para llevar adelante los distintos proyectos.

Amorina Martínez y María Laura González, estudiantes de la Licenciatura en Gestión Cultural e investigadoras en formación integrantes del equipo de trabajo, fueron centrales en estas indagaciones. Durante el proceso de investigación aportaron preguntas, inquietudes y observaciones agudas. Sus trayectorias de formación y gestión, su disponibilidad, curiosidad y responsabilidad hicieron (y siguen haciendo) del trabajo conjunto un gran disfrute.

Mi agradecimiento a Griselda Paiva, jefa de Docencia e Investigación del Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil (HSEMI) Ana Goitia de Avellaneda, por la predisposición y la apuesta al trabajo en investigación y formación conjunta. También a María Inés “Tuti” Maglio, responsable de Relaciones Institucionales del Hospital Muñiz de la Ciudad de Buenos Aires, por compartir inquietudes, “abrir el campo” y la generosidad.

Finalmente, un reconocimiento especial al equipo de UNDAV Ediciones, dirigido por Carlos “Zeta” Zelarayán, por la paciencia y el acompañamiento en el (largo) proceso de formulación y edición de este cuadernillo.

*Ana Lucía Olmos Álvarez
Avellaneda, julio de 2022*

Presentación

Ana Lucía Olmos Álvarez

Cultura, salud y gestión: saberes, actores, instituciones y discursos

Este cuadernillo es el tercero de la Serie Cuadernos de Trabajo del Observatorio de Ciudadanía Cultural (OBCIC) de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV). Parte del trabajo conjunto en los proyectos UNDAVCyT 2017 “Creencias y salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención en Avellaneda” y PAIO 2018 “Gestión cultural y salud pública: diseño de una matriz de información sobre los proyectos vigentes en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires”. En estos proyectos nos propusimos abordar las intersecciones entre diversos saberes, actores e instituciones que integran los procesos salud-enfermedad-atención atendiendo a sus implicancias culturales y valoraciones socialmente atribuidas. En este sentido, a partir de la articulación situada de la triada salud, cultura y gestión trabajamos en un doble plano. Por un lado, centramos la mirada en las nociones, prácticas, técnicas, discursos y posicionamientos de distintos actores sociales en torno al proceso salud-enfermedad-atención. Por otro lado, y dada la inserción institucional de estas pesquisas en la Licenciatura de Gestión Cultural de la UNDAV, indagamos en las características de la gestión cultural en salud.

Las investigaciones se realizaron entre los años 2019 y 2021. El equipo se conformó por Ana Lucía Olmos Álvarez como directora y Melina Goldstein, Laura Ferreño y Gabriela Irrazábal como investigadoras principales. También, lo integraron estudiantes

avanzadas de la licenciatura en Gestión Cultural de la UNDAV: Roxana García¹, María Laura González y Amorina Martínez. Dos de ellas, en el marco de uno de los proyectos, ganaron becas en distintas convocatorias².

Nuestro punto de partida es una concepción del campo del cuidado de la salud de manera dinámica y plural, es decir, compuesto por diferentes sistemas médicos. Entendemos por ellos al conjunto de representaciones y prácticas sobre el par salud-enfermedad, a las etiologías, formas de atención y prevención y también a las técnicas y tecnologías involucradas en la curación y tratamiento. ¿Qué otros elementos integran estos sistemas? Las formas de entender la vida, la muerte y el ciclo vital, el cuerpo y la persona, el bienestar (físico, mental, espiritual) y la aflicción, concepciones sostenidas por las personas (o en términos analíticos, los actores sociales) sean curadores o pacientes. Asimismo, se incluyen las formas de establecer relaciones entre los curadores (sean médicos profesionales, sanadores o chamanes) y los pacientes-usuarios; y, finalmente, encontramos jerarquías, competencias y cooperación entre distintos saberes ya que no todos son considerados y valorados en igual medida (Garro, 2000; Menéndez, 2005, 2018; Olmos Álvarez, 2018). En estos sistemas se ponen en juego las relaciones interétnicas, jerarquías de género y diferencias de clase que atraviesan las realidades sociales de las cuales emanan (Idoyaga Molina, 1997).

1 Roxana García participó, únicamente, del proyecto PAIO

2 En el marco del proyecto PAIO Amorina Martínez ganó la beca EVC- CIN (Estímulo a las Vocaciones Científicas - Consejo Interuniversitario Nacional) para trabajar sobre "Profesionalización de la gestión cultural en espacios culturales de Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Problemáticas relacionadas a la institucionalidad". Por su parte, Roxana García obtuvo una Beca PROBEVOC (UNDAV) con el Plan de trabajo "Redes culturales hospitalarias como modelos de gestión cultural en la salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que contribuyen al tratamiento integral del paciente crónicos" también en el proyecto PAIO.

Otro rasgo definitorio de este campo es la combinación de sistemas médicos por parte de los actores (Irrazábal & Olmos Álvarez, 2021, 2022; Johnson & Olmos Álvarez, 2021). Dicho en otras palabras, las personas procuran la atención de su salud por medio de la interacción de diversos recursos terapéuticos y sin sobrevalorar, a priori, a la medicina científica. Además, recurrir a diversas formas de atención los enfrenta a expectativas, negociaciones y tensiones de sus propios marcos interpretativos con aquellos propuestos por las opciones elegidas (Garro, 2000; Irrazábal & Olmos Álvarez, 2021; Johnson & Olmos Álvarez, 2021; Menéndez, 2005, 2018; Olmos Álvarez, 2018).

En este contexto de pluralidad y combinación de sistemas médicos, el par salud-enfermedad incluye y trasciende lo estrictamente biomédico –centrado en lo anatómico-fisiológico del organismo de un individuo–. Por ello, se arriba a una noción integral donde lo físico, psíquico, emotivo y también las dimensiones social y espiritual no son escindibles y se conjugan como posibles etiologías o tratamientos.

Considerar una noción amplia de salud-enfermedad-atención condujo, en primer lugar, a la inclusión de las cosmologías sagradas entre los recursos terapéuticos susceptible de combinarse con otros para restituir la salud. Es decir, que los saberes, prácticas, técnicas y discursos de orden religioso espiritual aportan herramientas movilizadas para evaluar la enfermedad y guiar las acciones en torno a la misma. Por ello, el proyecto UNDAVCYT “Creencias y salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención en Avellaneda” tuvo como problemática central los vínculos entre el campo biomédico y el religioso espiritual en el mencionado proceso, con miras a visibilizar la diversidad de epistemologías médicas que de formas complejas y diversas interactúan en la sociedad contemporánea y particularmente, la vigencia e incidencia de las cosmologías religiosas en la toma de decisiones respecto a la salud. En el marco de estas indagaciones pro-

fundizamos en la articulación de saberes y prácticas curativas desde el punto de vista de los usuarios como también de los profesionales de la salud³.

Posteriormente, esta noción *ampliada* de salud-enfermedad-atención orientó la mirada hacia otros elementos presentes en los hospitales, centros de salud y distintos servicios que no se restringían a lo estrictamente biomédico: acciones como espacios de arte y centros culturales, talleres diversos para pacientes y familiares, bibliotecas y programas de fomento a la lectura, entre otras, que abordan la atención de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria y de derechos tanto en lo que concierne a la salud como a los bienes culturales. La indagación de los actores, espacios y programas de esta índole que se desarrollan en los hospitales públicos constituyeron los ejes del proyecto PAIO “Gestión cultural y salud pública: diseño de una matriz de información sobre los proyectos vigentes en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires”. Desde este proyecto se abordaron también las repercusiones y valoraciones entre sus integrantes y las problemáticas que enfrentan en su trabajo cotidiano como las estrategias desplegadas en pos de resolverlas. Dados estos tópicos, junto a los lineamientos teóricos generales mencionados, integramos la perspectiva de la transversalidad y accionar integrado de la cultura (Olmos & Santillán Güemes, 2000; Vich, 2014), la institucionalidad cultural (Lacarrière & Cerdeira, 2016; Zurita Prat, 2012) y finalmente, miradas específicas sobre las infancias (Goldstein, 2018; Minnicelli, 2004; Tollo, 2019). Asimismo, a partir de esta pesquisa, emergió una sublínea de investigación encabezada por la Mg. Melina Goldstein acerca de las intersecciones entre gestión cultural, infancias y salud.

Desde el punto de vista metodológico, ambos proyectos, articularon distintas estrategias metodológicas con una fuerte

3 Desde la perspectiva de la práctica cotidiana asistencial, este vínculo puede abordarse desde la perspectiva de la objeción de conciencia (Irazábal & Olmos Álvarez, 2021).

impronta cualitativa (Vasilachis de Gialdino, 2006). Recurrimos a la etnografía (Guber, 2004) para lograr un acercamiento a los procesos sociales desde la perspectiva de sus participantes y en el momento mismo en que se desarrollan. Dada la movilidad de los actores por distintos espacios sociales donde se manifiestan percepciones y sentidos acerca de la salud, la etnografía fue multisituada (Marcus, 2001) de manera que pudiéramos reconstruir metodológicamente los recorridos de nuestros interlocutores. La observación y participación directa se desarrolló en diversos espacios sociales comprendiendo hospitales (materno –infantiles; pediátricos; generales y monovalentes) como contextos y espacios institucionales religiosos-espirituales en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Sumamos también cuestionarios estructurados y entrevistas en profundidad (Holstein & Gubrium, 1995), estas últimas permitieron captar pliegues, matices y temporalidades en el flujo del discurso. El universo de entrevistados y entrevistadas lo conforman actores que intervienen en los campos de la salud y de las políticas culturales vinculadas al primero desde diversas posiciones: profesionales y miembros del equipo de salud; usuarios; agentes religiosos; gestores, responsables de áreas y programas de cultura; talleristas e integrantes de organizaciones del tercer sector. Se incluyó también el análisis documental.

Un dato ineludible del proyecto PAIO es que se desarrolló en el marco de la pandemia producto del virus Sars-Cov2. Efectuar trabajo de campo en hospitales en el contexto de una emergencia sociosanitaria implicó dificultades y la necesidad de flexibilizar y readaptar la estrategia metodológica privilegiando herramientas digitales para la concreción de los objetivos propuestos. No obstante estos desafíos, la pandemia fue también una oportunidad para conocer y ver operando la capacidad de adaptación, plasticidad y creatividad de la gestión cultural en salud.

En esta publicación se presentan resultados y reflexiones de distintas integrantes de los equipos de ambos proyectos acerca de las modalidades de atención a la salud que se dirimen en el

interjuego entre diversos recursos terapéuticos, de los vínculos entre los actores que intervienen en el campo de la salud y de la configuración de las intersecciones con la gestión cultural.

En primer lugar, María Laura González y Amorina Martínez en “Autoatención, creencias y salud en Avellaneda” proponen mostrar y analizar las formas cómo los sujetos poseen la autonomía de interpelar al discurso biomédico hegemónico y sus explicaciones sobre la salud y los padecimientos con otro tipo de discursividades provenientes de sus cosmogonías religiosas y espirituales, las cuales impactan en sus prácticas de autoatención.

A continuación, Gabriela Irrazábal a partir de los resultados de la encuesta Ciencia, Salud y Creencias en contexto de Pandemia Covid-19 en Argentina reflexiona sobre la articulación entre la salud y las creencias en “Cuando tengo un problema de salud primero voy al médico y luego a la iglesia”: reflexiones sobre salud y creencias a partir de una encuesta en Argentina”. Allí plantea interrogantes acerca de los procesos de incorporación de medicinas integrativas y estrategias de cuidado espiritual en el sistema sanitario –con una atención basada en el modelo médico-hegemónico– y en qué medida las personas, que desarrollan prácticas de auto-cuidado y atención recurrirán al sistema biomédico para la atención de sus padecimientos.

Para seguir profundizando en estas indagaciones, Laura Ferrero en “La construcción de vínculos dialógicos entre el personal de salud y pacientes en contextos hospitalarios” aborda los desafíos de los contactos interculturales en el ejercicio cotidiano de los profesionales de la salud. Su mirada se nutre de dos dimensiones analíticas. Por un lado, la discusión acerca de la ciudadanía cultural y sus efectos concretos en la vida cotidiana de la población. En segundo lugar, presenta la etnografía institucional como un método y marco teórico idóneo para el abordaje de los estudios en espacios sanitarios.

Una segunda vertiente de trabajos que nutren este cuadernillo son los que se centran en distintas aristas de la gestión cultural en salud. Por ello, en el capítulo “Problemáticas de ins-

titucionalidad en espacios culturales dentro de hospitales. Una mirada desde la gestión cultural” Amorina Martínez analiza las prácticas culturales en hospitales a partir del enfoque de la cultura como derecho humano. Para ello, integra a las herramientas de la gestión cultural la mirada de la psicología de las instituciones.

Por su parte, Melina Goldstein en “Gestión en las políticas culturales para las infancias. Análisis en torno a la salud pública y la garantía de derechos” reflexiona en torno al diseño y la implementación de programas orientados a garantizar derechos culturales a la niñez. Específicamente se analizan las acciones en el campo de la salud orientadas a las infancias, poniendo en juego los derechos y los accesos a los diversos bienes culturales.

En suma, los trabajos aquí reunidos proponen reflexionar en perspectiva interdisciplinaria sobre los vínculos e intersecciones entre diversos saberes, actores e instituciones integrantes de los procesos salud-enfermedad-atención. Se espera que este conocimiento - nutrido en la experiencia de los actores- sea insumo para el diseño, gestión y evaluación de políticas públicas (tanto del área de la salud como de la cultura) que consideren la diversidad sociocultural presente en las sociedades contemporáneas.

Referencias bibliográficas

- Garro, L. C. (2000). Cultural knowledge as resource in illness narratives: Remembering through accounts of illness. En C. Mattingly and L. Garro (eds): *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (pp. 70–87). Berkeley: University of California Press.
- Goldstein, M. (2018). *El papel del Estado entre el derecho y la participación infantil. ¿Políticas etéreas o garantías de un marco legal?* Presentado en VII Escuela Internacional de la Red Iberoamericana de posgrados en Infancia y Juventud – RedInju, Tegucigalpa, Honduras.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del*

- conocimiento social en el trabajo de campo* (1a. ed. en Editorial Paidós, Versión 1a. ed. en Editorial Paidós). Buenos Aires: Paidós.
- Holstein, J., & Gubrium, J. (1995). *The active interview*. London: SAGE.
- Idoyaga Molina, A. (1997). Ethnomedicine and world-view: A comparative analysis of the incorporation and rejection of contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine*, 4(2), 177–201. <https://doi.org/10.1080/13648470.1997.9964530>
- Irrazábal, G., & Olmos Álvarez, A. L. (2021). Objeción de conciencia y complementariedad terapéutica en pacientes y profesionales de la salud del Gran Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 249–257.
- Irrazábal, G., & Olmos Álvarez, A. L. (2022). Las mujeres en pandemia: Salud, bienestar, formas de atención, coronavirus y vacunas. Segundo Informe de la Encuesta Ciencia, Salud, Creencias y Sociedad en contexto de pandemia Covid-19 en Argentina. *Materiales de Investigación*, 10, 64. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5845474>
- Johnson, M. C., & Olmos Álvarez, A. L. (2021). De clínicas y santuarios: Itinerarios de creyentes usuarias de reproducción humana asistida (TRHA) en Argentina. *Sociedad y Religión*, XXXI(57), 17.
- Lacarrière, M., & Cerdeira, M. (2016). Institucionalidad y políticas culturales en Argentina. *Políticas Culturais em Revista*, 9(1), 10–33. <https://doi.org/10.9771/pcr.v9i1.17043>
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111–127.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 38.
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104–113.
- Minnicelli, M. (2004). *Infancias públicas. No hay derecho*. Bue-

- nos Aires - México: Noveduc.
- Olmos Álvarez, A. L. (2018). Entre médicos y sanadores: Gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino. *Salud Colectiva*, 14(2), 225. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Olmos, H. A., & Santillán Güemes, R. (2000). *Educación en cultura: Ensayos para una acción integrada*. Buenos Aires: CICCUS.
- Tollo, M. Á. (Ed.). (2019). *Escuchar las infancias. Alojar singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos*. Buenos Aires - México: Noveduc.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vich, V. (2014). *Desculturizar la cultura. La gestión cultural como forma de acción política*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Zurita Prat, M. (Ed.). (2012). *Los Estados de la Cultura. Estudio sobre la institucionalidad cultural en los países del SICSUR. Venezuela: Fundación Imprenta de la Cultura*. Recuperado de https://www4.hcdn.gob.ar/cultura/observatorio/pdfs/CPONSUMOS%20CULTURALES/Los_Estados_de_la_Cultura_Estudio_sobre_la_institucionalid.pdf

Autoatención, creencias y salud en Avellaneda

*María Laura González
Amorina Martínez*

Introducción

Como estudiantes de la carrera Gestión Cultural de UNDAV entendemos que existe un vínculo propicio y fértil para abordar la salud desde la cultura. Este trabajo discute las formas en que los sujetos configuran sus prácticas de autocuidado y atención de la salud, en relación con sus creencias religiosas y espirituales. Proponemos entonces mostrar y analizar las formas en que los sujetos muestra su autonomía para interpelar al discurso biomédico hegemónico y sus explicaciones sobre la salud y los padecimientos con otro tipo de discursividades provenientes de sus cosmogonías religiosas y espirituales, las cuales impactan en sus prácticas de autoatención.

Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación mayor¹. Durante su desarrollo encontramos que las formas de concepción religiosa y espirituales tienen un fuerte impacto en las prácticas de autoatención. Estas últimas suelen superponerse con la atención de los padecimientos sugeridos por profesionales de la biomedicina. A partir de este análisis se nos plantearon los siguientes interrogantes.

¿Cómo influyen en las prácticas de autoatención los distintos discursos sobre los malestares? ¿Cómo se da coherencia a las prácticas de curación realizadas cuando hay discursos di-

1 Proyecto UNDAVCYT 2017 "Creencias y Salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad atención en Avellaneda", dirigido por la Dra. Ana Lucía Olmos Álvarez.

vergentes que pueden dar explicaciones contrapuestas a los padecimientos? ¿Cómo los sujetos constituyen autonomía con respecto a la autoatención cuando los discursos, ya sean biomédicos como de las medicinas alternativas, son fuertemente verticalistas? ¿Cuáles son las lógicas que se mantienen en unas y otras prácticas? ¿Cómo operan las prácticas religiosas en relación a la atención biomédica?

La pregunta por las formas de atención de la salud presentes en la sociedad contemporánea, en tanto dilema que atraviesa de manera diferencial diversos espacios sociales orientados a la sanidad, dio forma al problema rector del proyecto en que se enmarca este trabajo. Las áreas de estudio tuvieron desigño en Avellaneda. Se tomaron diversos espacios para el trabajo de campo: un hospital materno infantil, una iglesia católica y la propia Universidad, particularmente la carrera Gestión Cultural. Como integrantes de esta última, nos abocamos a la exploración de compañeras y compañeros.

Atendiendo a los espacios relevados en el desarrollo de la pesquisa, los recursos articulados fueron principalmente dos: la biomedicina y las cosmologías sagradas. Cada recurso es referido en diferentes momentos de sus biografías haciendo de los actores usuarios circunstanciales de ambas. En esos usos, negocian sus expectativas y deseos.

Durante el período septiembre-octubre de 2019 realizamos 30 encuestas a estudiantes de la Licenciatura en Gestión Cultural de la UNDAV. Las preguntas, de carácter abierto y cerrado, versaron sobre las definiciones de la sanidad, del par salud-enfermedad, las fuentes de información para el cuidado, los agentes y espacios consultados, las actitudes y creencias espirituales y religiosas, entre otros ítems. A partir de la recopilación, sistematización y procesamiento de esta información, obtuvimos un primer mapeo de temas, categorías y principios recurrentes entre la población elegida. Para obtener un material “denso” (Geertz, 2001), completamos esta primera información con la realización de entrevistas a nuestras compañeras y compañeros

de la carrera, lo cual nos permitió ahondar en sus descripciones, valoraciones y explicaciones. Finalmente, realizamos observación participante de ceremonias carismáticas católicas en una parroquia a cargo de un “cura sanador” en Avellaneda, a la que asistieron algunas de las personas entrevistadas.

Las hipótesis de investigación fueron orientadas a develar la articulación de diversos recursos terapéuticos en busca del restablecimiento de la salud y las nociones integrales del proceso salud-enfermedad-atención; concebir a las matrices religiosas y espirituales como recursos que influyen positivamente en la dimensión emocional de los actores; y, finalmente, que la gravitación de dichas matrices responde al nivel de adhesión a grupos y comunidades y a la eficacia atribuida.

Primeros hallazgos

En las encuestas y entrevistas realizadas hallamos que las formas de atención poseen las siguientes características:

En la mayoría de los casos relevados, los espacios dominados por la biomedicina —tales como hospitales, unidades sanitarias y/o centros de salud— son entendidos como ámbitos de atención de cuidados preventivos y de emergencia y valorados como fuente de conocimiento. Así, un 82% de las personas encuestadas reconoció a su profesional de la salud como la fuente de información privilegiada, y un 48% hizo lo propio con una institución médica. En algunos casos se mencionó “al farmacéutico del barrio, y una amiga enfermera”, así como a familiares que se dedican a la biomedicina.

A su vez, ante la pregunta ¿a qué lugares o personas recurrirán ante un problema de salud?, obtuvimos respuestas como: “recurro frecuentemente a especialistas en el servicio médico de mi obra social”, o “según el problema de salud recurriría a: médicos (de distintas especialidades), psicólogo o consultorios profesionales”. Observamos entonces, que la biomedicina es valorada como forma hegemónica de atención. Menéndez

(2003) explica que la misma se nutre de su eficacia científicamente comprobada y legitimidad socialmente atribuida.

Ahora bien, como veremos más adelante, los usuarios señalan limitaciones de la medicina científica relacionadas con el vínculo médico-paciente y con el escaso interés que otorga a la dimensión emotiva del enfermo. Esto fomenta la búsqueda de otras opciones terapéuticas donde su experiencia sea tomada en cuenta como vía de indagación legítima sobre aquello que atraviesan. En consecuencia, configuran estrategias de atención que imbrican biomedicina y circulaciones por espacios religiosos-espirituales y prácticas médicas de corte holístico.

En los relatos de nuestros interlocutores hallamos un amplio espectro de recursos y prácticas terapéuticas, algunas de ellas, insertas en distintas ontologías y confesiones sagradas. Por ejemplo, una mujer de 69 años relata:

...en nuestra familia de tradición católica rezamos por los enfermos en general durante la Misa. Si hay algún enfermo o alguien que va a ser operado o convaleciente, pedimos a Dios, y a la Virgen y a los Santos que intercedan ante Dios para reponer la salud. Hay familiares que prenden velas. Otros, le piden a familiares fallecidos muy queridos (en general es la madre) que intercedan ante Dios. Les pedimos a los ángeles guardianes que nos protejan y atribuimos a ellos el haber sorteado felizmente algún peligro para nuestra salud.

En otras respuestas, se mencionan la asistencia a las celebraciones del Padre Abraham² y a cultos evangélico pentecosta-

2 El párroco Fernando Abraham, es el líder de la comunidad de oración "Jesús Pan de Vida". Al momento de la investigación, estaba a cargo de la parroquia Nuestra Señora Del Rosario (Giriborne 925 - Piñeyro). Actualmente, es párroco de San Judas Tadeo (2 de Mayo 2938 esquina Piñeyro, Lanús Oeste). Tal como señala en la página web de la comunidad: "en todas las Misas se realiza una oración especial por salud e imposición de manos". Fuente: <https://www.facebook.com/ComunidadJPDVOficial>. Acceso 22/03/2022.

les, la oración grupal e individual, o unguir a quienes transitan por una enfermedad con aceite y orar por su pronta recuperación.

Se mencionan también reiki, fito-medicina, homeopatía, magnetoterapia, memoria celular y medicina china, meditación y yoga, entre otras medicinas alternativas y complementarias (MAC's). Asimismo, las comidas y plantas medicinales como las infusiones de hierbas emergen como cuidados complementarios a la consulta al profesional de la salud.

Consultamos acerca de las tradiciones, usos o costumbres en la familia o entre amigos respecto de cuidados para la salud fuera de la biomedicina, entre las respuestas se mencionó: “tirar el cuerito, curar el empacho, mi abuela es curandera”, o “mi abuela y mi suegra [usan] muchos remedios caseros, plantas, aceites”, Así observamos cómo estas prácticas tradicionales conviven con la biomedicina y, de acuerdo a las voces de nuestros interlocutores, le disputan la eficacia, sobre todo en relación a la cura de afecciones asociadas al mal de ojo o la culebrilla.

Esta pluralidad evidencia, por un lado, que a los recursos terapéuticos se les reconocen aciertos, falencias y eficacias específicas además de la vigencia de lo sagrado como forma de expresión y gestión de los malestares contemporáneos.

A continuación, seguiremos analizando las encuestas y entrevistas realizadas. Notamos que son relevantes las redes de sociabilidad —cara a cara y virtuales— como formas de atención. Entre las más valoradas, encontramos la consulta a grupos cercanos (familiares, vecinos/as, amistades) cuya incidencia en la toma de decisiones estaría más relacionada al vínculo de confianza existente que al conocimiento preciso en materia de salud. Este dato señala la valoración positiva de las relaciones de proximidad: “me conoce por mi nombre”, o “desde que soy chica”, son frases que atestiguan la relevancia dada a la cercanía.

Por su lado, las redes virtuales constituyen una herramienta de vinculación con narrativas alternativas sobre la vida con una enfermedad, la gestión del cuerpo enfermo o del acceso a la salud, fenómenos que pluralizan la verdad médica. Entre las per-

sonas encuestadas, cuya edad promedio es de 39 años, hubo un 52% que afirmó obtener información sobre salud a través de internet. Esta práctica da lugar a pacientes bien informados/as (Karnam y Raghavendra, 2017) y representa nuevos desafíos en el vínculo médico-paciente. Ambos tipos de redes de sociabilidad ponen de manifiesto la agencia de los sujetos a la hora de diseñar sus estrategias de autocuidado.

Es interesante remarcar, por otra parte, que al buscar precisar qué significaba “estar sano”, hubo estudiantes que se refirieron a una perspectiva integral de la salud en la que incluyeron las dimensiones físicas, psicológicas y espirituales, y la asociaron a nociones de “bienestar”, “equilibrio”, “armonía”, un dato congruente con el amplio espectro de terapias articuladas. Esta forma de concebir la salud es congruente con la definición ofrecida por la Organización Mundial de la Salud que la entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³. Observamos entonces que la salud no fue descrita de manera tangible, sino más bien como una entidad abstracta y un ideal a alcanzar. Su contracara, la “enfermedad” fue también definida de manera amplia incluyendo lo bio-psico-espiritual.

Sin embargo, en los discursos prevalecía el señalamiento a cuestiones fisiológicas y sintomáticas tales como expresiones de dolor o malestar o a enfermedades específicas cuya delimitación se presentaba de manera más concreta y refieren al universo biomédico: “Malestar, hospital, infección, dolor, medicamentos, cama, síntomas, desequilibrio, médicos, condición, muerte”; “remedios, tratamiento, cirugía, recuperación, rehabilitación, depresión”, “dolores, descompostura, fiebre, anginas, malestar, temperatura, cáncer”. Estos datos son coincidentes con los señalamientos de Menéndez acerca de la enfermedad, y no la salud, como estado ‘normal’ de los sujetos (2018: 107).

3 Fuente: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
Acceso 02/05/2022

En lo concerniente a los agentes religiosos, observamos por otro lado una tendencia presente hacia una “alianza de medicinas” al reconocer eficacias complementarias entre la biomedicina y la religión (Olmos Álvarez, 2018). Claro está que las modalidades de gestionar esta alianza presentan un amplio espectro de opciones que incluye desde el reconocimiento a la racionalidad biomédica y valorización de la fe religiosa en el proceso de cura, y la aceptación parcial de la primera en función de las directrices religiosas hasta el desarrollo de técnicas y conocimientos biomédicos que acompañen y sean congruentes con la ética religiosa (Johnson & Olmos Álvarez, 2021).

Para dar cuenta de esta alianza, nos referiremos en particular a dos mujeres cuyos relatos permiten advertir cómo la fe religiosa y la biomedicina se complementan para transitar distintas afecciones en sus biografías. La primera, M⁴, tiene 48 años, integra la iglesia evangélica pentecostal y tuvo un problema ocular; la segunda, D. padeció una enfermedad oncológica en el año 1998, hoy está próxima a cumplir 60 años y participa de una iglesia carismática católica.

Ante la pregunta acerca de qué personas o lugares concurre al atravesar un problema de salud, la primera entrevistada responde: “yo primero voy al médico”. Esta afirmación está acompañada del relato de una afección —“me empezó a latir este ojo, me latía el párpado”— y del recorrido por distintas especialidades médicas en búsqueda de explicación y tratamiento. Consultó a un oftalmólogo, un odontólogo, un clínico y finalmente, un neurólogo quien, luego de efectuar distintos estudios, “me dijo que eran nervios y ansiedad”. Se realizó todos los estudios y al narrarlo enfatiza:

Yo me los hice todos, pero yo busqué a Dios y le dije ‘yo soy tu hija, tu palabra dice que dejemos todas nuestras cargas sobre vos, así que en vos descansaría’. A partir de eso y que me die-

4 Los nombres han sido modificados para preservar la identidad y garantizar el anonimato de las consultantes.

ron el diagnóstico yo dije 'yo tengo que estar confiando en Dios' y se me pasó lo del ojo, no me latió más.

Su acercamiento a la iglesia evangélica pentecostal fue motivado por su suegra. M. era católica “por herencia”, no practicante y estaba alejada de la fe. En su relato, el inicio de esta nueva fe fue un parteaguas en lo respectivo a las prácticas de salud: las prácticas curativas por fuera de la biomedicina —como la consulta a curanderos— existían en los antepasados “pero se cortó con Jesús”, y a partir de ese momento solo recurrieron a la iglesia y “a los médicos”.

Por su parte, D. siempre fue católica y el diagnóstico de un cáncer de mama profundizó su participación en la iglesia, particularmente en una inscripta en las corrientes carismáticas. Al narrar su experiencia en una celebración, mencionó:

entonces el cura me agarra del brazo así y me mira a los ojos, con los ojos bien vidriados, los tenía transparentes. Yo lloraba y le decía 'me voy a morir, tengo miedo'. Y me dijo 'no te preocupes que lo tuyo se cura con una operación'. [Lloramos las dos].

En la voz de esta mujer notamos que, quien padece una enfermedad crónica, realiza una síntesis de los factores que pueden incidir sobre su bienestar sin excluir unos ni otros.

Por otro lado, en el relato de su experiencia también se observa que tanto el agente religioso como los médicos respetan la decisión de la persona de elegir transitar su proceso de tratamiento desde ambas terapéuticas: la religiosa y la biomédica. “Fue la primera vez que lo vi sonreír [haciendo referencia al oncólogo], se fue contento, yo siempre le digo que me salvó Dios y él no se enoja”. Estas formas de autoatención “popular o tradicional” (Menéndez, 2003) se diferencian de procedimientos de autoatención que involucran la automedicación, en los que la biomedicina ha visto y sigue viendo un fuerte competidor profesional (Menéndez, 1984).

En materia de las creencias y prácticas religiosas, en palabras de la entrevistada, los profesionales de la salud no se muestran tan reticentes a asumirlas como complementarias:

Quando uno reza levantás el ánimo. Para ellos [profesionales de la salud] no cura Dios sino la situación de estar positivo, que puede ser Dios, que puede ser un Sai Baba. Es más, tuve una enfermera loca que me llevó para el budismo, una judía que me dio un mantra para rezar, que una vez lo vi en un carro de un caballo (...) Desde que me operan hasta que empiezo la quimio fueron un montón de meses, pero él [haciendo referencia al médico] nunca me peleó, nunca me dijo esto no lo hagas, esto es una porquería, para nada, muy respetuoso.

Más aún, en el caso de lo relatado por M., señala la importancia de que existan profesionales de la salud que fueran miembros de la iglesia. En sus palabras:

hay otra doctora que ha venido acá a la iglesia que, con todo esto de las dos vidas ha contado tantas cosas, que por eso yo digo que es tan importante que los que tenemos fe nos podamos insertar en cada área para poder transmitir y para poder tener esa fe.

Finalmente, y respecto al vínculo con el profesional, D. manifestó una clara distancia afectiva al momento de la consulta:

Al contrario, me di cuenta que no se pueden involucrar con los pacientes porque se mueren detrás de ellos. Porque yo decía 'no me mira, no me da bola, no me sonrío'. Las otras personas, por ejemplo, las enfermeras tienen otro trato. Después está el que viene a tener compasión y yo los despreciaba terriblemente. Yo les decía: 'yo no me voy a morir para darte el gusto a vos'.

Esta observación nos lleva a preguntarnos cómo se establece el vínculo de confianza que define dónde y cuándo poner el cuerpo para una intervención. A diferencia de los procedimientos de autoatención donde el vínculo de confianza se genera, tal como señalamos, por el entorno familiar, saberes populares o interacción de microgrupos; en el campo biomédico la confianza parece basarse en la legitimidad de un conocimiento que opera como factor de referencia para dicha entrega: “El médico es el que sabe”, afirmó la entrevistada.

A partir de las entrevistas pudimos observar que en los espacios religiosos también se contemplan y hasta legitiman el saber de la ciencia y la biomedicina como campo fundamental para la intervención de la salud, entrelazándose unas y otras creencias y saberes. En palabras de la entrevistada: “él [haciendo referencia al cura] siempre dice que a los médicos hay que hacerle caso”. En ese sentido, parecería que la cuestión afectiva de la fe religiosa y el acompañamiento ofrecido a quienes transitan por una enfermedad, completa de algún modo, la ausencia de estos aspectos en el campo de la biomedicina.

Reflexiones sobre prácticas de autoatención en el municipio de Avellaneda

Identificar las representaciones y prácticas sociales que se utilizan para “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan la salud en términos reales o imaginarios” (Menéndez, 2003:198), nos permitió conocer algunas de las formas de autoatención a la salud que intervienen en el contexto del municipio de Avellaneda. En ese sentido, y como ya se ha señalado observamos que, si bien hay una tendencia a privilegiar los tratamientos biomédicos como forma legítima de interpretar tanto como de atender los distintos padecimientos, encontramos que existen otras formas de atención a la salud. Se trata de una multiplicidad de prácticas sustentadas en saberes, creencias y valores que en ocasiones

pueden resultar antagónicas pero que en la cotidianeidad suelen articularse a la hora de atender los padecimientos.

Entendemos que focalizarnos en producir marcos interpretativos para el análisis de las prácticas de autoatención parece relevante en tanto la misma “constituye la forma de atención de los padecimientos y enfermedades más frecuente y constante” (Menéndez; 2018:106).

A su vez, teniendo en cuenta la perspectiva de que los procesos de salud-enfermedad-atención implican procesos sociales, económicos y culturales que “posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales” (Menéndez, 2003:188) pudimos observar que:

- ▶ Las definiciones realizadas en torno al binomio salud/enfermedad utilizadas refirieron a una perspectiva individual del mismo más que a aspectos ambientales, sociales, históricos o contextuales.

- ▶ En consonancia, las múltiples formas de atención a la salud mencionadas también estuvieron vinculadas con intervenciones de nivel individual (asistir a tratamientos biomédicos, consultas a sanadores/as, tomar hierbas medicinales) más que colectivas (participar en movimientos ambientalistas, o en sindicatos para mejorar las condiciones laborales, por ejemplo). Así observamos que las tramas de sentido que se suelen generar en torno a problemáticas de la salud, están sustentadas en perspectivas individuales y privadas, y descontextualizadas de otros aspectos de la vida cotidiana.

- ▶ Las prácticas religiosas más referenciadas también parecen delimitarse al espacio privado, en donde se realizan rituales desinstitucionalizados. Los mismos fueron expresados en afirmaciones como: “realizo ruegos desde casa” o “religiosa a mi manera.”

- ▶ Las diversas prácticas orientadas al cuidado de la salud suelen estar sustentadas en perspectivas ideológicas, cosmo-

lógicas y epistemológicas muchas veces antagónicas entre sí. Como es el caso de la utilización de métodos curanderiles y el uso de métodos alopáticos.

► La consulta sobre problemáticas en torno a la salud a grupos primarios (familia, amistades, colegas) es percibida como una fuente fiable de información. La misma parece tener una influencia decisiva a la hora de orientar la búsqueda de asistencia a distintos tipos de curadores/as, ya sea incentivando o inhibiendo el uso de distintos tipos de servicios de salud.

En los casos analizados, la búsqueda de eficacia en una multiplicidad de estrategias de atención a los padecimientos no parece estar regida por limitaciones materiales, por lo menos en lo que respecta al uso de la biomedicina. Las personas consultadas afirmaron tener obra social y prestadores de salud. Además, parece necesario considerar que todas ellas habitan en la zona metropolitana de Buenos Aires, por lo que cuentan con una diversidad de servicios biomédicos a su disposición.

Reflexiones finales

Como estudiantes de la Licenciatura Gestión Cultural nos gustaría mencionar, finalmente, que participar de esta experiencia de investigación nos abrió las puertas a la generación de nuevos interrogantes acerca del campo de acción profesional. Al observar de qué manera se conjugan estrategias de atención a la salud realizadas por los distintos grupos sociales pudimos evidenciar que en la percepción de la salud se incluyen múltiples variables relativas al campo cultural, un campo que suele ser desestimado por los discursos biomédicos (Menéndez, 2003) al pensar los procesos de salud-enfermedad-atención/prevenición.

Así, entendemos que la gestión cultural debe ser involucrada en problemáticas que estén por fuera de sus circuitos tradicionales, es decir, ocuparse de prácticas generalmente en-

tendidas como “no” culturales (Vich, 2018) para brindar claves interpretativas colectivas, relacionadas con el campo de la salud en este caso; fomentar la creación de nuevos significados y prácticas alternativas que impliquen la acción de diversos actores sociales. Profesionales que, al provenir de distintos campos, potencien la posibilidad de generar acciones transversales e integrales de promoción de la salud.

Referencias bibliográficas

- Geertz, C. (2001): *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.
- Johnson, M. C., y Olmos Álvarez, A. L. (2021): “De clínicas y santuarios: Itinerarios de creyentes usuarias de reproducción humana asistida (TRHA) en Argentina”. *Sociedad y Religión*, XXXI(57), 17. Recuperado de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/ojs/index.php/sociedadyligion/article/view/938>
- Karnam, S., y Raghavendra, P. (2017): “Hybrid Doctors: The Need Risen From Informed Patients”. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Recuperado de: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/23163.9200>
- Menéndez, E. (1984): “El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”. *Arxiu D’etnografia de Catalunya*, 3, 84–119. Recuperado de: <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>
- Menéndez, E. (2003): “Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2018): “Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos”. *Desacatos*, 58, 104–113.
- Olmos Álvarez, A. L. (2018): “Entre médicos y sanadores: Gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico

argentino". *Salud Colectiva*, 14(2), 225. Recuperado de:
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>

Vich, V. (2018): "¿Qué es un gestor cultural? (En defensa y en contra de la cultura)". En Canal, C.Y. (2018) *Praxis de la gestión cultural* (pp. 47–55). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

**“Cuando tengo un problema de salud
primero voy al médico y luego a la iglesia”:
reflexiones sobre salud y creencias
a partir de una encuesta en Argentina**

Gabriela Irrazábal

Introducción

En las últimas décadas, las ciencias sociales han presentado una amplia producción que puso el foco en la intersección entre las creencias y la salud. Gran parte de las investigaciones se han centrado principalmente en marcar las tensiones entre las cosmovisiones religiosas y el modelo médico-hegemónico (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2021; Irrazábal *et al.*, 2019). Es decir, un modelo médico que se caracteriza por su biologismo, pragmatismo e individualismo y por cumplir funciones de normatización, control y legitimación (Menéndez, 2020). En esta línea se destacan los trabajos que apuntan a destacar el pluralismo médico existente en las sociedades contemporáneas, las prácticas de cuidado y autoatención. También hacen referencia a la “intermedicalidad”, refiriéndose a las cuestiones ideológico-políticas y económicas que están involucradas en la interacción entre profesionales biomédicos y grupos subalternizados y destacando que, en un marco de una relación asimétrica, las personas incorporan, se apropian y re-significan las prácticas biomédicas (Langdon, 2018).¹

A su vez, otro grupo importante de investigaciones se centra en los espacios de intersección y articulación entre las creencias

1 Langdon (2018) señala que el concepto de intermedicalidad fue propuesto originalmente por Green (1998) y desarrollado en América Latina en estudios sobre medicinas indígenas e interacción con profesionales biomédicos en los estudios de antropología médica a partir de los años 2000.

y la salud, atendiendo a los procesos de complementariedad terapéutica y prácticas de sanación que apuntan al bienestar vinculado con la espiritualidad y modelos de atención holísticos (Catoggio *et al.*, 2020; Algranti y Mosqueira, 2018; Giménez BÉliveau *et al.*, 2018; Olmos Álvarez, 2018).

La complementariedad terapéutica ha sido entendida tanto como combinación de tratamientos en el marco del modelo médico hegemónico (Garay *et al.*, 2010) como también en relación con aquellas medicinas complementarias o alternativas que atienden el cuidado de la salud y no están enmarcadas dentro del ámbito de lo biomédico (Saizar *et al.*, 2013).

Los distintos estudios sociales sobre la temática han trabajado principalmente desde perspectivas metodológicas cualitativas y se encargan de dar cuenta de las formas en que las personas recurren a diversos tratamientos y estrategias de sanación. En este marco, muchas de las estrategias han sido analizadas como articulaciones positivas en el área de la biomedicina (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2021). Es este punto, un ejemplo claro resultan los estudios que dan cuenta de los itinerarios de articulación entre la biomedicina y las creencias en el marco del acceso a las tecnologías de reproducción humana asistida (Johnson y Olmos Álvarez, 2021). En un proceso no lineal y cargado de tensiones se recurre a las creencias y prácticas como complemento en las experiencias de usuarias de tecnologías reproductivas (Johnson y Olmos Álvarez, 2021). También resultan ilustrativos de estos procesos el uso de terapias complementarias por parte de profesionales biomédicos en la atención de padecimientos como hipertensión (Fernández Cervilla, 2017), reducción del dolor en pacientes oncológicos (Moura *et al.*, 2020) y salud mental (Santos *et al.*, 2020).

En general estas investigaciones señalan la sinergia entre las creencias religiosas y la biomedicina, los aspectos positivos que la espiritualidad aporta en la efectividad y adherencia a los tratamientos biomédicos y las posibilidades de comprensión de la experiencia de salud-enfermedad en marcos de sentido que permiten inte-

grar los padecimientos en las trayectorias vitales de las personas. Johnson y Olmos Álvarez (2021) detectan acertadamente estos procesos recurriendo a la noción de itinerarios de articulación entre la biomedicina y las creencias resaltando que se trata de un proceso cargado de matices y en constante re-significación.

Por otra parte, desde principios de la década del 2000 se han señalado los conflictos que surgen de las dificultades en la gestión de la diversidad cultural y religiosa en instituciones sanitarias (García Romeral, 2007). Un punto central de este tipo de estudios es señalar las diversas maneras en que el sistema biomédico da respuesta a la diversidad al interior de sus instituciones. En las últimas décadas se observa una adecuación de las instituciones tanto en sus estructuras edilicias como en su incorporación de personal específico para brindar espacios de “cuidado espiritual” (Antoine *et al.*, 2022), al menos en los países del norte global.

Estas investigaciones muestran (Irrazábal, 2018), que el catolicismo ya no aparece como la única opción disponible de asistencia espiritual en las instituciones sanitarias y que, sin embargo, la regulación y organización de los espacios de asistencia continúan evidenciando una posición de privilegio del catolicismo. Asimismo, existe una demanda de las personas por la asistencia espiritual no católica y se observa que a las instituciones de salud les cuesta manejar la diversidad religiosa. También se sostiene un discurso de reconocimiento del derecho a la libertad religiosa y a la solicitud de asistencia espiritual de los pacientes. Se convoca a los ministros de religiones no católicas cuando un paciente o sus familiares lo solicitan, pero los espacios destinados al culto dentro de las instituciones continúan siendo católicas o bien se enmarcan dentro de cosmovisiones cristianas. Esta situación nos invita a reflexionar sobre los crecientes grados de diversidad religiosa en la población argentina que no se ven contempladas en las instituciones de salud: los oratorios, los capellanes y los servicios religiosos son generalmente de la religión católica.

Por último, otra importante tradición de producciones académicas refleja las tensiones y conflictos que se producen en el marco de la atención sanitaria en instituciones de salud entre las creencias de los profesionales de la salud y las de los pacientes (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2021). Aquí se destacan las dificultades que implican para los profesionales de la salud el ofrecimiento de prácticas de atención previstas por la normativa vigente que no se adecuen a sus creencias religiosas. Estas tensiones conllevan acciones de objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud. Esta impugnación se lleva a cabo en el marco del ejercicio, por parte de las personas, de la libertad sin imponer la realización de prácticas que estén en contra de los valores morales, éticos y religiosos y que no impliquen daños a terceros (Fernández Lerena, 2017).

Las cuestiones que más se han relevado como conflictivas en el marco de la atención a la salud (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2021) se relacionan con los distintos protocolos de atención sobre aborto; la salud sexual y reproductiva; las prácticas médicas al final de la vida (muerte digna y eutanasia); el uso y acceso a las distintas tecnologías reproductivas; y también los procedimientos médicos incluidos en la ley de identidad de género (Neer, 2018). Los estudios remarcan el modo en que la adecuación normativa a una perspectiva que garantice los derechos de los pacientes en Argentina supuso el rechazo de algunos sectores vinculados con grupos religiosos (Peñas Defagó *et al.*, 2021). Esta oposición a los avances en materia legislativa implicó también estrategias de litigio en ámbitos judiciales y declaraciones masivas de objeción de conciencia en instituciones sanitarias.

En síntesis, la discusión en las ciencias sociales de Argentina sobre la intersección entre la salud y las creencias ilustra las siguientes situaciones:

- Las personas combinan y articulan de manera positiva los tratamientos biomédicos con prácticas provenientes de otras medicinas y la auto-atención.

► En el marco de estrategias de cuidado y auto-atención las personas recurren a cosmovisiones espirituales y religiosas para lograr bienestar y sanación.

► Los profesionales de la salud manifiestan tensiones entre sus propias creencias, formación biomédica y ante prácticas solicitadas por los pacientes que aparecen como contrarias a su conciencia.

► Algunos profesionales de la salud se muestran favorables a la complementariedad terapéutica y recurren incluso a prácticas de medicina integrativa y/o tradicional junto con la biomédica.

► Las instituciones de salud, cada vez más, adecúan sus establecimientos para ofrecer salas de culto multiconfesionales y ofrecen servicios de asistencia y cuidado espiritual a través del establecimiento de capellanías, también multiconfesionales.

Todas estas dinámicas de interacción entre salud y creencias que la literatura especializada recupera, reflejan un estado de situación que colisionó con la Pandemia COVID-19. En Argentina, aunque también en otros lugares del mundo, las medidas sanitarias implicaron períodos extensos de cuarentenas preventivas, suspensión de la atención sanitaria salvo para casos de COVID o emergencias (Ministerio de Salud de Argentina, 2020). En este sentido se desplegó un modelo médico hegemónico en detrimento de las experiencias previas de adecuación a prácticas integrativas y complementariedades terapéuticas.

Por ello, en el marco del Proyecto “Ciencia y catolicismo: perspectivas y circuitos de diálogo entre Argentina y Europa”, —que fue financiado en seis áreas científicas por la Universidad de Birmingham y la Fundación Templeton— recurrimos a una encuesta para poder conocer cuáles fueron los padecimientos de salud más frecuentes durante la pandemia y las formas en que las personas los afrontaron teniendo en cuenta esta situación macro de suspensión del nivel de atención primario a la salud.

Materiales y Métodos

Los datos presentados en este artículo surgen de una encuesta titulada “Ciencia, Salud y Creencias en Pandemia en Argentina (2021)”. En la misma, se utilizó un muestreo no probabilístico (*river sampling*) entre usuarios de internet y teléfonos móviles correspondientes a residentes de Argentina mayores de 18 años. Se aplicó un cuestionario auto-administrado estructurado durante agosto y octubre de 2021. Las dimensiones relevadas en el cuestionario abordan la percepción pública de la ciencia; la articulación de la ciencia con las propias creencias religiosas; opiniones sobre las vacunas y las tecnologías reproductivas; padecimientos de salud del último año; creencias sobre el Coronavirus y aceptación de las medidas preventivas; y fallecimiento de familiares en el último año y manejo del duelo.

La muestra estuvo compuesta por 4537 casos distribuidos según género: varones (1976, 43,6%), mujeres (2453, 54,1%) y otros (35, 0,8%). Según edad: entre 18 y 29 años (1405, 31,0%), entre 30 y 44 años (1748, 38,5%), entre 45 y 64 años (1024, 22,6%), 65 años y más (281, 6,2%) y Ns Nc (80, 1,8%). Según región: Noroeste (NOA: 456, 10,1%); Noreste (NEA: 615, 13,6%); Cuyo (508, 11,2%); Centro (1027, 22,6%); Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA: 1290, 28,4%); Patagonia (564, 12,4%); Prefiere no responder (77, 1,7%). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética (CECIC) RD 20061211-2857 J14/6/202. Los primeros resultados de este estudio fueron publicados en dos informes del CEIL CONICET (Irrazábal, 2021; Irrazábal y Olmos Álvarez, 2022).

Principales resultados

Los resultados de la encuesta “Ciencia, Salud y Creencias en Pandemia en Argentina (2021)” muestran que, durante el último año, las personas declaran haber atravesado al menos 3 problemas de salud (Irrazábal, 2021; Irrazábal y Olmos Álvarez, 2022).

En primer lugar, se trata de afecciones vinculadas a la salud mental y luego a alergias y problemas de piel, Al menos 2 de cada 10 tuvieron Covid. (Tabla 1).

Entre los respondentes de las regiones del NOA y el NEA las afecciones vinculadas a la ansiedad y la depresión tuvieron mayor incidencia (Tabla 2). El análisis regional ilustra, además, que los residentes del norte del país declararon en general más padecimientos que quienes habitan otras regiones. Asimismo, las mujeres vieron más afectada su salud que el resto de los respondentes (Tabla 3).

Se destaca que una gran proporción de respondentes (3 de cada 10) no recurrió a nadie para atender la ansiedad y a la depresión y 2 de cada 10 tampoco lo hicieron para cuestiones que consideraron psiquiátricas (Irrazábal, 2021; Irrazábal y Olmos Álvarez, 2022). Quienes tuvieron ansiedad y depresión acudieron a profesionales de la salud mental en el orden del 42,4% y 34,9% (Irrazábal, 2021; Irrazábal y Olmos Álvarez, 2022).

Quienes atravesaron problemas de salud recurrieron además a cuidados complementarios. En este punto, se observa que casi la mitad de las y los respondentes declaran haber recurrido a comidas y plantas medicinales e infusiones de hierbas como cuidados complementarios (Tabla 4). Quienes se declararon creyentes entendieron a la salud como estado que deriva de una bendición, la misma debe cuidarse y sostenerse a través de la ayuda de la ciencia:

Si bien sabemos que Nuestro Padre Celestial (Dios) nos bendice con salud, cada vez que no nos cuidamos, comemos en exceso, no nos ejercitamos, etc. podemos enfermarnos. La premisa es que no debemos dejar de consultar con un profesional de la medicina para restaurar nuestra salud física, emocional o psiquiátrica. Si sentimos que algo no está bien en nuestra salud, debemos primero ir a un médico, sea cual fuere su especialidad. (Respondente: mujer de entre 25-35 años).

La articulación entre ciencia y religión en el marco de la búsqueda de estados de salud se observa también en el recurso a la oración como cuidado complementario: 3 de cada 10 personas recurrieron a cadenas de oraciones y rezos (Tabla 4) que, para los creyentes religiosos, funcionan como un sostén en un marco cargado de incertidumbre y cercanía con la muerte por la COVID:

...es simple cuando uno se enferma la ciencia da todo por ayudar a curarlo y le pedimos por oraciones a nuestro Señor. Pero muchas veces no está en sus planes que esa persona quede con sus seres queridos, sino que la llama a su lado. (Respondente: varón de entre 18-24 años).

Asimismo, un dato que resulta relevante para entender el grado de bienestar que las personas tuvieron durante la pandemia es que junto con los padecimientos físicos y de salud mental en general, se sumaron las situaciones de violencia en los hogares que alcanzaron a 2 de cada 10 respondentes. Las principales fueron maltrato y hostigamiento psicológico (76,3%) y luego golpes (18,1%). Además, 5,6% declararon haber sufrido violencia sexual durante el último año. Las mujeres fueron quienes padecieron esta situación (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2022).

Por último, el escenario de muertes masivas producto de la COVID impactó también en la salud de las personas. En la encuesta, 4 de cada 10 respondentes declararon que un ser querido falleció durante el último año (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2022). En el período en que fallecieron estas personas, los sepelios y las reuniones grupales estaban prohibidas por disposiciones sanitarias (Ministerio de Salud, 2020). Para los creyentes, la consideración de la pandemia y la interpretación de la muerte como un designio divino y parte de un plan de Dios aparece como un recurso que permite dar sentido a la experiencia vivida.

Las personas que partieron están junto a Dios en plenitud. Tengo paz interior y rezo. (Respondente: varón de entre 45-55 años).

Una prueba que como creyente acepto y en la que me confío a Dios que, como soy católico, es para mí la Santísima Trinidad (Respondente: varón de más de 60 años).

Duele mucho no verlos físicamente más, cuesta aceptar esta situación, es como si se nos rompe el espejo en la cual nos miramos. Pero acepto que es algo natural y que nos va a ocurrir a todos, que no hay que tener miedo ni desesperación pues allí también están los que nos precedieron. A través de Dios y su infinita sabiduría se encuentra la paz que hemos deseado en esta vida (Respondente: mujer de entre 45-55 años).

Por mi fe creo que nadie parte antes que Dios lo decida. Aprendí que en tiempos difíciles cuando no hay personas amadas cerca, siempre está Dios, como primer recurso, no como el último. Hay una pandemia, bueno, es tiempo de cuidarnos y aislarnos, pero los que tenemos fe no estamos solos, estamos en la presencia de Dios (Respondente: mujer de entre 30-44 años).

A todos Dios nos marca la entrada y salida del mundo terreno. (Respondente: mujer de entre 18—24 años)

Los principales resultados de la encuesta “Ciencia, Salud y Creencias” muestran que para los respondentes su salud física y mental se vio afectada durante la pandemia COVID-19 en Argentina. La mayoría declara haber sufrido 3 padecimientos en simultáneo entre los que se destacan la depresión, la ansiedad y las cuestiones psiquiátricas. Esta situación se vio aún más perjudicada por experiencias de violencia en los hogares y la muerte de familiares y seres queridos. En este contexto, los y las creyentes encontraron en la religión y la fe en Dios marcos interpretativos que les permitieron dar sentido a las experiencias vividas durante la pandemia.

Discusión

La Pandemia COVID-19 en Argentina, al igual que en otros países, supuso la suspensión de actividades cotidianas mediante el establecimiento de medidas sanitarias que implicaban cuarentenas preventivas y obligatorias para toda la población. Las restricciones también incluían la atención primaria de la salud, ya que el sistema médico se vio abocado principalmente a la COVID y a las emergencias. En ese marco, los controles médicos de rutina y la atención primaria se vieron interrumpidos y las personas no pudieron dar continuidad a los tratamientos requeridos por padecimientos previos a la pandemia. Además, se sumaron afecciones tanto físicas como mentales durante el período de restricciones sanitarias. El bienestar psico-social se vio afectado durante la pandemia de COVID-19 y las personas no tuvieron acceso a la atención primaria. En ese marco, y según los resultados de la encuesta, se observaron altos niveles de articulación positiva entre salud y creencias en el plano individual y al interior de los hogares para hacer frente a los padecimientos físicos y mentales experimentados: “hay enfermedades que la ciencia no puede curar, solo la creencia y la fe en Dios” (Respondente: mujer de más de 60 años).

Por otra parte, la articulación positiva también se observa en el recurso a las creencias o sistemas médicos no hegemónicos para lograr estados de salud y bienestar. Curas de empacho y ojeo, flores de bach, reiki, y homeopatía aparecieron como elementos de sanidad para gran parte de las personas que respondieron la encuesta.

Por último, la articulación positiva entre ciencia, salud y creencias permitió a los respondes dar sentido y un marco de interpretación a las muertes de seres queridos y personas cercanas en el marco de la pandemia COVID. Una cuestión que resulta interesante retomar es cómo desde las políticas públicas se afrontó a la pandemia desde la biomedicina. Teniendo en cuenta la situación de emergencia, se organizó la atención de

los pacientes en el marco del modelo médico hegemónico y, en este punto, también se suspendieron los procesos de avances en la adecuación de las instituciones sanitarias a la diversidad cultural y religiosa que venían desarrollándose previo a la pandemia (García Romeral, 2007).

Las estrategias de atención basadas en medicinas complementarias (Saizar *et al.*, 2013) o los novedosos abordajes de “cuidado espiritual” en instituciones biomédicas (Antoine *et al.*, 2022) se vieron interrumpidos también por la situación de emergencia.

En este contexto surgen algunos interrogantes que, aún no pueden ser respondidos, pero que es importante dejar planteados para futuras indagaciones.

En primer lugar, en relación con las instituciones sanitarias, si existe margen para el restablecimiento de los procesos de complementariedad terapéutica y prácticas de sanación, descritos en la literatura como situaciones previas a la pandemia, que apunten al bienestar vinculado con la espiritualidad y modelos de atención holísticos en las instituciones sanitarias.

Luego, también en relación con las instituciones sanitarias y la gestión de la diversidad religiosa, cuáles serán las formas en que se reintegren los procesos de adecuación edilicia con el establecimiento de espacios multi-confesionales y también de la asistencia y cuidado espiritual de los pacientes, espacialmente en momentos del final de la vida.

En relación con los creyentes, la encuesta “Ciencia, Salud y Creencias” en contexto de pandemia Covid-19 en Argentina nos permite reflexionar sobre las diversas formas en que las personas han afrontado los padecimientos experimentados. Los interrogantes aquí se relacionan con las maneras en que quienes requieran asistencia sanitaria tomen contacto con el sistema biomédico luego de haber pasado un período extenso recurriendo a prácticas de auto-cuidado y atención y hasta la oración para curar sus padecimientos.

Referencias bibliográficas

- Algranti, J. y Mosqueira, M. (2018): "Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de 'rehabilitación' de usuarios de drogas en Argentina". *Salud Colectiva* 14(2):305. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1521>
- Antoine, A. *et al.* (2022): "What organizational and business models underlie the provision of spiritual care in healthcare organizations? An initial description and analysis". *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(2), 272-284
- Catoggio, M.S., Taly Barán e Irrazábal, G. (2020): "Salud y creencias en Argentina: saberes, decisiones y demandas". *Sociedad y Religión* 55(XXX):1-31.
- Fernández Cervilla, A.B. (2017): Eficacia del Reiki sobre la regularización de la tensión arterial en personas con hipertensión arterial. *Tesis de doctorado*, Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/118127>
- Fernández Lerena, M. (2017): La objeción de conciencia | DELS. Recuperado 11 de mayo de 2022 de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-objecion-de-conciencia>
- García-Romeral, G., Forteza, M., y Grier Llonch, M. (2007): "Gestión de la diversidad religiosa en el ámbito sanitario catalán". Inguruak: *Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria*. Revista vasca de sociología y ciencia política, 43, 57-74. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2565257>
- Garay, C. *et al.* (2010): Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anuario de investigaciones*, 17, 41-48. Recuperado en 04 de mayo de 2022 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100004&lng=es&tlng=es.G
- Irrazábal, G. (2018): "Procesos de institucionalización del servicio de capellanía y la asistencia espiritual no católica para

- hospitales públicos de Argentina”. *Salud colectiva*, 14, 355-371. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1573>
- ____ (2021): “Salud, bienestar, coronavirus y vacunas según región y adscripción religiosa. Primer Informe de la Encuesta Ciencia, Salud, Creencias y Sociedad en contexto de pandemia Covid-19 en Argentina”. *Materiales de investigación CEIL (9)*. Recuperado de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2021/12/m9-Irrazabal-Salud-bienestar-coronavirus.pdf>
- Irrazábal, G., Belli, L., y Funes, M.E. (2019): “Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina”. *Revista Bioética*, 27(4), 728–738. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274356>
- Irrazábal, G. y Olmos Álvarez, A.L. (2021): “Objeción de conciencia y complementariedad terapéutica en pacientes y profesionales de la salud del Gran Buenos Aires, Argentina”. *Revista Argentina de Medicina* (2021) 9(3), Pp. 249-257. Recuperado de: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/630/511>
- ____ (2022): “Las mujeres en pandemia: salud, bienestar, formas de atención, coronavirus y vacunas. Segundo Informe de la Encuesta Ciencia, Salud, Creencias y Sociedad en contexto de pandemia Covid-19 en Argentina”. *Materiales de investigación CEIL (10)*. Recuperado de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2022/01/m10-Irrazabal-Olmos-Alvarez-Mujeres-en-pandemia-Salud-bienestar-coronavirus.pdf>
- Johnson, M. y Olmos Álvarez, A. (2021): “De clínicas y santuarios: Itinerarios de creyentes usuarias de reproducción humana asistida (TRHA) en Argentina”. *Sociedad y Religión XXXI (57)*:17.
- Langdon, E.J. (2018): “Salud indígena en Brasil: Pluralismo médico y autoatención”. *Desacatos*, 58, 8-15. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1607-050X2018000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ministerio de Salud de Argentina (2020, marzo 13): ¿Qué medidas está tomando el gobierno? Argentina.gob.ar.

- Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/medidas-gobierno>
- Ministerio de Salud de Argentina (2020): Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manejo-cadaveres-covid-19.pdf>
- Menéndez, E.L. (2020): “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva*, 16, e2615. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Moura, A.C. de Abreu, y Silva Gonçalves, C.C. (2020): “Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia”. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 9(1), 101-108. Recuperado de: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2649>
- Neer, A.F. (2018): “Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280318>
- Olmos Álvarez, A. (2018): “Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino”. *Salud Colectiva* 14(2):225. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Peñas Defagó, A., Sgró Ruata, C. y Johnson, M. C. (2021): *Neo-conservadurismo y política sexual Discursos, estrategias y cartografía en Argentina*. Córdoba: Ediciones del Puente.
- Rodríguez dos Santos, C. et al. (2020): “Reiki protocol for preoperative anxiety, depression, and well-being: A non-randomized controlled trial”. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012403630>
- Saizar, M.M., Sarudiansky, M., y Korman, G.P. (2013): “Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas.

La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina". *Psicología & Sociedade*, 25, 451-460. Recuperado de: <http://www.scielo.br/j/psoc/a/RxxJW74vtwMTJnDDrJ6pXXv/?lang=es>

ANEXO TABLAS

Tabla 1. Padecimientos de salud declarados durante la pandemia Covid-19 en Argentina.

	TOTAL
Trastorno de ansiedad	47,2%
Alergias	42,3%
Depresión	36,8%
Problemas de piel	34,7%
Covid/Coronavirus	25,7%
Hipertensión	14,7%
Afecciones psiquiátricas	14,0%
Asma/problemas respiratorios	13,8%
Empacho/mal de ojo	13,6%
Dificultades/imposibilidades para tener hijos	7,6%
Problemas o enfermedades del corazón	7,5%
Consumo problemático de sustancias	7,1%
Diabetes	4,6%
ITS	3,7%
Culebrilla	1,8%
Cáncer	1,2%
Dengue	1,1%
Chagas	0,4%
Tuberculosis	0,1%
Base: Total entrevistados (4537 casos)	
Fuente: Encuesta Ciencia, Salud y Creencias en Argentina	

Tabla 2. Padecimientos de salud declarados durante la pandemia Covid-19 en Argentina según región.

	TOTAL	NOA	NEA	CUYO	CENTRO	AMBA	PATA-GONIA
Trastorno de ansiedad	47,2%	52,5%	52,8%	49,2%	45,8%	43,9%	44,8%
Alergias	42,3%	53,4%	41,9%	46,4%	40,1%	38,2%	43,0%
Depresión	36,8%	44,0%	39,9%	34,0%	32,6%	37,3%	35,5%
Problemas de piel	34,7%	39,5%	34,6%	30,3%	31,8%	36,8%	35,0%
Covid/Coronavirus	25,7%	33,3%	22,2%	29,5%	26,3%	20,1%	30,8%
Hipertensión	14,7%	12,0%	16,9%	12,9%	14,0%	15,7%	14,6%
Afecciones psiquiátricas	14,0%	12,5%	17,6%	14,1%	14,5%	12,7%	13,2%
Asma/problemas respiratorios	13,8%	17,7%	13,3%	13,2%	12,5%	13,5%	14,9%
Empacho/ mal de ojo	13,6%	11,6%	19,5%	11,3%	13,3%	12,3%	14,7%
Dificultades/imposibilidad para tener hijos	7,6%	8,3%	6,1%	7,3%	8,3%	6,7%	9,5%
Problemas o enfermedades del corazón	7,5%	9,0%	8,9%	6,1%	7,0%	8,1%	5,9%
Consumo problemático de sustancias	7,1%	6,2%	10,0%	4,5%	6,1%	7,8%	7,2%
Diabetes	4,6%	4,4%	3,8%	3,0%	4,2%	6,3%	3,8%
ITS	3,7%	5,3%	3,0%	3,3%	4,0%	2,8%	5,1%
Culebrilla	1,8%	1,8%	1,2%	2,3%	1,7%	2,1%	1,6%
Cáncer	1,2%	,3%	,7%	1,4%	1,7%	1,2%	1,0%
Dengue	1,1%	2,2%	3,3%	,7%	,7%	,6%	,3%
Chagas	0,4%	,4%	,6%	,2%	,7%	,2%	,1%
Tuberculosis	0,1%	,2%	,2%	0,0%	,1%	,1%	0,0%
Base: Total entrevistados (4537 casos)							
Fuente: Encuesta Ciencia, Salud y Creencias en Argentina							

Tabla 3. Padecimientos de salud declarados durante la pandemia Covid-19 en Argentina según género.

	TOTAL	Varones	Mujeres
Trastorno de ansiedad	47,2%	40,7%	52,0%
Alergias	42,3%	35,6%	47,5%
Depresión	36,8%	35,4%	37,3%
Problemas de piel	34,7%	27,6%	40,1%
Covid/Coronavirus	25,7%	25,9%	25,5%
Hipertensión	14,7%	16,6%	13,3%
Afecciones psiquiátricas	14,0%	10,5%	16,4%
Asma/problemas respiratorios	13,8%	12,3%	14,8%
Empacho/mal de ojo	13,6%	10,9%	15,7%
Dificultades/imposibilidad para tener hijos	7,6%	6,0%	8,9%
Problemas o enfermedades del corazón	7,5%	8,4%	6,8%
Consumo problemático de sustancias	7,1%	10,0%	5,1%
Diabetes	4,6%	5,5%	3,8%
ITS	3,7%	3,6%	3,9%
Culebrilla	1,8%	1,7%	2,0%
Cáncer	1,2%	1,1%	1,2%
Dengue	1,1%	1,3%	1,0%
Chagas	0,4%	,4%	,3%
Tuberculosis	0,1%	,1%	,1%
Base: Total entrevistados (4537 casos) Fuente: Encuesta Ciencia, Salud y Creencias en Argentina			

Tabla 4. Principales cuidados complementarios ante problemas de salud.

	Total
Uso de comidas y plantas medicinales	49,6%
Té de yuyos	48,4%
Cadena de oración, oraciones y rezos	27,3%
Cura del empacho	19,7%
Cura del ojo	12,3%
Homeopatía	12,1%
Reiki	10,6%
Flores de Bach	7,3%
Base: Total entrevistados (4537 casos). Fuente: Encuesta Ciencia, Salud y Creencias en Argentina	

La construcción de vínculos dialógicos entre el personal de salud y pacientes en contextos hospitalarios

Laura Ferreño

¿Cuáles son los rasgos de la medicina de hoy?

Primero: *la especialización técnica;*

segundo: *la colectivización de la asistencia médica...*

Tercer[o]: *la deshumanización, la ausencia de interrelación médico-enfermo.*

Jorge Trainini

Introducción

El Observatorio de Ciudadanía Cultural (OBCIC) de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) había recibido desde el Departamento de Cultura y Arte una invitación para disertar en las V Jornadas Perinatales “Comunicación saludable” organizadas por un centro de salud pública de Crucecita en el Municipio de Avellaneda a realizarse en noviembre de 2014. La posibilidad de dialogar, intercambiar percepciones y marcos conceptuales con quienes enfrentan diariamente los retos de los contactos interculturales constituía todo un reto en aquel año, cuando la UNDAV en general y el OBCIC en particular, realizaban los primeros acercamientos territoriales.

El OBCIC desde su creación había centrado su atención en las formas de construcción y fortalecimiento de los vínculos desde una perspectiva “desde abajo”, priorizando así las prácticas territorializadas de los actores, estos fueran políticos, gestores o simples ciudadanos (Abélès, 1990; 1997) y los mecanismos que se conformaban entre las instituciones y la ciudadanía. Su enfoque era, centralmente, las diversas formas que asume la dimensión cultural de las relaciones humanas.

El desafío resultaba interesante por las características de la institución convocante, el Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Ana Goitia. Las pacientes, en su mayoría en situación de vulnerabilidad, provienen desde los barrios más pobres no solo del municipio de Avellaneda sino de otros alrededores. Algunas de ellas migraron desde alejadas zonas rurales o periurbanas del interior argentino; otras desde países vecinos. Todas traían consigo sus propias tradiciones y costumbres respecto a prácticas en momentos cruciales de la vida de cualquier mujer: el embarazo, el parto y el puerperio.

La convocatoria constituía un espacio propicio para reflexionar respecto a qué estrategias se desplegaban para “atraer” y “retener” dentro del sistema sanitario perinatal a las mujeres con cosmovisiones diferentes de aquellas hegemónicas impuestas desde la lógica de la burocracia estatal sanitaria (personal médico, de enfermería y de administración). Estas siempre se encuentran en tensión por la asimetría de los contactos entre las personas, vinculadas a las relaciones de poder desiguales que subyacen explícita o implícitamente entre ellas y las reglas intrahospitalarias que las sustentan. La reproducción de relaciones interpersonales de estas características conlleva a través del tiempo a su “naturalización” debido a que las técnicas institucionales (los protocolos) funcionan como instrumentos tipo “tenaza” que legitiman prácticas de dominación biomédicas de los profesionales (Giménez Béliveau, Irrazábal, Griera, 2018) y de obediencia/dominación desde las pacientes (Olmos Álvarez, 2018).

En los consultorios, cotidianamente, emergen dudas de las pacientes respecto a prácticas del modelo médico hegemónico que deberían interpelar al sistema de salud respecto al abordaje de la interculturalidad tanto desde el marco epistemológico de la política pública en Argentina en general y de la sanitaria en particular como desde los diversos actores intervinientes (Estado, niveles de gobierno, instituciones, profesionales y pacientes, entre otros). En los contextos hospitalarios descriptos ¿la ciudadanía se visibiliza conformada por sujetos culturales diversos o, por el

contrario, esta posibilidad era obturada y solo una perspectiva uniforme y homogénea posibilita los tratamientos médicos requeridos? Por otra parte, quienes están en contacto directo con las pacientes: ¿tienen una misma perspectiva ideológica y ética respecto a la aceptación y/o inclusión de creencias divergentes de la medicina en los ámbitos hospitalarios? En definitiva, cabría preguntarse si las políticas “sociales” reproducen aquellas situaciones de exclusión que pretenden eliminar al replicar acciones en disonancia con la narrativa “oficial” de las diferentes instituciones públicas.¹

Los interrogantes mencionados tienen como objeto proponer dos dimensiones de análisis. Por un lado, la discusión de la ciudadanía cultural; por otro, el análisis de la etnografía institucional (EI) como un método y marco teórico idóneo para el abordaje de los estudios en espacios sanitarios. A través de la primera, esperamos retomar la discusión político-ideológica que supone pasar de la letra escrita en los contratos pueblo-Estado a efectos concretos en la vida cotidiana de la población. Respecto de la segunda, pretendemos ofrecer un espacio de discusión donde el “paciente” constituya el centro de la política sanitaria, en vez de un resultado final simbolizado en una cifra.

Hay dos dimensiones que no serán abordadas en este trabajo pero que se deben tener presentes. La primera concierne al acceso al empleo público y el perfil profesional de autoridades, personal jerárquico, sanitario y administrativo en los tres niveles estatales y gubernamentales, que explican en parte las tensiones técnico/burocráticas de la administración pública con la ciudadanía y las formas en que se resuelven las carencias que el propio Estado no es capaz de suplir. La segunda refiere a la equidad. Loïc Wacquant remarcó que la igualdad en el acceso a los bienes públicos concierne a “la esfera de la ciudadanía” (2013: 325) y no se vincula con el origen étnico o religioso,

1 El rol expulsivo de las políticas públicas inclusivas ya fue abordado en un trabajo anterior. Ver Ferreño y Giménez (2019).

entre otros, de las personas. Que la salud es un bien público y la ciudadanía el basamento de cualquier Estado-nación pareciera una obviedad reiterarlo; sin embargo, ambas son cotidianamente relegadas.

Algunas de las dimensiones mencionadas se abordarán a lo largo del trabajo.

La ciudadanía cultural como objeto de estudio

¿Qué se demanda al Estado cuando se exige que se cumplan los derechos de la ciudadanía cultural en los contextos hospitalarios? Un vínculo profesional-paciente donde la interculturalidad constituya una dimensión posible, de modo tal que el reconocimiento de una multiplicidad de ciudadanía culturales (en particular y de ciudadanía, por lo tanto, en general como argamasa del Estado-nación) se efectivice; perspectiva que es a la vez una decisión y una toma de posición tanto filosófica como metodológica. Esta propuesta invierte el enfoque y traslada el foco como objeto de estudio del Estado (tanto de cualquiera de los niveles de gobierno como de sus otros poderes) hacia la comunidad. De este modo, en vez de percibirla como un todo homogéneo que interactúa entre sí o como la suma de individuos, se las visibiliza como personas heterogéneas, cuyas interacciones suponen tanto fuerzas antagónicas entre partes como identificaciones entre quienes comparten prácticas y creencias; y con adscripciones que las referencian tanto hacia dentro como hacia afuera de su grupo de pertenencia (Barth, 1969).

El cambio de enfoque supone dirigir nuestra mirada hacia aquellos grupos subordinados anclados dentro de los llamados “márgenes” tanto territoriales como sociales. Supone asimismo preguntarnos por el concepto mismo de ciudadanía, sus implicancias y las profundas tensiones que reproduce dentro del propio gobierno democrático. Surgen así preguntas cuyas respuestas nos describen un sistema político, económico y social atravesado por las diversas manifestaciones culturales de las cuales los gru-

pos son portadores y en las cuales se referencian. Esta forma de concebir las “ciudadanías” permite expresar voces silenciadas, negadas, descalificadas, voces “no científicas” que emergen de grupos minoritarios y excluidos a quienes muchas veces se les niega la ciudadanía “plena”; voces que interpelan en el presente respecto a cuestiones referidas al Estado, las relaciones poder y las implicancias que conlleva (Abélès, 1990).

El derecho de las minorías a su “cultura” si bien está reconocido en el inciso 17,² artículo 75 de la Constitución Nacional, en la vida cotidiana pareciera que se inscribe como una “concesión” denominada (con cierto sarcasmo) *nuestra diversidad*, de modo tal que se transforma en una de las formas que adoptan los discursos hegemónicos en cada contexto histórico. Como corolario de este razonamiento se comprueba que “el poder de las palabras subyace en la creencia de su legitimidad y en la legitimidad misma de quienes las pronuncian” (Ferreño, 2014: 111).

El ejercicio de este derecho se efectiviza mediante mecanismos muy disímiles en las democracias contemporáneas en cada contexto regional e institucional. El respeto de las creencias de los pueblos originarios en los ámbitos sanitarios y de sus lenguas en el sistema educativo argentino, permiten ejemplificar como en el segundo caso la legitimidad de sus demandas fue “oficializada” y hoy existen escuelas bilingües en territorios donde todavía viven los pueblos originarios. En cambio, creencias como tirar el “cuerito” para curar el “empacho” o el “ojeado” mediante la constatación de los “ojos” de aceite que se forman en un plato con agua colocado encima de la cabeza de quien padece dolores agudos, por citar dos prácticas culturales ancestrales, quedaron relegadas a los ámbitos externos de la biomedicina.³

2 Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm> [consultada el 3/5/2022].

3 Un ejemplo de ritual comunitario muy difundido en el noroeste de nuestro país hasta el presente es el de la Pachamama (la Madre Tierra). La ceremonia tiene

Las jornadas organizadas desde el “Goitia”⁴ parecían incentivar la discusión de estas tensiones desde su denominación: “Comunicación saludable”. La propuesta ¿expresaba la posibilidad de abordar los vínculos de los profesionales de salud con las pacientes desde una perspectiva novedosa? o ¿nuevas interpelaciones a quienes dirigían el modelo médico hegemónico? ¿se abría a explorar nuevos discursos que acercaran al sistema sanitario mujeres hasta el presente excluidas? Es decir ¿durante las actividades se plantearían opciones que incorporasen a “las diversas perspectivas culturales de la ciudadanía” centradas en el respeto a sus cuerpos y sus creencias? ¿o solo era un título “marketinero”?

La ciudadanía cultural, como categoría y praxis, ofrece la posibilidad de legitimar demandas muy amplias, surgidas en el proceso por visibilizarse, que incluyen dimensiones que afectan la dignidad humana, el bienestar y el respeto (Rosaldo, 1993). Su reconocimiento implica seguridades existenciales, simbólicas y políticas, como el derecho a una vida digna, el acceso al trabajo, la salud y la educación. Entendida desde esta perspectiva, la ciudadanía opera como una síntesis o mediación con los poderes estatales y a la vez como un límite. Asimismo, es un mecanismo de derechos y obligaciones, históricamente situado, que pauta las reglas del juego social, principalmente en aquellos aspectos relacionados con la libertad y la seguridad. Entender la ciudadanía desde una perspectiva que atraviesa lo político, lo social y lo cultural es concebirla como un referente que brinda elementos para la distinción y el reconocimiento de múltiples intersecciones como clases, nacionalidades, edad, género, especificidades territoriales, entre otras.

tanta aceptación popular que las autoridades anualmente encabezan el oficio durante el transcurso del cual se le ofrenda bebida, comida y coca para bendecir y agradecer los productos que la tierra proveyó y pedir prosperidad en la próxima cosecha. Esta fiesta popular visibiliza el sistema productivo agrícola-ganadero de una sociedad centrada en habilidades artesanales que cada familia transmite de generación en generación.

4 Denominación coloquial de la institución empleada cotidianamente por los actores.

La ciudadanía cultural hay que concebirla, en consecuencia, como una instancia de dedicación y cooperación con lo público, lo que es de todos; como parte constitutiva de saberes y de una cultura compartida que constituye un instrumento de ampliación de la democracia y de las prácticas ciudadanas. La implementación de políticas que favorezcan la ciudadanía cultural debe, entonces, promover la inclusión y la participación activa de aquellos sectores de la población relegada desde el Estado, a través del incentivo de relaciones sociales más equitativas e igualitarias: “¿Cómo vamos a visibilizar a aquellos “otros” a quienes decimos integrar si los seguimos ‘imaginándolos’ como un otro circunscripto prudentemente dentro de sus propios límites territoriales?” (Ferreño, 2014: 110).

¿Cómo se implican las minorías culturales, en tanto ciudadanos con derechos, en el sistema sanitario argentino? Fue el interrogante que guió las reflexiones a partir de las cuales se elaboró la disertación para la jornada.

“Interculturalidad y respeto” en una maternidad del conurbano

El Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Ana Goitia de Avellaneda (Provincia de Buenos Aires) se ubica en Cruccecita, a unas quince cuadras del centro de la ciudad de Avellaneda, cabecera del partido, en un área barrial, alejada de la principal avenida del municipio (la Av. Mitre) y, en consecuencia, mal conectada respecto a los medios de transporte. El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Pedro Fiorito, en cambio, se ubica en la zona céntrica y por su puerta pasan la mayoría de las líneas de colectivo del distrito. La ubicación es relevante debido a que quienes se atienden son personas en su mayoría en situación de vulnerabilidad que generalmente carecen de movilidad propia y el traslado desde los barrios periféricos donde viven las pacientes puede resultar complicado, debido a que a veces provienen incluso de otros municipios.

El 20 de noviembre de 2014 estaba prevista mi presentación en las V Jornadas Perinatales “Comunicación saludable” a realizarse en dicho centro de salud. El título y la convocatoria que habíamos recibido desde la institución expresaba la posibilidad de analizar los vínculos del personal sanitario con las pacientes desde una perspectiva poco explorada, al proponernos interrogarnos respecto a las posibles formas de acercamiento de quienes concurrían a la maternidad con muchas dudas y temores debido a sus cosmovisiones divergentes respecto de la medicina hegemónica y ofertada en el ámbito estatal.

Ese día pervive nítidamente cada vez que lo evoco por motivos muy diversos.

Sorpresa es el primer recuerdo que viene a mi memoria siempre que rememoro la jornada. El hospital se presentó multifacético para alguien que nunca había realizado trabajo de campo en instituciones sanitarias. El centro de salud es pequeño debido a su especialización. Traspasada la puerta de ingreso un enjambre de mujeres esperaba, algunas acompañadas por su pareja, hijos o familiares, otras solas. Mientras atravesaba los pasillos, los espacios se iban despoblando, cuánto más lejos de la entrada, menos pacientes y más personal sanitario. El último tramo estaba tan desolado que creí haberme equivocado de camino hasta que abrí una puerta e ingresé a un espacio amplio colmado de asistentes. Aunque las luces estaban apagadas mi asombro fue inmediato: el Aula Magna era amplia, confortable, prolijamente cuidada y cálida. Mientras observaba el lugar, una filmina tras otra proyectaban en la pantalla datos duros en cuadros y gráficos respecto al HIV (virus de la inmunodeficiencia humana). Mis prejuicios parecían haberme jugado una mala pasada. Supuse erróneamente que estos encuentros médicos internos eran espacios de intercambio entre pares de la institución, una instancia de socialización más informal. En consecuencia, había preparado una presentación más acorde para un formato de taller y discusión del abordaje teórico de la interculturalidad en una institución maternal pública. Mi equivocación en

el análisis se originó en las formas mediante las cuales cursaron la invitación. La calidez y la presentación de las Jornadas como una instancia de debate intrahospitalario me indujo a corroborar rápidamente mi desconocimiento respecto de las lógicas de este tipo de instituciones.

Pasaban las filminas y la médica que exponía fundamentaba los avances de su investigación acerca de la transmisión del virus entre adolescentes. Mis temores aumentaban. La idea de la disertación respecto de un tema sensible (las diversas adscripciones de las pacientes) había sido concebida para un ambiente relajado donde la propuesta era realizar una breve presentación, para posteriormente, poder establecer un diálogo con quienes estaban presentes sobre los desafíos cotidianos que enfrentaban en el ejercicio profesional durante la atención a pacientes desde las distintas experticias. Supuse que de este modo ambas partes nos enriqueceríamos: el personal sanitario tendría algunas nociones teóricas desde las cuales analizar y/o debatir los múltiples retos diarios, y por mi parte, podría “aplicar” a través de sus experiencias esas categorías de análisis que a mí entender eran centrales para abordar esas otredades que interpelaban sus conocimientos médicos. De este modo, esperaba que ambas partes aprehendiéramos de quienes, por distintas circunstancias, adscriben a creencias o cosmovisiones diferentes a las propias. Y que no solo pudiéramos reconocerlas como tales, sino que fundamentalmente desde la biomedicina dejase de percibirselas como aspectos de su folklore local, en vez de aceptarlas como “sus diacríticos identitarios” (Barth, 1969).⁵ En estos casos, más allá de las percepciones personales de los diversos actores de la institución respecto de las prácticas de estas pacientes, se pretendía reconstruir como se

5 De acuerdo con Barth (1969): “los rasgos diacríticos son señales o signos manifiestos que los individuos esperan descubrir y exhiben para indicar identidad y que son, por lo general, el vestido, el lenguaje, la forma de vivienda o un general modo de vida” (Barth, 1969:16).

ejercía la hegemonía mediante la imposición de una dirección “cultural” (Portelli, 1987; Portantiero, 1981; Gramsci, 2014), que en la práctica parecía poco exitosa visto la invitación recibida para exponer sobre la problemática.

A medida que pasaban los minutos la situación me interpellaba angustiosamente. ¿Cómo suceder a quien expuso tan profusamente con fundamentos sustentados en datos recolectados a través de años para problematizar en el tema de mi presentación “Interculturalidad y respeto”? ¿Cómo enlazar una exposición diseñada desde la autoridad que otorgara las cifras con una propuesta dialogal para interpelar respecto al abordaje de la interculturalidad en los espacios hospitalarios? ¿Era posible? La actividad original la abandoné y en esos pocos minutos preparé en mi mente una exposición oral, que creía firmemente evidenciaba la falta de elaboración, sin datos concretos ni fotos. Ante la ausencia de filminas, mi voz sería la monocorde propuesta desde una perspectiva antropológica. Las preguntas respecto a cómo “atraer” al sistema público sanitario y “retener” a estas “otras” mujeres, supuse, devendrían en monólogo.

Sin embargo, gratamente sorprendida, la experiencia fue muy productiva. Mientras exponía descubrí dos públicos, ambos muy atentos, uno sentado adelante con guardapolvo blanco (el personal médico) y un segundo, constituido por mujeres de pie al fondo del salón con ambo (las enfermeras). Mientras el primer grupo escuchaba atento, el segundo asentía a medida que presentaba mi perspectiva. Esta situación surtió un efecto muy interesante en mí: primero me dio seguridad, no tendría gráficos, ni datos “duros” pero podía explicar situaciones que cualquiera de quienes estaban presentes había tenido; pero a la vez me interpeló respecto de la relación pacientes/enfermeras: ¿acaso las adscripciones de clase que compartían permitían que se generara una mayor empatía, comprensión o quizás una mirada desde un “nosotras” que compartía la subalternidad aunque se posicionaran como sujetos históricos distintos?

Para presentar la problemática de interculturalidad comencé la presentación con una interrogación sencilla ¿cuántos minutos tiene el o la profesional para atender a una paciente? Pocos, esa respuesta era obvia hasta para mí. Cualquiera que hubiera recorrido las salas de espera, como pude comprobarlo ese día, comprendía que el sistema estaba diseñado para una consulta rápida. Sin embargo, parecía que en el “Goitia” las mujeres importaban porque había muchas esperando para ser atendidas y la jornada misma demostraba interés en discutir los avances alcanzados y aquellos aspectos a mejorar. La convocatoria a la universidad evidenciaba además el interés por ampliar la perspectiva. ¿Cómo dar respuesta en un lapso tan corto cuando parte del desafío era explicar a la paciente y/o a sus familiares por qué el sistema público de salud era más seguro que la comadrona del barrio? Pero cuando los minutos apremian en el mejor de los casos se trata de convencer a través del control de todo el proceso gestacional sustentado en el conocimiento biomédico; en la mayoría, mediante un examen rutinario y una nueva cita al mes siguiente, dándose por consensuado un vínculo médico/paciente impuesto.

Veena Das acertadamente remarcó cuando describía situaciones apremiantes de las mujeres indias: “El discurso del profesional, aún cuando hable por cuenta de las víctimas, parece carecer de las estructuras conceptuales que permitan *darles* voz... le quita su voz a la víctima y nos distancia de la inmediatez de su experiencia.” (2008: 410, cursiva de la autora). Una mirada atenta del contexto me permitió apreciar al observar a las personas en la sala de espera cómo operaba la dominación; en los rostros constaté como primer dato que mayoritariamente portaban la marcación de la diversidad del color de quienes eran migrantes; y como segundo hallazgo, todos evidenciaban signos de pobreza (vestimenta, formas de expresarse, marcadas actitudes de sumisión al sistema). Cuando agudicé mi atención encontré semblantes resignados ante la larga espera que se aceptaba obedientemente. Sentadas, paradas o paseando

a bebés o infantes pequeños las personas evidenciaban en su pasividad la relación de dominación.

Cuando miré sus manos algunas tenían papeles ya ajeados. Se notaba el cansancio de la espera en sus cuerpos “fatigados”. El ansiado control mensual ¿era un trámite formal impuesto (como lo es el esquema de vacunación obligatorio) o por el contrario, un interés genuino por conocer el estado de salud de la gestante y su feto? Ambas posibilidades, quizás; la necesidad de confirmar que su embarazo no tenía contratiempos, sin duda: ellas y sus acompañantes aguardaban resignadamente las demoras a las que las tenía acostumbradas el sistema. Este hallazgo evidenció que la sala de espera se presentaba como un espacio idóneo para explorar la complementariedad terapéutica en el “Goitia”.

¿Cómo transmitir estas apreciaciones y debatir sobre la interculturalidad si el auditorio de mi presentación ejecutaba el modelo médico hegemónico desde sus diversas funciones jerárquicas? Mi propuesta fue transformar en preguntas mi rápida observación de las salas de espera. Consulté en voz alta “¿competía el hospital con las comadronas? ¿las mujeres dudaban de abandonar sus creencias ancestrales? ¿tenían cómo corroborar si realmente lo hacían? ¿asistían a los controles por un interés genuino o por algún tipo de obligación impuesta desde el Estado?”.

La presentación fue tan bien recibida que tanto médicas y médicos como enfermeras se acercaron a dialogar sobre este enfoque teórico de pensar esas “otras” desde el respeto a sus prácticas culturales. Entreví un camino que se podía construir conjuntamente en la búsqueda de respuestas que exploraran un “diálogo intercultural” centrado en el respeto a un derecho adquirido en vez de en la dominación. La pregunta surgió naturalmente ¿Cómo abordar desde las ciencias sociales una realidad tan compleja?

Antes de despedirme, volví a recordar a Das:

En la memoria de un acontecimiento, como se organiza y se consagra por parte del Estado, solo puede reconocerse la voz

del experto, que con el tiempo adquiere un cierto tipo de permanencia y oculta a la vista la forma en la cual el acontecimiento puede haberse experimentado por la propia víctima (2008:410).

Etnografía institucional en ámbitos hospitalarios

El trabajo de campo en instituciones hospitalarias puede abordarse desde perspectivas muy diversas, entre ellas, la etnografía permite rescatar la mirada de los actores a partir de la observación y de la observación participante (es decir, una mirada activa mientras se realiza el trabajo de campo). El método supone una estadía prolongada *in situ*, situación que agudiza la reflexividad de quien analiza las acciones cotidianas de los sujetos intervinientes. Esta propuesta metodológica otorgó a la antropología su impronta a partir de la sistematización y descripción realizada por Malinowski (1986) en la Introducción de *Los Argonautas del Pacífico Occidental*, publicado por primera vez en 1922.

Durante la segunda mitad del siglo XX algunas investigaciones empezaron a focalizar su estudio en el análisis del cruce de datos entre aquellos que surgían de la información recolectada en el diario de campo (donde se registra todo lo acaecido durante el día, desde los acontecimientos más destacados o acciones ritualizadas hasta los imponderables no previstos en las actividades cotidianas) con aquella relevada en la documentación (normativa jurídica y reglamentaciones internas; procedimientos burocráticos administrativos; protocolos hospitalarios para el personal sanitario, formularios, entre otros) que cada institución produce diariamente —los “textos”—. En el caso de los hospitales, algunas investigaciones dirigieron su atención hacia los datos vertidos por el personal sanitario (agentes de enfermería y del servicio médico y paramédico) en la historia clínica de cada paciente internado (Rankin, Campell, 2006; Ng, Bisailon, Webster, 2017; Townsend, Langille, Ripley, 2003; Webster, Rice, Dainty, 2015; Corman, 2017). Estos “artefactos textuales”

refieren no solo a aquello que queda registrado (escrito) en las reglas, fichas médicas o seguimiento diario de pacientes, sino que incluyen también los mensajes y grabaciones de audio, que a partir de las redes sociales se transformaron en canales de comunicación cotidiano tanto de las relaciones interpersonales como laborales.

Dorothy Smith (2005a, 2005b, 1974) denominó esta propuesta de trabajo que analiza los mecanismos mediante los cuales una organización social, mediada textualmente, organiza la vida de las personas, como Etnografía Institucional (EI). Su método se caracteriza por imbricar metodologías de la antropología y de la sociología respecto al acercamiento y análisis del objeto de estudio y por visibilizar tanto la conflictividad de las relaciones intrainstitucionales como las formas en que se despliegan los vínculos interpersonales.

Un elemento fundamental es que Smith dirigió tempranamente su mirada a la cuestión de género para evidenciar los sutiles y no tan sutiles mecanismos de dominación impuestos a las mujeres en las democracias occidentales. Las reflexiones de su historia de vida le permitieron diseñar la EI para revelar inequidades y prácticas de dominación naturalizadas que, al reproducirse, cristalizan los micropoderes de las organizaciones. Para la autora, el instrumento que efectiviza estas relaciones desiguales de dominación son los textos, en tanto quedan retroalimentados en el espiral texto/trabajo/texto. Desde EI, los etnógrafos aprehenden el “estar ahí” desde la dinámica conformada por escuetos mensajes escritos devenidos en “textos en acción”. En los hospitales estas acciones involucran las diversas jerarquías profesionales del personal sanitario (en la medida que evidencian las formas en que se vinculan estos con los textos) y a pacientes (como destinatarias tanto de los protocolos/procedimientos y resoluciones médico/hospitalario como del “trato” recibido en tanto ciudadanas en ejercicio de sus derechos). El trabajo de campo, las entrevistas en profundidad y el análisis de la documentación que las instituciones producen, permiten

según este enfoque conocer los mecanismos que desde el nivel gubernamental a cargo de la entidad se ponen en marcha para que quienes provienen de otras culturas se adecuen a las nuevas pautas, con el estrés que produce la angustia de la adopción de prácticas desconocidas.

Como método de investigación, la EI es una alternativa a ese sujeto deshumanizado dominante durante décadas en las ciencias sociales. El discurso científico para Smith es un reflejo de relaciones de dominación mediadas textualmente que organizan nuestras vidas cotidianas, nos conectan y a la vez se reproducen en el tiempo y en el espacio de ámbitos tan diversos como empresas privadas, burocracias gubernamentales, discursos (y “jergas”) profesionales y académicas, medios de comunicación y el complejo sistema de relaciones que las interconectan e interactúan entre sí. En consecuencia, la propuesta de la autora como método y enfoque ideológico es una “sociología para las personas”⁶ que involucra el posicionamiento de los sujetos en una EI que trabaja a partir de las múltiples realidades de su vida diaria y experiencias, para desenmascarar cómo “lo social” se extiende más allá del ámbito específico estudiado. El abordaje desde el punto de vista (*standpoint*) de la cotidianeidad de los actores caracteriza este método, particularmente sensible en los espacios institucionales donde interactuamos en función de los diversos roles que establecemos con nuestros interlocutores, mediados para una o ambas partes por un espacio laboral.

Para Smith (2005), las relaciones de dominación refieren a los mecanismos que asumen ciertos vínculos que involucran a las personas en relaciones que boicotean sus intereses, incluso en los ámbitos institucionales. Los “textos”, en tal sentido, son unos de los instrumentos principales a partir de los cuales se ejerce esta dominación, en tanto su circulación se reproduce a través del tiempo y en distintos espacios. Por este motivo, la recolección de esta información es crucial en la EI. El análisis del

6 Smith denominó originalmente su propuesta “una sociología para mujeres”.

uso que las personas dan a los textos materializa la cotidianidad de las relaciones de dominación en los ámbitos laborales institucionales en las que están insertas y son invisibles debido a su naturalización (Rankin, 2017).

La perspectiva teórica de la EI pone su foco en tomar un punto de vista determinado, por ejemplo, el de pacientes, personal de enfermería o médico. Constituye de esta manera un dispositivo metodológico a partir del cual la investigación dilucida los roles de los distintos actores involucrados en los procesos de resolución y la capacidad real de decisión de cada uno. Al ir develando cada una de esas interacciones, la EI propone las tensiones entre aquellas instancias instituidas (por el conocimiento teórico y los marcos jurídicos institucionales) y la praxis (la información recopilada en el campo).

Respecto a salud y EI, hallamos trabajos que abordaron los cambios abruptos a los cuales algunas mujeres deben someterse para adaptarse a sociedades que les resultan ajenas. Por ejemplo, en su investigación en una maternidad, Ferzana Chaze (2015) analizó cómo cambian las pautas de crianza de los hijos entre mujeres asiáticas que migraron a Canadá. Por su parte, Caroline Cupit, Janet Rankin y Natalie Armstrong (2021), a través de la EI identificaron las dificultades experimentadas por los pacientes en contextos hospitalarios, origen de lo que ellas denominaron “tomar partido por los pacientes” (*taking sides with patients*). Esta perspectiva les permitió proponer que los hallazgos de la EI podrían mejorar los servicios sanitarios, la asistencia y las experiencias de los/as pacientes, tanto de manera presencial como virtual (todo un desafío para quienes carecen de instrumentos y conocimientos idóneos para su uso).

“Tomar partido por los pacientes” implica un reconocimiento de las disímiles situaciones personales, respecto de quienes adscriben a la complementariedad terapéutica: formas “mixturadas” de la medicina.⁷ Para estas personas el Estado en general, y el

⁷ Me refiero a la aceptación de la oferta gubernamental sin renegar a su vez de sus

sistema sanitario en particular, se asemeja a un camino repleto de obstáculos a sortear cuando deberían constituirse en dispositivos que respeten sus decisiones. Estas últimas se sustentan en creencias, costumbres y prácticas culturales que, en más de una oportunidad, son vulneradas por ideologías hegemónicas amparadas institucionalmente en los protocolos que regulan las prácticas no solo en los hospitales sino también en la escuela.⁸

De esta manera, la EI se vuelve un instrumento idóneo para que los derechos ciudadanos se respeten, incluso los culturales.

Derechos culturales, subalternización y ciudadanía

En 1948 la Asamblea General de Naciones Unidas proclamó en el artículo 27 de la Declaración Universal de los Derechos del Humanos (ONU, 1948) que “toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad”, posteriormente ratificado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, vigente desde 1976. En Argentina, las convenciones internacionales o pactos como el citado fueron incorporados a la Constitución Nacional, a partir de la reforma de 1994 en su artículo 75, inciso 22, otorgándoles así jerarquía constitucional.

Ya en este siglo, la Declaración de Friburgo (UNESCO, 2007) estableció respecto a los derechos culturales que toda persona (individual o colectivamente) tiene derecho a:

elegir y a que se respete su identidad cultural, en la diversidad de sus modos de expresión. Este derecho se ejerce, en especial, en conexión con la libertad de pensamiento, conciencia, religión, opinión y de expresión (art. 3);

tradiciones que, aunque carentes de rigurosidad científica, resultan tan confiables como la perspectiva dominante respecto del tratamiento médico.

8 Una situación similar, como ya se mencionó, se presenta en los contextos educativos de regiones donde habitan los pueblos originarios respecto al bilingüismo.

la libertad de ejercer... las propias prácticas culturales, y de seguir un modo de vida asociado a la valorización de sus recursos culturales (art. 5).

UNESCO ratificó que el derecho a la cultura refiere específicamente al derecho a la cultura propia, que es la cultura con la cual cada persona se identifica y lo vincula a una historia y a un territorio determinado.

El concepto del derecho a la cultura está estrechamente relacionado con la “ciudadanía cultural” porque introduce el concepto de los derechos colectivos y, en algunos casos, implica la lucha por la reconstitución de las culturas y comunidades minoritarias, entre ellas las indígenas seriamente afectadas por la conquista, la colonización y el proceso de “mixturización” (Pacheco de Oliveira, 2004).

El desarrollo de la democracia en el mundo occidental ha sido un proceso de adquisición progresiva de derechos de ciudadanía. La expansión de esta concepción de ciudadanía implica tanto la relación estado-ciudadanía como de la ciudadanía entre sí. Hace referencia explícitamente a la participación de la población en los grupos sociales (en sus diversas expresiones como los grupos de la vecindad, del barrio, de la política) donde se busca un reconocimiento al sentido de pertenencia y la reivindicación de derechos de manera substancial y no formal (Aceves Lozano, 1997).

La conceptualización de la noción de ciudadanía desde su dimensión cultural se debería sustentar en el reconocimiento, protección y preservación de las diversidades como política de Estado, para que los marcos jurídicos y la narrativa gubernamental se materialicen en las prácticas cotidianas de sus instituciones. Ello supone combatir las inequidades entre los diversos actores sociales (entre sí, y entre estos y los constructores de políticas públicas, incluidas las sanitarias). Acciones gubernamentales en tal sentido favorecerían la emergencia de las voces silenciadas que incluya a las personas desde su propio acervo

cultural en la práctica y no solo discursivamente, este presupuesto es posible si se comparten los distintos códigos comunicacionales.

Si retomamos el ejemplo de “tirar el cuerito” para curar el “empacho” (indigestión), desde la biomedicina se podría explicar de manera sencilla el fundamento científico y la técnica de la acción.⁹ La polifonía de voces, a través de acciones tan simples como la descrita, permite construir un tejido social inclusivo, diverso e igualitario culturalmente.

Desde una mirada latinoamericana, Darcy Ribeiro (1971) demostró que los pueblos originarios no fueron asimilados como una parte indiscernible de la sociedad brasileña, quizás solo sobrevivieron parcialmente algunas prácticas culturales. Pero ello no impidió que revalidaran su autoidentificación étnica o que no fueran conscientes de la opresión que padecieron desde el período colonial. Como plantea el autor:

Cualquier cultura representa el resultado, en cierto lugar y en cierto momento, de un sinnúmero de cambios que se procesaron tanto por adopción como invención o redefinición de antiguos elementos. Toda cultura, aun la más estable está permanentemente envuelta en esta sustitución de valores... [que] debe hacerse libremente y con el tiempo suficiente para que los nuevos elementos sean experimentados por la competencia con aquellos que antes llenaban las mismas finalidades y para que el grupo receptor tenga la oportunidad de seleccionar los que conviene adoptar. (Ribeiro, 1971: 207/8)

Caso contrario, el grupo pierde la capacidad social (que como tal posee o debería poseer) de la toma de decisiones sobre los elementos culturales que modelan su vida. Guillermo

9 Como lo hiciera oportunamente el pediatra de mis hijos, cuando eran pequeños, al enseñarme cómo se debe “pellizcar la piel” de la zona lumbar para acelerar la motilidad estomacal e intestinal y acelerar el proceso la mejoría.

Bonfil Batalla (1981) denominó “control cultural” a esta instancia de dominación que se produce en un contexto histórico determinado. Entre las distintas formas de dominación posibles denominó “cultura impuesta” a aquellos casos en los que ni las decisiones ni los elementos culturales en uso son “originarios” del grupo social que los emplea. Estas personas, como integrantes de las clases subalternas tienen una cultura propia y, en tal sentido, cierta capacidad de decisión sobre algunos de los elementos que conforman su sistema cultural. Sin embargo, a su vez, participan de la cultura general de una nación desde un nivel diferente de las clases sociales incorporadas activamente al bloque histórico, en salud si tienen éxito se involucran desde la complementariedad terapéutica.

Como atinadamente planteó Ricardo Santillán Güemes (2003) el desarrollo del hombre siempre es cultural en cualquiera de las formas en las cuales se exprese, por lo tanto, existe desde las distintas áreas de los diversos niveles estatales una responsabilidad política respecto del enfoque y la forma en que se incluyen a los diversos colectivos que conforman la ciudadanía.

Conclusiones preliminares: Paternalismo, dominación y ciudadanía

El sistema de salud pública tiene como fin la prevención y el cuidado sanitario de la población. Esta función se ejerce con una perspectiva paternalista desde el Estado y los distintos niveles gubernamentales a través de las instituciones que elaboran las políticas públicas, en tanto determinan cuál de las opciones posibles de tratamientos y protocolos es la más adecuada para la ciudadanía a partir de la edad, situación socioeconómica y patologías previas.

El diseño tiene en cuenta variables vinculadas con dimensiones sanitarias sesgadas ideológicamente. La elección de un enfoque implica el desdeño de otros, tan o más importantes que los mencionados: aquellos que refieren a las adscrip-

ciones culturales de las personas, entre ellas, las creencias y prácticas propias de su propia cosmovisión, a menudo reñidas con la medicina pública hospitalaria (Irrazábal y Olmos Álvarez, 2021).

Las instituciones sanitarias deben incorporar la complementariedad terapéutica como política del Estado nacional en todo el territorio de nuestro país puesto que las personas migran, y a ellas las acompañan sus tradiciones. Su aceptación beneficiaría los vínculos que las ciudadanías establecen con el personal médico en los contextos hospitalarios. Cómo integrar a quienes desconfían de la biomedicina debido a creencias en otras prácticas curativas asumidas desde una percepción del mundo alternativa a aquella dominante en el área de salud, es un interrogante con múltiples respuestas y estrategias posibles. Para ello, se debe comenzar por acciones sencillas y sin costo: el reconocimiento desde las instituciones públicas hospitalarias de derechos culturales de un sector de la población que debido a su condición subalterna les es sistemáticamente negado. LA EI, desde las ciencias sociales, brinda herramientas idóneas para emprender un cambio del paradigma dominante en el cual el sistema sanitario sea respetuoso de la diversidad.

En la actualidad, asistimos como espectadores de la deshumanización de la medicina en los contextos sanitarios, consecuencia en parte de la formación profesional del personal médico. Un cambio de enfoque es perentorio. Los desafíos son varios, entre ellos, rever una excesiva tecnificación y una superespecialización de la medicina sin antropología, situaciones que conllevan una “cosificación de los pacientes” transformándolos en “un mecano a resolver, sin tener en cuenta al ser total” (Trainini, 2019: 65).

La visibilización de esta problemática involucra a la sociedad en su conjunto y es un reto que las ciencias sociales no deberían eludir.

Referencias bibliográficas

- Abélès, M. (1990): *Anthropologie de l'État*. Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- ____ (1997). "La antropología política: nuevos objetivos, nuevos objetos". *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, N° 153, S/SS. Recuperado de: www.unesco.org/issj/rics153/abelespa.html
- Aceves Lozano, J. (1997): "Ciudadanía ampliada. La emergencia de la ciudadanía cultural y ecológica". *Razón y palabra* N°. 5. Año 1, diciembre-enero 1996-97. Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n5/ciudad.htm>
- Appadurai, A. (2001): "Aquí y ahora", en *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*, México, Ediciones Trilce-FCE.
- Barth, Frederik (1976): "Introducción", en *Los grupos étnicos y sus fronteras*, México, FCE.
- Bonfil Batalla, G. (1981): "Lo propio y lo ajeno: una aproximación al problema del control cultural", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 27(103)183-191. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/72329/63805>
- Cardoso de Oliveira, R. (1992): *Etnicidad y estructura social*, México, CIESAS.
- Carta Cultural Iberoamericana. XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. Montevideo, Uruguay, 4 y 5 de noviembre de 2006.
- Chaze, F. (2015): "The Social Organization of South Asian Immigrant Women's Mothering in Canada". Thesis PhD. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311746618_The_Social_Organization_of_South_Asian_Immigrant_Women's_Mothering_in_Canada
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

- Corman, M. K. (2017): *Paramedics on and off the streets: Emergency medical services in the age of technological governance*. Toronto: The University of Toronto Press.
- Cupit, C., Rankin, J., y Armstrong, N. (2021): "Taking sides with patients using institutional ethnography", *Journal of Organizational Ethnography*, 10(1)21-35. Recuperado de: <https://doi.org/10.1108/JOE-12-2019-0048>
- Das, V. (2008): *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá, ed. Francisco A. Ortega. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.
- Ferreño, L. (2014): "'En nombre de los otros'. Ciudadanía y políticas culturales". En Grimson, Alejandro (comp). *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires, CLACSO. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140617035730/culturas.pdf>
- Ferreño, L., Giménez, M. (2019): "Desafíos actuales de las políticas culturales. Análisis de caso en el Municipio de Avellaneda". *Cuaderno 71 | Centro de Estudios en Diseño y Comunicación*, pp 33-49. Recuperado de: <https://doi.org/10.18682/cdc.vi71>
- Gramsci, A. (2017): *Antologías. Volumen 1 y 2*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Giménez Béliveau, V., Irrazábal, G., Griera, M. (2018): "Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa". En *Salud Colectiva*, 14(2):153-159. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1958>
- Irrazábal, G., Olmos Álvarez, A. (2021): "Objeción de conciencia y complementariedad terapéutica en pacientes y profesionales de la salud del Gran Buenos Aires, Argentina". *Revista Argentina de Medicina*, 9(3):249-257. Recuperado de: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/630/511>
- Kearney, G. et al. (2019): "Why institutional ethnography? Why now? Institutional ethnography in health professions education". *Perspect Med Educ*, 8:17-24. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0499-0>

- Malinowski, B. (1986): "Introducción: Objeto, método y finalidad de esta investigación". En *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Planeta Agostini.
- Ng, S.L., Bisailon, L., y Webster, F. (2017): "Blurring the boundaries: using institutional ethnography to inquire into health professions education and practice". *Med Educ*. 51:51–60.
- ONU (1948). "Declaración Universal de Derechos Humanos". Recuperado de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- ONU (1976). "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Olmos Álvarez, A. L. (2018): "Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino". En *Salud Colectiva*, 14(2):225-240. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Pacheco de Oliveira, J. (2004): "¿Una etnología de los 'indios misturados'? Situación colonial, territorialización y flujos culturales". En Grimson, A.; Ribeiro, G.L. y Semán, P.: *La antropología brasileña contemporánea*, Buenos Aires, Prometeo.
- Portantiero, J. C. (1981): *Los usos de Gramsci*. México, Folios.
- Portelli, H. (1987): *Gramsci y el bloque histórico*. México, Siglo XXI editores, 13° ed.
- Pratt, M. L. (2010): *Ojos imperiales*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Rankin, J. (2017): "Conducting Analysis in Institutional Ethnography: Guidance and Cautions". *International Journal of Qualitative Methods*. Volume 16: 1–11. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1609406917734472>
- Rankin, J.; Campbell, M. (2006): *Managing to nurse: Inside. Canada's healthcare Reform*. Toronto: University of Toronto Press; 2006.
- Ribeiro, D. (1971): *Fronteras indígenas de la civilización*. México: Siglo XXI editores.

- Rosaldo, R. (1999): "Ciudadanía Cultural, Desigualdad, Multiculturalidad". Conferencia magistral sustentada en el seminario "El Derecho a La Identidad Cultural", realizado en la UIA-Noroeste, Tijuana, Baja California, 19 de febrero de 1999.
- ____ (1993): "Ciudadanía cultural y minorías latinas en Estados Unidos". Ponencia presentada en la sesión "La ciudadanía aprueba", del Encuentro Anual de la Asociación Estadounidense de Antropología, Washington (DC), 20 de noviembre de 1993.
- ____ (1991): *Cultura y verdad*, México, Grijalbo.
- Santillán Güemes, R. (2003): "El campo de la cultura", en: Olmos, Héctor y Santillán Güemes, Ricardo, *Educación en Cultura. Ensayos para una acción integrada*. Buenos Aires. CIC-CUS. Primera reimpresión.
- Smith, D. E. (2005a): *Institutional ethnography: A sociology for people*. Lanham, MD: Alta Mira Press.
- ____ (2005b): *Texts, Facts, and Femininity: Exploring the relations of ruling*. London: Routledge.
- ____ (1974): "The Social Construction of Documentary Reality". *Sociological Inquiry* 44(4): 257-268. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1974.tb01159.x>
- Trainini, J.C. (2020): "Humanización en la práctica médica". *Educación médica*, 21(2): 65-66. Editorial. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.002>
- Townsend, E., Langille, L., Ripley, D. (2003): "Professional tensions in client-centred practice: using Institutional ethnography to generate understanding and transformation". *Am J Occup Ther.* 57:17-28.
- UNESCO (2007): Declaración de Friburgo. Recuperado de: https://culturalrights.net/descargas/drets_culturals239.pdf
- Wacquant, L. (2013): *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y estado*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Webster, F. et. al. (2015): "Failure to cope: the hidden curriculum of emergency department wait times and the implications for clinical training". *Acad Med.* 90:56-62.

Problemáticas de institucionalidad en espacios culturales dentro de hospitales. Una mirada desde la gestión cultural

Amorina Martínez

Introducción

En los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires se observa un desarrollo sostenido en la conformación y programación de actividades artísticas y espacios culturales como talleres de arte, espacios de fomento a la lectura, bibliotecas, murales, intervenciones audiovisuales y grupos de pares. Asimismo, encontramos programas de salvaguarda patrimonial y proyectos de índole comunitaria trabajados desde los museos hospitalarios. Estas entidades culturales revisten diferentes grados de institucionalidad según su conformación, la dinámica de trabajo, su recurso humano y su grado de legitimidad institucional.

Las actividades culturales dentro de hospitales configuran espacios que no necesariamente tienen una finalidad terapéutica. En su mayoría, el propósito y los objetivos quedan librados al carácter que los propios integrantes le quieren dar, según sus necesidades. Muchas veces, actúan como espacios de contención en un contexto hostil de salud-enfermedad-atención, otras veces como prácticas terapéuticas alternativas o, simplemente, cumplen la función de esparcimiento o desarrollo de la creatividad para los asistentes.

Del relevamiento realizado durante el proceso de investigación¹ pudimos detectar diferentes elementos que dieron cuenta

1 Proyecto PAIO 2018 - UNDAV "Gestión Cultural y salud pública: diseño de una matriz de información sobre los proyectos vigentes en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires", dirigido por la Dra. Ana Lucía Olmos Álvarez.

de problemáticas relacionadas al uso de los espacios; dificultades en la comunicación: falta de recursos económicos; poca visibilidad de lo realizado; entre otros. Estos hallazgos resultan pertinentes para ser abordados por profesionales de la gestión cultural en diálogo con el equipo de salud y la sociedad civil interviniente, de manera interdisciplinaria y transversal, que ayude a empoderar al sector.

Por tal motivo, entendemos que los resultados pueden ser útiles para que, desde la perspectiva de la gestión cultural, en constante formación y actualización, se pueda aportar al trabajo de la institucionalización de estos espacios, la consolidación de las prácticas y la legitimación de las experiencias.

En el presente artículo, en primer lugar, analizaremos las prácticas culturales en hospitales a partir del enfoque de la cultura como derecho humano. Luego, abordaremos el estudio de los espacios culturales a partir de la mirada de la psicología de las instituciones para comprender las problemáticas relevadas. Por último, haremos foco en las herramientas de la gestión cultural como campo fértil para el desarrollo y su intervención en hospitales.

Enfoque

Institucionalizar los espacios culturales dentro de hospitales, no deviene solo de entender a estos como entidades indispensables para los procesos de salud-enfermedad-atención. También implica concebirlas como vía para garantizar los derechos culturales de aquellos que realizan estas prácticas. Las circunstancias por las que transita la comunidad hospitalaria en general, pacientes y familiares de los mismos, merecen ser estudiadas en profundidad para poder generar nuevos recursos que atiendan las particularidades culturales de sus miembros.

Es menester aclarar que, cuando nos referimos a institucionalidad, intentamos acercarnos al concepto propuesto por Hugo Spinelli (2021). Si bien el autor parte de la necesidad de construir

una nueva hegemonía hospitalaria, nos interesa el tipo de construcción rizomática con anclaje territorial y el trabajo en redes que plantea. Para el autor, esta nueva institucionalidad “propone instalar prácticas humanizadas centradas en el paso de la atención al cuidado en cada territorio, respetando las singularidades e idiosincrasia de los habitantes y sus culturas” (op. cit.:1).

En cuanto a la intervención del gestor cultural en el ámbito hospitalario, entendemos que su función principal debe vertebrar en torno al sentido que Olmos le otorga a la gestión. La misma, “podría considerarse como ese conjunto de gestos a través de los cuales llegamos a dar sentido histórico a una forma de ‘estar siendo’ en el mundo” (2008: 38). De esta manera, considerando que la cultura está presente en todos los actos de la condición humana, la misma debe ser tratada como un derecho. El gestor cultural debe “recoger la voluntad cultural” (Olmos, *op. cit.*: 43), valorizarla, fortalecerla e ir tejiendo con otras áreas el sentido simbólico de pertenencia.

Cultura como derecho humano

A las visiones existentes en el campo de la gestión cultural y la salud, con este trabajo, nos interesa ampliar la perspectiva frente a la realidad que nos interpela.

Por un lado, la antropología médica “reflexiona sobre las formas socioculturales que adquiere el estar sano o enfermo como parte de un proceso histórico-social en el que se conforman las subjetividades colectivas” (Mir Candal en Maglio, 2018:6). Éstos, a su vez, se contraponen “con el modelo de atención biomédico imperante que toma los aspectos socioculturales como factores externos a la enfermedad y coloca su sociabilidad en una situación de paréntesis temporal” (Margulies en Maglio, 2018: 6).

A raíz de considerar estas dos posturas, nuestra mirada agrega que “toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten” (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, Art. 27).

Para el caso de la Ciudad de Buenos Aires, en 2006, fue promulgada la Ley N°2176 que tiene por objeto “promover los derechos culturales previstos en el artículo 32 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, ordenar el marco legal y principios rectores de las políticas culturales”. En ella podemos encontrar que, entre las funciones de las autoridades de aplicación, se encuentra la de:

propiciar los circuitos culturales y artísticos que incluyan como destinatarios, en forma preferente, a personas con diferentes dificultades, físicas o psíquicas, población de internación prolongada o de alojamiento permanente en establecimiento dependientes de los Ministerios de Derechos Humanos y Sociales y de Salud (Ley 2176, art. 32, cap. 1 n7).

Asimismo, en el artículo 5, dentro de la formulación de los principios, se promueve “la descentralización de las políticas de gestión cultural, la participación ciudadana y el protagonismo de la comunidad en el diseño de la planificación y la gestión cultural” (Ley 2176, art. 532, cap. 1 art. 5.)

Estas consideraciones podrían dar el marco legal necesario para legitimar a las actividades culturales dentro de los hospitales. Las relaciones que se dan dentro de los hospitales tienen una lógica participativa y transversal; además, descentralizan la forma de promover los bienes culturales de los espacios que convencionalmente se asocian a lo cultural. Sin embargo, de acuerdo al relevamiento efectuado, hallamos que no tiene gran difusión esta normativa que ampara las acciones culturales en hospitales entre quienes las organizan.

Para poder analizar las problemáticas de institucionalidad, no solo acudimos a sistematizar y tipificar las dificultades que surgieron de las entrevistas realizadas a los actores sociales que intervienen en los espacios culturales, sino que, además, observamos las dinámicas organizacionales. Este abordaje fue nutrido desde el punto de vista teórico de la psicología de

las instituciones propuestas por Fernández (1994) y Ulloa (1969) para entender el estado de situación de la gestión cultural en salud de una manera integral y transversal.

Una institución, en términos de Lidia Fernández: "...es en principio un objeto cultural que expresa cierta cuota de poder social. Nos referimos a la normas-valor que adquieren fuerza en la organización social de un grupo o a la concreción de las normas-valor en establecimientos" (1994: 17). Desde esta postura, entendemos en el campo estudiado, que existen distintas actividades culturales dentro de los hospitales que se disputan permanentemente su posición y valoración frente a las prácticas del hospital caracterizadas por el modelo hegemónico de la salud, biologicista, ahistórico e individualista (Menéndez, 1983).

Paradójicamente, en su conjunto, las actividades culturales son reconocidas como experiencias positivas tanto por los responsables, como por los destinatarios y el equipo de salud, conservando una trayectoria de aproximadamente veinte años. Sin embargo, una de las características de estas iniciativas es que, en su mayoría, son propuestas "de abajo hacia arriba" y no como política pública del Estado o desde las direcciones de los propios hospitales. Existe una multiplicidad de actores responsables de estas propuestas (miembros del equipo de salud, talleristas, gestores culturales, voluntarios, instituciones del tercer sector, etc.) que presentan sus proyectos y normas de manera aislada, pero que no se nuclean en programas integrales.

Si bien, entre nuestros hallazgos encontramos algunas áreas o departamentos de cultura dentro de las instituciones, suelen ser escasos comparados con la cantidad de actividades culturales que se desarrollan en los nosocomios.

En cuanto a comisiones propiamente dichas, conformadas específicamente para el área de cultura, las encontramos, por ejemplo, en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni y en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

En general, los museos dentro de los hospitales cuentan con la ventaja de producir anclaje de espacio territorial para sus prácticas. Entre ellos mencionamos: el Museo Histórico Hospital Bernardino Rivadavia, el Espacio de Arte Museo Muñiz y el Primer Museo Argentino de Art Brut (Hospital Borda) y el Hospital G. Durand.

Por cierto, el Hospital Borda es un caso interesante de analizar porque conviven diferentes organizaciones dentro de la misma institución con distintas perspectivas. Encontramos la radio La Colifata, constituida jurídicamente como una ONG sin fines de lucro; el centro Cultural Cooperanza; y, finalmente, el Frente de Artistas del Borda dirigido por Alberto Sava hace 37 años. Todos ellos trabajan con autonomía y lógicas disímiles entre sí.

Otras figuras que encontramos tienen que ver con grupos de pares. Estos están conformados por personas afectadas por las mismas patologías (HIV-SIDA, CHAGAS, etc.) que se reúnen para realizar acciones en común y compartir sus experiencias.

En algunos hospitales participan artistas dedicados a realizar intervenciones edilicias o en espacios verdes. También podemos observar bibliotecas, grupos de talleres de arte-terapia y juegotecas. Muchas veces, algunas asociaciones civiles externas suelen realizar muestras, instalaciones e intervenciones de distinto tipo dentro de los hospitales.

Sin embargo, solo una escasa cantidad de actividades y actores se encuentran nucleados bajo programas ministeriales tanto desde el área de salud como de cultura.

Convivencia institucional

Ulloa (1969) describe cuatro tipos de instituciones en relación a cómo se encuentran las personas en ellas: instituciones que se ocupan de las personas enfermas o disminuidas (situación regresiva), aquellas que se ocupan del aprendizaje (situación progresiva), las instituciones laborales (madurez), y aquellas instituciones ligadas al tiempo libre (placer y reflexión intelectual)

En base a estas definiciones podemos observar que, en estos espacios de prácticas culturales dentro de hospitales, conviven varias de las mencionadas a la vez: una persona en una situación regresiva puede convivir en un espacio pensado para el placer y la reflexión intelectual e incluso, pasar por una etapa progresiva a través del proceso creador y el aprendizaje.

Esto no solo se da en los pacientes que participan de las prácticas culturales dentro de los hospitales, sino también en el personal de salud que promueve acciones interdisciplinarias “tal es que a la hora de empezar a planificar, a quien sabía hacer algo, lo convocamos para empezar los talleres así se iban comprometiendo”, como mencionó una referente.

Frente a la angustia que puede ocasionar una enfermedad o padecimiento, las prácticas artístico-culturales propician un entorno ideal para la generación de nuevos vínculos. Tanto para los internados como para los familiares o el personal de salud, estas acciones desarrollan empatía entre los miembros y un posicionamiento diferente frente a la situación de enfermedad. De esta manera, se acrecienta la autoestima y se renuevan estímulos generando un mejor entorno a la situación.

Problemáticas

“Una institución está organizada sobre la base de tres distribuciones: geográfica, tiempo y de responsabilidades” (Ulloa, 1969: 8). Dentro de ellas, se producen constantes movimientos internos y en relación al contexto. Las articulaciones dentro de esos movimientos, según su funcionamiento o modalidad, pueden verse perturbadas y producir lo que Ulloa denominó “fracturas”.

Muchas veces estas fracturas están dadas desde el inicio. Al momento de conformarse una organización dentro de una institución, como es el caso de estos espacios culturales, se circunscribe a partir de los núcleos pre institucionales. Estos núcleos surgen de una comunidad determinada (médicos, talleristas, pacientes), con proyectos semejantes o afines, “a través de

la coexistencia temporoespacial y la aceptación de un régimen de normas que crea un denominador, base de su institucionalización” (Ulloa, *op cit.*:11).

Por ejemplo, para elaborar un proyecto cultural cuya dinámica suele ser en red, se buscan distintos saberes dentro del nosocomio para armar un evento artístico. De esta manera, por ejemplo, en uno de los hospitales relevados se organizó una muestra fotográfica. A la misma, se sumaron músicos pertenecientes al plantel del personal de salud. Para acompañar la jornada, personas que sabían tejer armaron “cuadritos de colores para vestir los árboles”.

Cuando estos núcleos nacen con diferencias o desacuerdos, pero “continúan siendo eficaces para configurar pautas culturales y modalidades de pensamiento, tienden a aparecer luego como antagónicas, aún en caso que no lo sean” (Ulloa, *op cit.*: 12). De esta manera, a pesar de las disparidades existentes, podemos observar cómo conviven en un mismo hospital, el sistema biomédico y las terapias alternativas de autocuidado (talleres de reiki, yoga, meditación, etc.) beneficiando unas y otras a los pacientes.

A la espera de la sala de espera

Al momento de efectuar el diagnóstico y durante el desarrollo de la pesquisa, encontramos que los diferentes programas y acciones culturales tienen dificultades asociadas al uso del espacio y la escasa visibilidad que se le otorgan a las acciones.

Los lugares asignados para las actividades culturales, por lo general, son los pasillos, las salas de espera o “puentes que haciéndonos un favor son utilizados para las prácticas”, como mencionó uno de nuestros interlocutores. Otras veces, son aquellos abandonados, restaurados y acondicionados para tal fin o tienen doble función dado que se usan, alternativamente como sala de reunión de profesionales de la salud tanto como espacios para muestras o actividades.

Un ejemplo de ello es “Cooperanza”, cuyo responsable es Alfredo Moffat¹ en el Hospital Borda y no tiene espacio propio. Las actividades se hacen donde antes funcionaba la Peña Carlos Gardel. “Los eventos se desarrollan al aire libre y cuando llueve se usa el comedor de algún servicio”, según uno de los participantes activos.

En cuanto a los cargos propios para las actividades, en nuestro estudio se señala que el personal designado para los programas culturales tiene, en oportunidades, carga repartida y muchas veces dificultades para salir de sus servicios y dedicarse a las acciones culturales. Esto se debe, en gran medida, a que las comisiones o departamentos de cultura no tienen el peso suficiente para disputar los recursos.

Este problema se traduce, de igual modo, en la poca visibilidad que las acciones tienen dentro de los hospitales. El modo de difusión de las prácticas de boca en boca, el uso de carteleras y las mesas de información son pautas que nacen de los organizadores de los espacios, pero no desde las direcciones de los nosocomios.

En este contexto, nos resulta pertinente indagar en cuáles son los motivos por los que estas prácticas se mantienen vigentes por más de dos décadas en las mismas condiciones. Como mencionamos con anterioridad, estas actividades son percibidas positivamente, sin embargo, los problemas del uso de espacio, la falta de recursos económicos, la poca divulgación, entre otros, siguen sin resolverse.

Algunas de estas consideraciones son las que nos llevan a poner énfasis en “revelar las dimensiones culturales de fenómenos aparentemente no culturales” (Vich, 2014: 85) y a hacer hincapié en el desarrollo de herramientas de gestión cultural que permitan aportar recursos.

Lo que resulta para algunos antagónico, para otros complementario dentro de un hospital, como ser lo biomédico-hege-

¹ Alfredo Moffat (1934) es psicodramatista fundador de la Escuela de Psicología Argentina, conocido como discípulo de Pichon- Rivière.

mónico versus las prácticas propias de las iniciativas culturales, son acciones que tienen en común la búsqueda del bienestar de los mismos destinatarios: los pacientes, sus familias y hasta los propios profesionales de la salud.

Cuando las situaciones que aparentan discordantes se siguen aceptando, se está dando lugar a los mitos culturales (Ulloa, *op cit.*)², que no hacen otra cosa que otorgar mayor o menor carácter a las entidades formales o grupos de poder dentro de la institución. Por ejemplo, los museos dentro de hospitales tienen más legitimidad social que los talleres artísticos o las terapias alternativas. Por lo tanto, a la hora de obtener recursos las actividades patrimoniales relacionadas a la historia del hospital son menos problematizadas que el resto de las actividades de índole cultural.

Si se evaluara el “índice de efectividad”, lo que para Ulloa (*op cit.*) es el logro que existe entre los objetivos explícitos de estos espacios con los resultados reales, tal vez los procesos de institucionalización de estas prácticas obtendrían mejores resultados.

Asimismo, la sistematización de las experiencias, tanto en el campo profesional de la salud como en el de la cultura, enfocando en la pertinencia del abordaje interdisciplinar arrojaría información complementaria en beneficio del paciente y en virtud de sus derechos.

Para ello, sería pertinente que la autoridad técnico-científica, la biomedicina (ya sea desde el propio hospital como desde las secretarías o ministerios) habilite el desarrollo de prácticas alternativas y otras acciones para el cuidado de la salud otorgando recursos y herramientas que faciliten la gestión. Además, la pluralidad de terapias es algo que se constata en nuestras entrevistas como algo beneficioso para el paciente.

Por su parte, desde el ámbito de la cultura también debe generar intercambios con el campo de la salud. Tanto en los pro-

2 Para Ulloa esto ocurre cuando no hay un conocimiento de la crónica o historia de la organización y se tiende a reproducir una herencia cultural a través de los años (1969).

gramas ministeriales, las líneas de financiamiento y los espacios de formación, la salud debería incluirse como incumbencia para los profesionales de la cultura, ejecutar declaratorias de interés sobre estos espacios, reglamentar un marco legal pertinente e incentivar tanto las actividades artístico-culturales como las patrimoniales dentro de los hospitales.

Realizar estas acciones, implica un cambio radical de paradigmas, que puede fundamentarse en la línea que propone Vich:

...los ministerios de cultura no pueden seguir funcionando al igual que los demás ministerios, vale decir, no pueden tener como principal objetivo el desarrollo de su 'sector', sino que su verdadera función radica –debe radicar– en el intento por intervenir transversalmente en la sociedad en su conjunto (Vich, 2021: 21).

Este cambio de paradigma debe actuar en constante movimiento, generado no solo por los activistas culturales, sino que también debe ser promovido por las políticas públicas, que “sean las encargadas de proporcionar distintas imágenes que nos hagan ver las causas de lo cotidiano a partir de sus múltiples contrastes” (Vich, *op. cit.*:21).

Esta propuesta de trabajo transversal e interdisciplinar debe procurar sanar las fracturas institucionales y consolidar estructuralmente los campos de la salud y la cultura. Deben incluir, además, a los organismos de derechos humanos con el fin de promulgar la cultura como derecho y hacer cumplir las normativas vigentes, actualizarlas, ponerlas en discusión y promoverlas.

Hay algo que necesitamos modificar no solo en el contenido de la acción, sino también en el discurso que la acompaña y que, en cierta medida, también configura nuestra acción. Desde todos lados, desde la academia o desde el activismo callejero, las políticas culturales necesitan repensarse y repensar su transversalidad (Vich, *op. cit.*: 19).

Para ello, la gestión cultural debe abordar el campo de la salud con pleno compromiso social y ética profesional bregando por los derechos culturales de las comunidades.

Conclusiones

En este artículo se propone analizar las problemáticas de institucionalidad de los espacios culturales dentro de los hospitales. En primer lugar, se analizaron los resultados obtenidos en el proyecto de investigación mencionado. En segundo lugar, se presentó un enfoque acorde a las necesidades que demandaba la pesquisa. A partir de una nueva mirada sobre la institucionalidad que valide la cultura como derecho humano, se analizaron las normativas vigentes sobre la temática.

Por otro lado, se tomaron como herramientas analíticas la psicología de las instituciones para comprender la realidad organizacional de estas prácticas dentro de los hospitales.

Finalmente, se propuso tomar a la gestión cultural como un campo idóneo y fértil para desarrollar estrategias que dialoguen con profesionales de la salud en beneficio de estas prácticas complementarias que, sin dudas, dejan establecido a lo largo de este recorrido, que mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Etzioni, A. (1975): *Organizaciones modernas*. México, UTEHA.
- Fernández, L. (1994): *Instituciones Educativas. Dinámicas institucionales en instituciones educativas*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2006). Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley2176.html#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,rectores%20de%20las%20>

pol%C3%ADticas%20culturales

- Maglio, M. I. (2018): *La gestión cultural en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. La experiencia del Espacio de Arte del Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz* [Tesina de Licenciatura en Políticas y Administración de la Cultura]. Universidad Nacional de Tres de Febrero, [obra inédita].
- Menéndez, E. (1983): "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En: *Hacia una práctica médica alternativa Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Olmos, H.A. (2008): *Gestión cultural e identidad: claves del desarrollo*. España, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Organización de las Naciones Unidas (1948): *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Spinelli, H. (2021): "Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud". *Salud colectiva*, 16, e3360. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/731/73162897050/html/>
- Ulloa, F. (1969): "Psicología de las instituciones. Una aproximación psicoanalítica". *Revista de Psicoanálisis*, 26(1), 5-37.
- Vich, V. (2014): *Desculturalizar la cultura. La gestión cultural como forma de acción política*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- ___ (2021): *Políticas culturales y ciudadanía. Estrategias simbólicas para tomar las calles*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CLACSO; Lima Instituto de Estudios Peruanos; Rosario, Editorial de la Facultad de Humanidades y Artes UNR.

Gestión en las políticas culturales para las infancias. Análisis en torno a la salud pública y la garantía de derechos

Melina Berta Goldstein

Introducción

La presente producción reflexiona en torno al diseño y la implementación de programas orientados a garantizar derechos culturales a las infancias. Específicamente se va a restringir el análisis hacia aquellas acciones que se aborden desde el área de la salud para con las infancias poniendo en juego los derechos y los accesos a los diversos bienes culturales.¹

Para ello, resulta necesario problematizar el rol que asume el Estado en la concepción y gestión de programas para las infancias y el marco legal que imprime una mirada de garantía de derechos de lo/as niños/as. Este trabajo busca abrir el camino a interrogantes e investigaciones que contribuyan a habilitar nuevos espacios o problematizar aquellos que ya existen en relación a la niñez con el mundo de las culturas.

A lo largo del capítulo haremos referencia a “las infancias” y no a “la infancia” ya que hay tantas maneras de ser niños o niñas como infancias en el mundo. En otras palabras, es posible pensar que existen tantas infancias como niños/as hay, dado que la posición que ocupan los sujetos en la sociedad va modelando nuevas experiencias y así configuran un nuevo tipo de actor social. Resulta fundante, entonces, concebir a la niñez como un sujeto político en tanto destinatario de derechos. Esto remite al

1 Proyecto PAIO 2018 - UNDAV “Gestión Cultural y salud pública: diseño de una matriz de información sobre los proyectos vigentes en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires”, dirigido por la Dra. Ana Lucía Olmos Álvarez.

cambio desde un paradigma que entiende a la infancia como objeto de tutela y donde los niños/as, entre otras cosas, no son escuchados ni contemplados en las decisiones.

Por otra parte, entendemos a la gestión cultural como el desarrollo de intervenciones y estrategias que distintas instituciones (gubernamentales, no gubernamentales, privadas, comunitarias, etc.) ponen en marcha para satisfacer las necesidades y aspiraciones culturales, simbólicas y expresivas de la sociedad en sus distintos niveles y modalidades (Santillán Güemes y Olmos, 2004). Pensando en ese sentido, se concebirá al colectivo infancias no como objetos ocupando gradas, colchonetas en el piso o bancos en un teatro o sala de espera de un hospital sino como sujetos de derecho, capaces de diseñar políticas culturales en conjunto con el mundo adulto. Esta concepción debe implicar, para el caso de las políticas destinadas a las infancias, poder correrse de la mirada adultocéntrica, cuestión que intentaremos problematizar y poner en tensión en el presente artículo.

Respecto al campo específico de la gestión cultural y las infancias,² Marlene Nördlinger (s/f) afirma que habitualmente se trabaja desde la intuición dado que no hay ninguna formación específica que vincule a la gestión cultural con la niñez. Es decir, que con las herramientas que tiene el gestor cultural va armando dicha dimensión. Esta autora remarca la necesidad de generar espacios de reflexión y debate para pensar cómo trabajar en este campo. En este sentido, es vital habilitar esta dimensión reflexiva dado que, en gran cantidad de instituciones vinculadas a la salud, infancia y cultura cuentan con escasa capacitación hacia los profesionales. De esta falta resulta que

2 Resulta necesario citar como antecedente de estas indagaciones entre políticas culturales, derechos e infancias la tesis de licenciatura en Gestión Cultural (UNDAV) de Marqués (2020). En ella se analizó el rol del gestor cultural como un agente de derechos en un Centro de Atención Transitoria para niñas, niños y adolescentes. Desde allí, el autor implementó un proyecto de Teatro Popular Didáctico buscando así tender un puente articulador entre las políticas culturales y las infancias institucionalizadas.

muchos de ellos se vean empujados a obrar desde el sentido común y no bajo un área de capacitación y construcción colectiva de una política pública.

Es necesario recordar que las políticas sociales producen un efecto sobre un conjunto de la población y esto conlleva una serie de recursos que están enmarcados en un determinado modelo económico y un poder al que responde. En este sentido, Gaitán aporta al debate al señalar que “el conjunto de las estructuras que componen la categoría infancia se modifica por efecto de los cambios sociales, culturales y económicos, lo que conduce también a la necesaria consideración histórica como elemento de explicación de la infancia” (2006: 85). De aquí que cada sujeto va a ir creando y moldeando un modo de ser y estar en la sociedad al tiempo que se va modificando la infancia como categoría de análisis.

La Convención de los Derechos del Niño (en adelante, CDN) es el antecedente más importante de las políticas de infancia en la Argentina. Este tratado es el marco legal y filosófico; y abre un nuevo camino hacia el reconocimiento de los derechos de los niños/as al declararlos como sujetos de derecho y compromete al Estado a asumir el rol de garante de los mismos. Estos nuevos derechos incluyen dimensiones de opinión y participación que favorecen el desarrollo integral. La Carta a las Ciudades Educadoras (2004) lo resume de la siguiente manera:

El niño y el joven han dejado de ser protagonistas pasivos de la vida social y, por lo tanto, de la ciudad. La Convención de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989, que desarrolla y considera vinculantes los principios de la Declaración Universal de 1959, los ha convertido en ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho al otorgarles derechos civiles y políticos. Pueden, por tanto, asociarse y participar según su grado de madurez. La protección del niño y del joven en la ciudad no consiste solo en privilegiar su condición. Importa además hallar el lugar que en realidad les corresponde junto a unas personas adultas que posean como virtud ciudadana la satisfacción que debe presidir la convivencia entre generaciones.

La CDN, tratado internacional al que han adherido gran cantidad de países del mundo plantea que el Estado debe ser quien garantice los derechos de la niñez. El objetivo era garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos plasmados en la letra de la ley instrumentando su aplicación para instituir y regular los derechos culturales en niñez y juventud, que hasta ese entonces carecían de plenitud. La paradoja radica en que tuvo origen en la década de los '90 bajo un modelo neoliberal, mismo momento histórico en que se debían garantizar y satisfacer estos “nuevos derechos”, se producía el dismantelamiento del Estado. En este marco, es importante recordar que la Argentina no fue la excepción, sino que se presentó como uno de los países que cumplió con mayor ímpetu las recomendaciones del Consenso de Washington. Este modelo provocó el máximo retroceso en lo social y en la calidad de vida cívica y política (Grassi, 2004: 65). El período gobernado por Carlos Menem (1989-99) realizó un gran recorte en el rol del Estado, sobre todo, en las áreas de educación y salud, provocando gravísimas consecuencias para el conjunto de la sociedad, en general, y de las infancias, en particular. Acordamos con Llobet quien afirma que “la inserción de las prácticas institucionales que amplían el sentido de la ciudadanía en un contexto sociopolítico de vulneración de derecho configura entonces una paradoja constitutiva de las instituciones” (2010: 275).

García Méndez (1995) sostiene que la CDN trajo divisiones de pensamientos, ya que convirtió necesidades en derechos. Por su parte, Konterlink (2008) afirma que existen derechos fundamentales planteados en la CDN que, en la práctica, le son negados a la gran mayoría de lo/as niños/as de la Argentina. Por ello, vale preguntarse qué principios generales de la CDN cumple el Estado desde sus acciones.³

3 También resulta necesario en este marco ir consultando los índices de pobreza en la niñez. Por ejemplo, al 30/03/2022, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) informó que la pobreza infantil alcanzó el 51,4% en el segundo semestre de 2021 y afecta a 5,5 millones de menores de 14 años. De ese

Continuando desde la perspectiva del derecho, Marisa Herrera sostiene que concebir a la niñez como un “otro”, con derechos y responsabilidades propias, implica plantear una nueva —y muy diferente— relación entre niñez, familia, Estado y sociedad (2019: 56). En este sentido vale recordar que existen marcos legales como la CDN y leyes de Protección Integral de los Derechos de NNyA (Ley Nacional 26061, como también provinciales y municipales) que ofician de marcos de referencia para analizar lo que se implemente (o no) en pos de garantizar los derechos contemplados en las estructuras legales.

Para responder a este interrogante, en las secciones siguientes se abordará a las infancias en sus contextos históricos y legales, para luego avanzar en el análisis de las políticas culturales orientadas a las infancias, específicamente en aquellos espacios donde atraviesan algún tipo de dificultad en torno a su salud. Resulta interesante indagar en las respuestas que se esbozan tanto desde el Estado como desde las instituciones del tercer sector ante esta situación

¿Los únicos privilegiados?

La Ley 10903 de Patronato o “Ley Agote”⁴ entró en vigencia en 1919 concibiendo a la niñez desde dos modos: niño o menor. Se habilitaba la intervención judicial para menores autores o víctimas de delito o en caso de encontrarse en “abandono o peligro moral y/o material”. Además, según el mismo art. 21 de dicha ley, el juez podía disponer del niño “tomando la medida que crea conveniente y por tiempo indeterminado”. Este rol de juez omnisciente dejaba sin voz a la niñez al mismo tiempo que alejaba a su familia por el hecho de vivir en condiciones precarias. La

total, el 38,8% son pobres no indigentes mientras que el 12,6% son indigentes (INDEC, 2022).

4 La Ley de Patronato Estatal de Menores (ley 10903) sancionada en 1919 por el Congreso de la Nación Argentina

pobreza y la delincuencia eran situaciones que se las entendía como consecuentes. Si se era pobre se consideraría al niño comodelincuente o futuro delincuente por lo que la protección se ligaba al encierro en institutos de menores en muchos casos.⁵

La Ley Agote se derogó en 2005 para dar lugar al paradigma de la Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (en adelante NNyA), plasmada en la ley 26061.⁶ Si bien pasaron más de 20 años desde su derogación, aún se observan acciones que ponen en evidencia el arraigo del paradigma de patronato en la forma en que se concibe la infancia desde el ámbito hospitalario. Por ejemplo, pensar a la niñez como meros pacientes pasivos, sin poder de decisión sobre sus cuerpos, sobre el espacio que habitan o poder elegir decorar su habitación. Este hecho alude a una concepción teórica de niñez donde subyace la idea de “objetos” y no “sujetos”, al no consultar ni garantizar su derecho a ser oídos en la construcción y diseño de políticas que les atañen. Esto se vislumbra también en la gestión cultural para las infancias en la salud. Donde muchas veces se “interviene” el espacio físico con producciones, espectáculos y actividades colocando a la niñez como mera “espectadora”, como un objeto que debe ser “divertido, animado” y no como sujetos que puedan intervenir en dichas producciones. Estos ejemplos nos resultan útiles para pensar que las infancias son actores sociales capaces de proyectar y pensar colectivamente una acción cultural: preguntarles qué quisieran ver; cómo les gustaría que fueran los espacios donde se encuentran alojados o de qué color fueran pintadas las habitaciones; qué cuadros, posters o carteles podrían decorar el espacio que habitan, qué libros, revistas, magazines o fanzines podrían estar a su alcance; qué películas se podrían proyectar.

5 Para enriquecer este momento histórico recomiendo la obra filmográfica de Leonardo Favio con películas como “Crónica de un niño solo” (1964), o “Tire Dié” de Fernando Birri (1960).

6 Ley 26061, “Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes” promulgada en 2005.

Escuchar, garantizar el derecho a ser oído y a ser un sujeto político habla de un nuevo paradigma para las infancias: el que se enmarca en el Sistema de Protección Integral donde se entiende que el Estado argentino posee una nueva forma de intervenir en las infancias. Concretamente, está obligado a garantizar el cumplimiento de la ley 26061 a nivel nacional mediante la implementación de planes y programas para que lo/as niños/as puedan gozar de una vida plena y un inicio de ciclo vital sin limitaciones. Desde este nuevo marco conceptual se concibe a las infancias como sujetos de derechos y al Estado como quien debe, mediante políticas públicas, garantizar el acceso y cumplimiento (Goldstein, 2018: 47). Asimismo, el Estado se debería presentar como el órgano capaz de garantizar las condiciones para el desarrollo íntegro de la niñez a través de la formulación de políticas sociales orientadas a la salud, educación y cultura, entre otras, y será la misma institución estatal que entre en incumplimiento cuando aquello no ocurra (Goldstein, 2020).

En este marco, es necesario preguntarse sobre las consecuencias de estas decisiones y si realmente lo/as niños/as son partícipes en la construcción de políticas culturales que los tengan como destinatarios. Más adelante se indagará sobre posibles respuestas en el análisis de algunos programas específicos, pero antes resulta imperioso indagar, ¿qué sujeto político se está construyendo?

Ante esta temática, Unda Lara sostiene que

la subjetividad se concibe como la capacidad de interacción que tenemos los sujetos en referencia a otros sujetos y a un entorno definido, el cual se constituye en un momento histórico y con unas condiciones establecidas y determinadas por el mismo tiempo social (2013:74).

De aquí que parecería ser que el marco legal que busca garantizar derechos culturales de los niños/as como actores sociales -como ser las leyes 26.061 de Promoción y Protección

Integral de NNYA y la 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,⁷ entre otras- se incumple cuando estos lugares quedan vacíos. Más aún, los ocupan las organizaciones del tercer sector, con el objetivo de garantizar derechos y forjar proyectos contemplando a la niñez como sujetos de derechos en ámbitos de la salud pública.

Al indagar sobre el rol del Estado en la niñez, la antropóloga Carla Villalta sostiene que este se presenta como una arena de disputas

en la que distintos individuos, grupos y organizaciones, portadores de diferentes saberes y movidos por distintas ideas y representaciones sobre la autoridad y las responsabilidades del Estado, desarrollan acciones que ensanchan o limitan sus alcances y sus regulaciones (2020: 21).

Por esto resulta fundante analizar el rol del Estado para pujar por la garantía de los derechos de la niñez en este tipo de instituciones de salud. Esto busca, a su vez, dar herramientas para la formación de futuras políticas sociales en una articulación necesaria bajo el marco de garantía de derechos.

Por otro lado, un programa cultural que tenga como destinatarios principales lo/as niños/as y adolescentes puede detentar un diseño correcto desde el punto de vista técnico, pero carecer de eficacia si no cuenta con el impulso que le brinda el poder político. Como sostiene Vilas, “aún el más sostenido apoyo de los actores de la sociedad civil requiere que sus reclamos sean acogidos por el poder político y transformados en decisiones y acciones de gobierno” (2011: 16). Para poder comprender las lógicas que marcan el rumbo en el diseño de las políticas sociales estas se deben pensar en un marco histórico concreto ya que la implementación, gestión y evaluación de estas serán fruto de

7 Ley 114 “Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires” sancionada en 1998.

determinado contexto socio-histórico. Ospina Alvarado sostiene que:

...para pensar la infancia se hace necesaria la alusión al contexto en el que esta se construye. En este sentido, de acuerdo a múltiples escenarios relacionales se configuran diversas maneras de conceptualizar las infancias, aunque en general se la narre de una única manera (2014:35).

Por ello, resulta necesario situar el contexto donde se desarrolle determinado programa o política orientada a las infancias. Para poder analizar aquellos programas culturales orientados a las infancias en espacios de salud pública primero será necesario dejar en claro que la concepción de infancia que subyace en el diseño teórico de los programas orientados a la cultura, artes y espectáculos para niños, niñas y adolescentes, obliga a la formulación y aplicación de las propuestas en conjunción entre grandes y chicos/as. Esto significa que se debe tener en cuenta la voz de lo/as niños/as con el objetivo de expresar sus pensamientos y sensaciones sobre las políticas que los tienen como destinatarios y lograr así políticas públicas más efectivas para esta población. No solo en materia de cultura sino también se puede pensar en la educación, salud, autonomía y recreación, entre otras. Pero, tal como veremos, las ideas en voz alta no siempre logran desarrollarse ni verse reflejadas en políticas y acciones culturales concretas hacia la comunidad, la institución o el hospital.

Para analizar en profundidad la temática, María de los Ángeles “Chiqui” González sostiene que es necesaria

una mirada cultural integradora, multicultural, respetuosa de las diferencias, basada en el derecho que tienen los chicos y chicas a la belleza, al juego, la participación plena y la transformación y desarrollo humano de sus propias vidas. Estas políticas, no pueden enunciarse como políticas para las infancias sino con las infancias para todos (2020).

En este sentido, la propuesta hacia la garantía de políticas culturales para las infancias implica forjar proyectos de corte universalista partiendo del reconocimiento de los derechos de lo/as niños/as construir activamente el espacio en el que viven sea por un tiempo extendido (internaciones prolongadas), intervenciones ambulatorias o consultas a especialistas. En cada una de esas instancias se deben contemplar las identidades, el territorio y las voces de la niñez en la construcción de ese espacio que se habita. Siguiendo a Olmos, “en el momento de diseñar políticas culturales es necesario tener en cuenta y conocer la variedad cultural de los destinatarios, la complejidad del territorio y su gente, la multiplicidad de instituciones (oficiales, privadas, comunitarias, asociaciones intermedias) que interactúan” (2008: 13).

La problematización es necesaria toda vez que es posible abrir un serio cuestionamiento sobre la eficacia de las políticas para la infancia (Llobet, 2010: 22). Por lo tanto, se requiere no solo un mayor compromiso con las infancias, sino el deber con aquellos proyectos políticos que promuevan el achicamiento de las brechas sociales en términos culturales al tiempo que se pueda igualar el acceso a espacios y actividades culturales en instituciones de la salud pública.

A partir de estas discusiones, este artículo propone analizar aquellas intervenciones llevadas adelante por el Gobierno de la Ciudad en pos de garantizar (o no) el acceso a bienes/ actividades y propuestas culturales en niñas, niños y adolescentes, específicamente en el ámbito de la salud pública. Se buscarán comprender las concepciones de infancias y de culturas que se imprimen a estos proyectos ejecutados para luego intentar abrir al contexto latinoamericano y pensar líneas de acción en una agenda regional.

“El juego y la risa, curan”. Experiencias e intervenciones culturales en hospitales públicos pediátricos

En esta sección abordaremos las acciones de gestión cultural de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y su articulación con otros organismos en sus modos de acercar, gestionar o proyectar actividades y propuestas lúdicas que tienen como objetivo ampliar el horizonte cultural en NNyA. Estas indagaciones permiten conocer no solo las acciones propias del proceso salud-enfermedad-atención, sino también aquellas realizadas en pos de garantizar (o no) el acceso a bienes culturales y, a la vez, preguntar acerca de la concepción de infancias que subyace en el diseño teórico de estos programas.

Entre los actores implicados en las acciones hallamos junto a los gestores culturales y al personal de salud, psicopedagogas, maestras hospitalarias, psicoanalistas, trabajadores sociales, residentes de educación para la salud, mediadores, talleristas, animadores, y “cuentacuentos”.

Resulta necesario aclarar que, si bien hay muchos proyectos culturales, se observó que la mayoría se ejecutan desde el tercer sector, siendo comparativamente más pequeña la intervención de las acciones desde el Estado dedicadas a este tipo de garantías. Desde este último actor, notamos que, en muchos casos existen ideas innovadoras con perspectivas de derechos y profesionales expertos en niñez y culturas, pero que cuentan con bajo o nulo presupuesto para desarrollar las propuestas, dando lugar a que se diluyan o prácticamente se marchiten.

En este apartado vamos a analizar aquellas acciones que emergieron o bien articularon con personal de salud del Hospital público, en pos de garantizar derechos. En el siguiente, se examinarán aquellos programas y proyectos que surgen y se gestionan desde organizaciones del tercer sector. Finalmente, se acercará a un análisis pormenorizado de la situación de la

gestión cultural para y con las infancias en espacios públicos dedicados a la salud en la Ciudad de Buenos Aires.

La primera experiencia que es necesario nombrar es Casa Cuna Cuenteros⁸. Se trata de una organización comunitaria donde narradores orales se acercan al Hospital General Pediátrico Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna) de manera semanal para promover la lectura a un espacio donde los libros no suelen llegar tan fácilmente. Esta iniciativa tiene articulación con otros servicios del Hospital como el área de salud mental donde el personal, apoya, sostiene y acompaña las acciones de los Casa Cuna Cuenteros. Estos entienden que es indispensable para la recuperación de los chicos y las chicas, que alguien les lea un cuento, los invite a viajar con la imaginación a otro lugar que no sea en el que están habitando en ese momento. Sus referentes lo sostienen de esta manera:

...no se cura con la palabra, pero es a través de ella que se recupera el lugar de la fantasía, la creatividad, el juego y la exploración, propias del ser humano. Por eso, pensamos la promoción de la lectura dentro de un marco de promoción primaria de la salud.

Es relevante señalar esta iniciativa que ha ganado incontables reconocimientos, premios y distinciones a nivel nacional e internacional, entre ellos el premio “IBBY-ASAHI a la Promoción de la Lectura 2020” y trabajan de manera conjunta entre personal del hospital y narradores orales voluntarios. En relación a los lugares donde se implementan las actividades, una de las tres responsables del proyecto Casa Cuna Cuenteros y quien además se ocupa del enlace institucional señaló “somos un grupo externo al hospital, un voluntariado que trabaja de manera ambulante por los pasillos y salas de espera e internación. El

8 Más información disponible en <https://www.facebook.com/CasaCunaCuenterosOficial/>

hospital tiene espacio solo para la atención de salud”. Los animadores hospitalarios, payasos, clown y musicoterapeutas hacen sus intervenciones en pasillos y salas de espera.

Existen muchos grupos de payasos que asisten tanto a Hospitales de adultos como a pediátricos. Uno de ellos es “SonRío (payasos en serio)”⁹, que desde 2013 asiste de manera presencial y voluntaria al Hospital Durand. De esta experiencia resulta necesario recalcar, además de la invaluable labor, la articulación con el Hospital. Uno de sus integrantes, comentó en una nota “en los últimos años y gracias a la unión con la parte de salud del hospital, empezamos a hacer Educación Sexual Integral en escuelas públicas, trabajando también junto al Estado. Lo hacíamos con una psicóloga y una antropóloga” (Rotemberg, 2020). El objetivo de esta agrupación remite al acompañamiento no solo en Hospitales sino también en ámbitos vulnerables de la salud y buscan transformar un momento, con risas, ternura, poesía, música, la mirada y la empatía. También sostienen que una manera de desdramatizar situaciones y entornos hostiles es a través del juego y de recuperar aspectos positivos de las personas y los espacios, uno de sus referentes afirma que “levantar el ánimo cambia cuestiones químicas y es un trabajo que confirmamos cada vez que fuimos a hacer alguna intervención”. El caso del grupo SonRío es útil para observar cómo el Estado interviene en estas instancias, buscando una articulación entre el tercer sector y las instituciones públicas.

Por otra parte, en el servicio de pediatría del Hospital Tornú, desde hace más de veinte años, fueron los profesionales de la salud quienes traccionaron por un espacio que combine infancia y cultura allí donde chicos y chicas van a atenderse. Observando que el tiempo de la consulta no alcanzaba para la cantidad de inquietudes que planteaban las madres, de allí se empezaron a pensar distintos dispositivos. Uno de ellos fue la biblioteca dentro del hospital. Resulta relevante señalar este he-

9 <https://www.facebook.com/sonriopayasosenserio/>

cho, a diferencia de otros espacios de cultura que se desarrollan en hospitales pediátricos, el Tornú cuenta con un lugar destinado a estos encuentros, al lado de la sala de espera. Una de sus referentes que se desempeña allí hace más de 11 años comenta que el programa al que pertenece fue mutando de nombre y de lugares, se llamó “Cultura Comunitaria”, luego “Arte para crecer” y “Promoción de la lectura”. En ese espacio es donde por fin se le da lugar a la tan ansiada y buscada interacción entre los Ministerios de Salud, Educación y Cultura. Este vínculo se arma de la siguiente manera:

...en la biblioteca hay maestras domiciliarias, en cultura estoy yo (en el área de promoción de la lectura) y otros compañeros y las pediatras. Lo pensamos como un trabajo en conjunto. Se logró después de tantos años poder repensar y articular las propias prácticas.

Este enlace no solo trajo consecuencias positivas para los pacientes, sino también para el propio programa, que en 2014 ganaron el primer premio del certamen VivaLectura, el cual tiene como objetivo estimular las experiencias más destacadas de promoción de la lectura en diferentes ámbitos. Estos reconocimientos también giran en torno a una mirada de salud, pero también desde la cultura, ya que se comienza a problematizar sobre el discurso hegemónico de la medicina y sus consecuencias en los pacientes.

En el mismo Hospital también se dicta un curso de posgrado titulado “Mediación de cultura y salud” que cuenta con puntaje para el personal de salud y es de carácter obligatorio para aquellos residentes de Educación para la Salud. La potencialidad de la propuesta se da en que quienes cursan, luego replican el armado de bibliotecas o de proyectos en distintos centros de salud y hospitales. Desde 2011, concurren profesionales que luego arman dispositivos, donde vuelven a tener como referentes a sus docentes del Hospital, y las puertas quedan abiertas para consultas, gestiones y por supuesto, articulación.

Las propuestas en el espacio del Hospital Tornú pueden ser en la sala de espera de pediatría o en la biblioteca y buscan garantizar derechos a través de la lectura y/o escritura. Una de las profesionales entrevistadas sostiene “yo propongo trabajar a las mamás, a los chicos, a las familias a todos los que estén, pero no es algo recreativo. Lo lúdico es lo metodológico, la forma en que una aborda una propuesta, pero tiene un sentido integral”. Es decir, que este tipo de propuestas es parte de una mirada donde se trabajan muchos derechos, desde habilitar la palabra y el derecho a ser oído hasta intercambio de saberes (allí podríamos alojar el derecho y la valoración por las identidades); también se relevan situaciones como el analfabetismo de las familias. La articulación de este programa busca pensar a las infancias de manera más integral, con las familias y en equipo, potenciando los tratamientos médicos con propuestas artísticas. En este hospital también se sumaron propuestas lúdicas, intervenciones de artes plásticas, técnicas y recursos artísticos (música, magia, recreación, etc.).

Un ejemplo de gestión cultural en espacios pensados para la salud en infancia se da entre el Hospital Piñero y el Tornú, donde una psicopedagoga armó un proyecto de promoción de la lectura y un curso anual para pensar las mediaciones de lectura y la escritura. A esta articulación entre Hospitales se sumaron los profesionales del programa Bibliotecas, para armar el trabajo con la literatura infantil.

Si nos referimos a la articulación, ésta palabra resulta necesaria para pensar justamente el vínculo entre las infancias, los proyectos culturales y, obviamente, los dispositivos de salud. Un ejemplo del vínculo entre cultura y salud se lleva adelante en Casa Flores, un Centro de día gestionado por el Gobierno de la Ciudad y ubicado en el barrio porteño de Flores. Este espacio está destinado a jóvenes con problemáticas vinculadas a las adicciones. Allí se da el taller “Hablaturas”, taller de lectura y escritura a la población que se encuentre bajo este dispositivo, ya sea como Hospital de día, Hospital de medio día o Grupo Ambulatorio (Argañaraz, 2019).

Luego de muchos años de lucha, en el mes de abril de 2021 se inauguró el Primer Consejo de niños y niñas¹⁰ en el Hospital Pedro Elizalde. El equipo conformado por un maestro hospitalario y una Promotora de la Participación Infantil buscan, semana a semana trabajando a pie de cama, garantizar el derecho al niño/a a ser oído y a construir con ellos el Hospital que habitan. Este proceso resulta innovador, y coloca a la niñez en el centro de la órbita, en tanto sujeto de derecho y no de objetos de cuidado. De allí van surgiendo temas desde los propios chicos y chicas en torno a los colores de las habitaciones, el acceso a wifi, los espacios de intimidad, privacidad, espacios al aire libre y necesidad de un carrito donde poder compartir libros, juegos, juguetes. El objetivo es poder traducir esos emergentes en un Manifiesto de Propuestas y desde allí trabajar articuladamente con las autoridades del hospital hasta conseguir que esas ideas sean traducidas en políticas públicas. Específicamente, el artículo 31 de la Ley 114 de Protección Integral de los derechos de NNyA de CABA sostiene:

10 El Consejo de las niñas y niños es un recurso debidamente instrumentado y adecuado a la ciudad o hacia entidades, con la finalidad de responder al derecho de lo/as niños/as reconocido en el Artículo 12 de la Convención de los derechos del niño-CDN. Los consejeros son niños y niñas participando, hablando, jugando, pensando y opinando desde la niñez y no como adultos. El Consejo debe estar conformado por chicos/as, en números igualitarios en lo posible, en edades entre 8 y 11 años. En estas edades se busca que sus opiniones sean representativas a la diversidad de infancias donde no siempre su voz es escuchada. La elección de los consejeros puede ser en escuelas, organizaciones, barrios, o salas de hospital como en caso de análisis. La modalidad de elección sugerida es el sorteo. La duración del mandato como consejeros es de dos años, esto también coincide con la finalización edad escolar primaria, aunque en los casos de internaciones hospitalarias, puede suspenderse con el alta médica, pero puede continuar como Consejera/o en algún otro dispositivo de participación infantil que funcionan en la Ciudad. El Consejo es coordinado por adultos, quienes ejercen como Promotores de Participación Infantil (PPI). Es importante resaltar que los Consejos no tienen como finalidad el aprendizaje y la sensibilización de infancias que participan, sino que trata de dar respuestas adecuadas a la gestión del municipio, del Hospital, o del lugar donde se implemente el proyecto buscando generar cambios desde la mirada de la niñez. Por tanto, tiene una finalidad estrictamente política. En palabras del propio Tonucci "El Consejo no es un proyecto pedagógico, sino político" (Tonucci, 2015).

“el Gobierno de la Ciudad debe implementar actividades culturales, deportivas y de recreación, promoviendo el protagonismo de niños, niñas y adolescentes y la participación e integración de aquellos con necesidades especiales”.

Resulta necesario analizar este marco legal a la luz de los hechos concretos. Lo que lleva a reflexionar que esta enunciación entra en tensión ya que, por un lado, existen dispositivos como los Consejos de niños/as en el Hospital Elizalde que buscan dotar de protagonismo a la niñez y que sus palabras se vean traducidas en políticas públicas. Pero, por otro lado, se observan escasas acciones de este tipo, vinculando solamente a la niñez con la enfermedad y con su actividad como “pacientes”. De aquí que urgen este tipo de reflexiones en torno a la problemática de las políticas culturales orientadas a las infancias alojadas en instituciones de salud pública ya que éstas no siempre terminan de concretarse, ni de garantizar el derecho pleno de lo/as niños/as a diversos bienes culturales. En el próximo apartado se profundizará justamente el rol del tercer sector en la gestión cultural hospitalaria para las infancias. Resulta una responsabilidad del Estado asegurar que las instituciones públicas promuevan la contribución equitativa de todos los sectores de la sociedad.

Botiquín de Primeros auxilios: ONG's como garantes de derechos

Una acción específica de trabajo en los hospitales pediátricos la encontramos en las propuestas de artes plásticas que implementa Curar Haciendo Arte con Pequeños (CHAP). Este proyecto concibe al arte como herramienta complementaria a los tratamientos médicos, focalizando en la libertad de expresión emotiva, la posibilidad de comunicación a través de sus creaciones y elección de los chicos y chicas. Uno de sus referentes afirmó “son ellos quienes eligen desde el color de la hoja hasta la técnica a utilizar (dibujo, pintura, collage), si quieren que sea exhibido en las paredes de los hospitales o llevárselo a su casa”. En este sentido, en el hospi-

tal conformado por reglas, prohibiciones y acciones que realizan terceros (médicos y enfermeros) se construye un tiempo-espacio donde chicos y chicas pueden ser protagonistas, mientras “la medicina pone el foco en cuerpo, también lo anímico y espiritual de los chicos necesita ser escuchado”. Esta ONG lleva sus acciones desde 2010 a tres de los Hospitales Públicos pediátricos más importantes: el Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez; Hospital General de Niños Pedro de Elizalde y el Hospital de Pediatría Garrahan. Concibiendo a la niñez como tal y no como meros pacientes. Funciona de manera co-gestionada entre instituciones de los ámbitos públicos y privados, y la colaboración de particulares.

Otro grupo que busca garantizar derechos culturales a la niñez en hospitales pediátricos son los Animadores Hospitalarios del Hospital Gutiérrez. Se trata de una ONG conformada por un equipo de talleristas externos al personal del hospital, quienes se definen como “defensores de la alegría”. A través de la recreación y el buen trato buscan ayudar a generar el bienestar como forma de prevenir y curar patologías. La dinámica es realizar intervenciones en las salas de espera y los pasillos del Hospital partiendo del *clown* y del juego para trabajar contenidos vinculados con la promoción de vínculos afectivos y lúdicos entre familiares de los pacientes, pero también entre el personal de la salud y éstos. Es decir, con todas las personas que conviven en el hospital

...a través de técnicas y recursos artísticos (música, magia, recreación, cuenta cuentos, etc.), los animadores aportan momentos de distensión, relajación, distracción y fantasía, que ayudan a que la experiencia hospitalaria de los niños, las niñas y sus acompañantes sea más dulce, más alegre, más humana¹¹.

Esta humanización de la internación y del trato resulta necesaria para reducir el estrés que acompaña a los chicos, las

11 Recuperado de: Animadores Hospitalarios: Quiénes somos. Acceso 05/08/2021

chicas y sus familias en momentos de internación o tratamientos prolongados. Por otra parte, también logra ser un soporte ambiental y psicoafectivo inevitables para las infancias.

A modo de sintetizar, se nombraron algunos de los grupos que trabajan esta articulación entre cultura e infancia, pero también hay otras ONG, y proyectos del tercer sector que llevan adelante proyectos hermosos y con muchísima seriedad y profesionalismo como por ejemplo Alegría intensiva (payasos); Musikeiros; Fundación Flexer; Proyecto Bergel; Estado Payaso; Puente Clown; Hospisonrisas; Titiribióticos; entre muchas de las agrupaciones, profesionales y talleristas que buscan garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes que transitan por esos pasillos, consultorios y salas de espera.

Muchas veces deben lidiar con personal del hospital o externos que cree que estorban, cuando su labor es tan importante como la receta que les va a dar el médico que esperan.

¿Dónde se aloja la cultura en los espacios de atención a la salud infantil?

La problemática del espacio público y el no tener un lugar asignado también surge en todos los hospitales pediátricos que se pudieron relevar. La débil intervención desde organismos del Estado en pos de garantizar los derechos culturales a la niñez en instituciones de la salud habilitando, “no lugares” entendiendo a éstos como: pasillos, salas de espera, antesalas o espacios “de prestado”. También se pueden pensar como el lugar que se les da a las actividades de cultura orientadas a niños, niñas y adolescentes.

Respecto al espacio, la mayoría de los programas y acciones culturales menciona tener dificultades con la atribución de espacios para realizar sus actividades. Los asignados y, a veces apropiados, son lugares de circulación que “haciéndonos un favor”, tal como mencionó un coordinador de área, son utilizados por las diferentes actividades.

El hecho de no contar con un espacio físico asignado, más allá de la incomodidad para desarrollar la tarea para los referentes, talleristas y profesionales, también deja entrever el lugar que se le da a la cultura y la gestión cultural en los hospitales pediátricos. Y, si bien desde el discurso biomédico se sobreentiende que todo tipo de actividades externas a las prescripciones médicas colaboran con el proceso de sanación, muchas veces, estas palabras quedan en la retórica sin poder garantizar siquiera un espacio, un lugar asignado donde se puedan encontrar niños/as (y no pacientes) con los talleristas de las ONG's para desarrollar lo planificado.

Tal como se expuso al comienzo del artículo, aún muchas prácticas que conciben al niño/a como un paciente y un “objeto” que debe ser atendido, se observan vigentes. Por ejemplo, la existencia de “intercomunicadores” para mantener las distancias entre el personal de la salud y los chicos y chicas internados. Al respecto, una de las integrantes del Equipo lúdico del Hospital Elizalde señaló que durante la pandemia producto del Sars-Cov2 en el bienio 2020-2021 resignificaron esa herramienta para unirse con las infancias. Haciendo bingos, y leyendo cuentos a través del intercomunicador rompiendo las barreras y dando la voz a esas infancias, como diría también otra referente del programa “buscamos reinventar la tarea”. En momentos de pandemia, un cuento, una poesía o una narración eran el mejor regalo que se le podía hacer a un niño/a internado en un hospital.

Retomando la necesidad de pensar el hospital como un espacio público, habitado y habitable para las infancias y sus familias, Olmos afirma que “el territorio no es solo una determinante geográfica, es fundamentalmente una construcción histórica y una práctica cultural. Construcción de referentes identitarios fundamentales para sus habitantes, con los cuales se sintetiza su historia y su memoria” (2008, p. 96). Por lo tanto, de aquí resulta útil pensar a instituciones de salud como espacios que cuentan con una historia y una memoria particular, espacios

donde conviven y se encuentran diversos sistemas culturales con organizaciones simbólicas que responden a variados sentidos sociales.

En resumen, para el caso del acceso a la gestión cultural en hospitales pediátricos es bien clara la ausencia del Estado en materia de derechos. Más aún, a estas organizaciones sin fines de lucro tampoco se les otorga un espacio físico delimitado o muchas veces se les da un lugar en el pasillo, “haciéndonos un favor” en palabras de un coordinador de área.

Salando las heridas: teorías para pensar la política cultural en pediatría

Luego del análisis de las experiencias reflejadas en la presente publicación, surgen algunas preguntas en torno a la falta de inversión, pero también de reconocimiento y garantías en las políticas públicas culturales para las infancias en espacios de salud. Desde aquí se pueden ensayar algunas respuestas a modo de ejercicio, para luego abrir el portal a los siguientes debates en torno al eje temático en cuestión.

En relación a la partida presupuestaria destinada para este tipo de proyectos, no resulta inocente el bajo o nulo presupuesto para las actividades culturales, impulsando (o casi obligando) a que recaigan bajo el ala del tercer sector. Se puede pensar, como afirma al respecto Carlos Eroles (2001) que cuanto más presente están las Ong’s, asociaciones civiles y sin fines de lucro nos dice mucho sobre el rol del Estado. Y que mientras un Estado esté más presente, estas organizaciones del tercer sector se irán disipando ya que no tendrán razón de ser, porque el Estado debería garantizar este tipo de derechos.

Por lo tanto, podemos abrir la pregunta sobre qué tipo de infancias se piensan desde el sector público a diferencia del llamado tercer sector. Por un lado, se cuenta con leyes que buscan garantizar derechos de la niñez en hospitales pediátricos (ya nombramos los marcos legales nacionales y provinciales

más arriba), pero se observa que las políticas públicas distan mucho de aquellas garantías legales.

Este hecho nos invita a pensar que se termina creando una fisura entre aquello que marca la ley y lo que realmente sucede; lo que se denominó “políticas etéreas” (Goldstein, 2017) donde se implementan algunas acciones en pos de garantizar aquello que marca la letra de ley, pero estas no se terminan de ejecutarse como políticas públicas concretas, donde la niñez pueda ser destinataria de cada proyecto.

Esta fisura a la que hacemos mención se termina subsanado mediante Ong’s y asociaciones civiles que logran llegar allí donde el Estado se encuentra ausente. De aquí nace una nueva pregunta, y que remite a pensar en una situación un tanto perversa donde las instituciones públicas a través de programas como por ejemplo mecenazgo, y diversos subsidios e instituciones privadas desde la famosa “Responsabilidad Social empresarial”, garantizan la continuidad de las actividades que desarrollan los organismos del tercer sector. La pregunta que gira en torno a ello es ¿por qué no las implementa directamente el propio Estado? ¿A qué se debe que necesiten articular con organizaciones civiles? ¿Por qué realiza este tipo de procedimientos en materia de infancias?

Uno de los ejemplos más conocidos son los llamados Centros de Primera Infancia (CPI) como una respuesta “fácil y económica” a la falta de vacantes en jardines maternales en CABA. Se trata de espacios que funcionaban como jardines maternales privados, y mediante un convenio con el Ministerio de Desarrollo Social, reciben a niñas y niños en situación de vulnerabilidad para garantizarles alimentación y un seguimiento en el área de la salud. El debate es complejo, pero con solo señalar que estos espacios no dependen del Ministerio de Educación, ya es suficiente para pensar dónde se coloca a la infancia vulnerada. También se suelen subsidiar hogares convivenciales (de los 40 que funcionan en CABA solo tres pertenecen a la Dirección General de Niñez y Adolescencia, mientras que el resto son

conveniados. Es decir que, nuevamente, en lugar de construir espacios (sean CPI, hogares o cualquier otro tipo de programa o política), el Gobierno de CABA pareciera ver más conveniente articular con organismos para generar subsidios, en lugar de construir, diseñar e implementar proyectos, planes o propuestas que busquen garantizar derechos en niñas, niños y adolescentes a largo plazo.

Dicho de otra manera, sin realizar acciones culturales que alojen al conjunto de las infancias en situaciones que comprometan su salud. Se suele resolver mediante transferencias bancarias, sin tomar la responsabilidad de garantizar derechos desde una perspectiva que atraviesa tanto a la administración pública como al marco legal que existe para ello.

Resulta complejo entonces, y hasta un poco perverso, poder pensar que las decisiones de no habilitar espacios culturales en áreas de la salud en niñas, niños y adolescentes se deba a inoperancias, o decisiones de la administración pública. Desde allí que esa vacancia la ocupen las organizaciones del tercer sector, quienes terminan garantizando los derechos que el Estado tiene la obligación de cumplir.

La falta de políticas culturales en los hospitales pediátricos de la Ciudad no debe buscarse por la ausencia de una partida presupuestaria, sino por otras variantes vinculadas a las decisiones hacia dónde, cómo y por qué se destinan las partidas para un área y no para otro.

Puertas de hospitales: vaivenes entre cierres y aperturas

A modo de cierre, resulta necesario reflexionar sobre qué tipo de niñez se contempla desde la gestión cultural orientada a las infancias en hospitales y centros de salud. De aquí, y dando un paso más, también al poner en cuestión el tipo de infancias que se piensan desde la política pública se puede problematizar sobre la dicotomía “sujeto/objeto” de derechos, que se

desarrolló en páginas anteriores. Se observa una gran deuda en materia de aquellas infancias que, además de que deben transitar internaciones o tratamientos prolongados de salud, ven restringidos sus derechos en lo que respecta a accesos a bienes culturales.

Si bien observamos que existen muchas agrupaciones del tercer sector que realizan grandes trabajos y transformaciones en lo que respecta a las niñeces, aún falta una gran labor por parte del Estado. Es necesario que este tipo de proyectos no solo recaiga en Fundaciones, Asociaciones Civiles y Ong's, sino que se sumen gestores culturales vinculados a ámbitos estatales. En este sentido será necesario repensar el rol del Estado como garante de derechos de esas infancias, y desde allí, poder traccionar hacia más y mejores políticas culturales en ámbitos de la salud donde se puedan diseñar proyectos culturales con las infancias y para todos.

Esta deuda a la que hacemos alusión puede responderse desde la perspectiva del derecho, dado que al existir un marco legal lúbil en materia de cultura¹² y no como sucede en relación

12 Dentro de los marcos legales, en la Constitución de la Ciudad: en el área de salud el art. 20 sostiene: "Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente." Es decir que se nombra a la cultura en un gran combo junto con otras áreas que se deben garantizar. Si avanzamos un paso más, en el art. 32 se hace alusión a las expresiones culturales de la siguiente manera: (La Ciudad) "Garantiza la democracia cultural; asegura la libre expresión artística y prohíbe toda censura; facilita el acceso a los bienes culturales; fomenta el desarrollo de las industrias culturales del país; propicia el intercambio; ejerce la defensa activa del idioma nacional; crea y preserva espacios; propicia la superación de las barreras comunicacionales; impulsa la formación artística y artesanal; promueve la capacitación profesional de los agentes culturales; procura la calidad y jerarquía de las producciones artísticas e incentiva la actividad de los artistas nacionales; protege y difunde las manifestaciones de la cultura popular; contempla la participación de los creadores y trabajadores y sus entidades, en el diseño y la evaluación de las políticas; protege y difunde su identidad pluralista y multiétnica y sus tradiciones". Otro ejemplo de marcos legales sobre cultura lo trae la ley 2176. Por ejemplo, en su art. 4 propone "Los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires gozan del ac-

a la educación, salud, vivienda y otros derechos fundamentales, este termina quedando a merced de las voluntades de los agentes de la salud que se desempeñan en hospitales y que muchas veces lo urgente no deja ver lo necesario.

De aquí que resulta necesario que existan leyes que garanticen la gestión cultural en los hospitales y centros de salud de todo tipo (agudos, pediátricos, mentales, etc.). Estos marcos legales, a su vez deben ser traducidos en una institucionalidad cultural dedicada a la salud desde un plano holístico, y no dejar este tipo de acciones delegadas a los organismos del tercer sector, quienes terminan siendo casi los únicos garantes de los derechos a actividades culturales en espacios pediátricos.

En este mismo sentido, la propuesta hacia la garantía de políticas culturales para las infancias implica forjar proyectos de corte universalista partiendo del reconocimiento de los derechos de lo/as niños/as a construir activamente el espacio en el que viven sus propios proyectos culturales, contemplando las identidades, el territorio y las trayectorias en cada espacio.

Otro eje, a modo de conclusión, resulta de la relevancia en la formación de contenido de calidad para el diseño de las políticas culturales de infancias en espacios dedicados a la salud. Esto significa poder contar con un documento de análisis, articulación teórica y legal de cada programa implementado en hospitales públicos y privados como una herramienta de consulta para los gestores, funcionarios y personal que se desempeñe en el ámbito de la gestión cultural, en el área de la salud, o específicamente con las infancias.

ceso universal, equitativo e inclusivo a la cultura. El derecho a la cultura integra los derechos humanos, que son universales, indisociables e interdependientes” En el art. 7 inciso o, resulta relevante marcar que señala la vinculación entre salud y cultura: “Propiciar circuitos culturales y artísticos que incluyan como destinatarios, en forma preferente, a personas con diferentes dificultades, físicas o psíquicas, población de internación prolongada o de alojamiento permanente en establecimientos dependientes de los Ministerios de Derechos Humanos y Sociales y de Salud”.

Este hecho implica no concebir a la niñez como meros espectadores de una obra de títeres, recitales o cualquier otra disciplina vinculada al mundo de las culturas, sino que se trata de poder armar una agenda junto con las infancias, contemplando no solo el derecho a la salud y a la cultura, sino también su derecho a ser oído y a que esa voz sea tenida en cuenta en todas las instancias que le afectan, tal como señalan las leyes de protección integral.

Se espera que este conocimiento -nutrido en la experiencia con los niños y niñas- sirva de base de sugerencias para el diseño y/o la revisión de procedimientos y estrategias de implementación de las políticas públicas sanitarias centradas en las infancias. Ojalá sea, también, un paso más hacia la garantía de sus derechos culturales.

Referencias bibliográficas

- Argañaraz, Ú. (2019): *Hablaturas. Experiencias de oralidad, lectura y escritura al límite*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras - Universidad Nacional de Buenos Aires. Recuperado de: https://biblioteca.isauroarancibia.org.ar/wp-content/uploads/2020/09/05-ARGANARAZ-U_-Hablaturas_interactivo.pdf
- Bórquez, M. J. (2014): La promoción de la lectura en la vida cotidiana de los Hospitales Generales de Agudos y los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ¿Pasatiempo, goce estético o recurso de salud? (Tesis de Maestría en Comunicación y Cultura). Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Brosio, D. *et al.* (2018): “Estrategia de promoción de las lecturas con adultos en un contexto de internación hospitalaria”. *Hacia la promoción de la salud*, 23(1), 41–55. Recuperado de; <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.4>
- Eroles, C. (2001): *Paradigmas, actores sociales y políticas públi-*

cas en Políticas públicas de Infancia. Una mirada desde los derechos. Espacio Editorial.

- Espósito, S. (2014): Promoción de las lecturas, promoción de derechos. “Tardes del Tornú”. Premio VIVALECTURA. Primer Puesto Sociedad. Ministerio de Educación (Argentina); OEI; Fundación Santillana (Argentina). Recuperado de https://drive.google.com/file/d/0B-luudAiM-ZLQ1RVc2NuTHB5YU0/view?usp=drive_open&usp=embed_facebook
- Goldstein, M. (2018): El papel del Estado entre el derecho y la participación infantil. ¿Políticas etéreas o garantías de un marco legal? Presentado en VII Escuela internacional de la red iberoamericana de posgrados en infancia y juventud – RedInju “Migraciones, violencias, estigmas y resistencias en infancias y juventudes”. Tegucigalpa, Honduras.
- ____ (2020): “Maternidades y derechos de la niñez en pandemia”. En Barbato (comp.) *El cuidado es político* (pp. 93–113). San Isidro: Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.
- ____ (2018): “El papel del Estado entre el derecho y la participación infantil. ¿Políticas etéreas o garantías de un marco legal?” Tegucigalpa, Honduras.
- ____ (2020): “Maternidades y derechos de la niñez en pandemia”. Pp. 93–113. En *El cuidado es político. Reflexiones transversales en tiempos de precariedad*. San Isidro: Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.
- González, M. de los Á. (2020): Manifiesto del área de las Infancias del Centro Cultural Kirchner. Recuperado el 6 de agosto de 2021, de: <https://chiquigonzalez.com.ar/project/manifiesto-del-area-de-las-infancias-del-centro-cultural-kirchner/>
- Herrera, M., Gil Dominguez, A., y Giosa, L. (2019): *30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño. Avances, críticas y Desafíos*. Buenos Aires: Ediar.
- Castro, Roberto. (2016):. *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Irrazábal, G. y Olmos Álvarez, A.L. (2021): “Objeción de conciencia y complementariedad terapéutica en pacientes y

- profesionales de la salud del Gran Buenos Aires, Argentina”. *Revista Argentina de Medicina* 9(3):249–57.
- Johnson, M.C., y Olmos Álvarez, A.L. (2021): “De clínicas y santuarios: Itinerarios de creyentes usuarias de reproducción humana asistida (TRHA) en Argentina.” *Sociedad y Religión* XXXI (57):17.
- Margulies, S. (2008): “Cultura y salud. Una perspectiva antropológica”. En *Sipes, C (Comp.) Patrimonio Cultural Hospitalario. Temas de Patrimonio Cultural N. ° 21*. Buenos Aires: Comisión para la preservación del Patrimonio Histórico Cultural Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2020): “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva* 16:1–25. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Minnicelli, M. (2004): *Infancias públicas. No hay derecho*. Buenos Aires - México: Noveduc.
- Olmos Álvarez, A.L. (2018): “Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino”. *Salud Colectiva* 14(2):225. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Olmos Álvarez, A.L., y Goldstein, M. (2021): “‘Un botiquín artístico’. Derechos de la niñez y pandemia en la salud pública”. Presentado en XIV Jornadas de Sociología UBA, Ciudad de Buenos Aires.
- Olmos, H.A., y Santillán Güemes, R. (2000): *Educación en cultura: ensayos para una acción integrada*. Buenos Aires: CICCUS.
- Tollo, M.A. (2019): *Escuchar las infancias. Alojamiento de singularidades y restitución de derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos*. Buenos Aires - México: Noveduc.
- Vich, V. (2014): *Desculturizar la cultura. La gestión cultural como forma de acción política*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Nördlinger, M. (s/f): Gestión cultural para las infancias (p. 13). Ministerio de Cultura - Argentina. Recuperado de Ministerio de

Cultura - Argentina website: https://formar.cultura.gob.ar/media/Gestion_Cultural_para_las_infancias_-_Marlene_Nordlinger1.pdf

Olmos, H.A. (2008): *Identidad y Gestión Cultural: Claves del desarrollo*. España: AECI.

Rotemberg, V. (2020, julio 18): "SonRío": Llevar el arte de payasxs donde más se necesita. Recuperado el 8 de agosto de 2021, de IMPULSO. Recuperado de: <https://www.impulsonegocios.com/sonrio-payases-payasxs-payasos-en-serio-clown-virtual-hospital-pacientes/>

Santillán Güemes, R., y Olmos, H.A. (2004): *El gestor cultural. Ideas y experiencias para su capacitación*. Buenos Aires: CICCUS.

Tonucci, F. (2015): El Consejo de los niños. Manual sobre la participación de los niños en el gobierno de la ciudad. Ed. Losada, Buenos Aires

Villalta, C. (2020): "Derivas y debates: La conformación de un campo de estudios a 30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño". En Isacovich, Paula (comp.) *Infancias y juventudes a 30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño: Políticas, normativas y prácticas en tensión* (Edunpaz, pp. 15–26). José C. Paz. Recuperado de: <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/download/51/62/195-1?inline=1>

Autoras

Ana Lucía Olmos Álvarez es Doctora en Antropología Social (IDAES-UNSAM), Investigadora Asistente en CONICET y Profesora Adjunta regular en la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV). Sus temas de investigación, formación y transferencia abordan las relaciones entre las creencias y la salud; trabajando los vínculos entre el campo científico y el religioso espiritual en el proceso salud-enfermedad- atención, pluralismo terapéutico y diversidad religiosa. Indaga también en las intersecciones entre carisma, imaginarios sociales y pertenencias en el campo socioreligioso argentino. Desde el año 2011 integra el sistema de ciencia y técnica nacional con becas de posgrado y posdoctorado del CONICET y actualmente como Investigadora Asistente. Ha participado en numerosos proyectos de investigación financiados por diversas instituciones nacionales (Agencia, CONICET, UBA y UNDAV) como internacionales (Universidad de Birmingham-Fundación Templeton y CIN-USPC). Actualmente, es miembro del Observatorio de Ciudadanía Cultural (UNDAV) donde dirige una línea de investigación acerca de las intersecciones entre cultura, salud y gestión. También, es directora de un proyecto PICT Joven “Religión y Salud: cosmologías sagradas, trayectorias y estrategias de búsqueda de mejoramiento personal en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina)”. Participó como expositora y organizadora en más de 30 congresos y jornadas nacionales e internacionales. Publicó artículos en revistas científicas de América Latina y Europa. Dirige becarios/as y tesis de grado y posgrado.

Contacto: aolmos@undav.edu.ar

Laura Marisa Ferreño es doctora en Antropología Social (EIDAES/UNSAM). Tiene un Posgrado en Gestión Cultural y Comunicación (FLACSO-Argentina) y otro en Políticas Sociales (EIDAES-UNSAM). Es Profesora Titular Ordinaria y Coordinadora del Observatorio de Ciudadanía Cultural de la Universidad Nacional de Avellaneda. Sus temas de indagación son las etnografías institucionales en los ámbitos públicos, particularmente en los poderes legislativos y en organizaciones de la sociedad civil. Sobre estos tópicos dirigió proyectos interinstitucionales con financiamientos nacionales (PDTs-UNDAV; Agregando Valor; PROUN; entre otros) como internacionales (CIN-USPC). Integra el WG06-Etnografías Institucionales (ISA). Es becaria de distintas instituciones: INAP-Argentina; Programa Doctorar; Programa de Movilidad Docente a Madrid; por la Universidad de Berna (Suiza) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (España). Profesora visitante en el IELAT-UAH (España) y en la Universidad Paris VII (Francia). Ha publicado artículos en revistas nacionales y del exterior; también capítulos de libros. Se desempeña como directora de becarios/as, tesistas e investigadoras y como evaluadora de recursos humanos (docentes y tesistas) y publicaciones. Desde 2011, es Consejera Superior en la UNDAV: secretaria (2011-2013) y presidenta (2015-2021) de la Comisión de Enseñanza e Investigación; y presidenta de la comisión de Gestión y Administración (2013-2011). En el Senado de la Nación Argentina fue asesora y coordinadora de programas del área de cultura.

Contacto: lferreno@undav.edu.ar

Melina Berta Goldstein es Licenciada y Profesora en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Magister en Planificación, Diseño y Gestión de Políticas Sociales por la UBA. Docente de Nivel Inicial (Normal N° 10) Es también Especialista en Derechos de Niñez y Adolescencia en contextos sociales, políticos y culturales (UBA-UNICEF- Inst. de Inv. Históricas Eva Perón- Min. de Cultura de la Nación). En el nivel superior, es Profesora regular adjunta en

la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) y docente de Sociología General (Programa UBA XXII- UBA en cárceles). En el nivel terciario, es Profesora del Seminario “Políticas para las infancias” en ISPEI Sara Ch. De Eccleston y en el Normal N° 6 “Vicente López y Planes”. Asimismo, es docente y tutora de la Diplomatura “La Ciudad de las niñas y los niños”; Red Argentina La Ciudad de las niñas y los niños - Asociación Francesco Tonucci - Secretaría de Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación). Es Promotora de Participación Infantil en los Consejos de niños/as de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus temas de investigación y gestión abordan las políticas públicas sobre las infancias, políticas culturales y derechos.

Contacto: mbgoldstein@undav.edu.ar

María Laura González es Licenciada en Enseñanza de las Artes Combinadas por la Universidad Nacional de Lanús y Actriz egresada de la Escuela Municipal de Bellas Artes Carlos Morel de Quilmes. Actualmente, es estudiante de la Licenciatura en Gestión Cultural de la Universidad Nacional de Avellaneda. Trabaja como profesora de Teatro en escuelas de gestión pública de la provincia de Buenos Aires. Participó del proyecto de investigación UNDAVCYT 2017 “Creencias y salud: Articulación biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención Avellaneda”. Entre sus temas de interés se destacan: derechos y políticas culturales, inclusión social, infancias, salud comunitaria.

Contacto: malaugalez@gmail.com

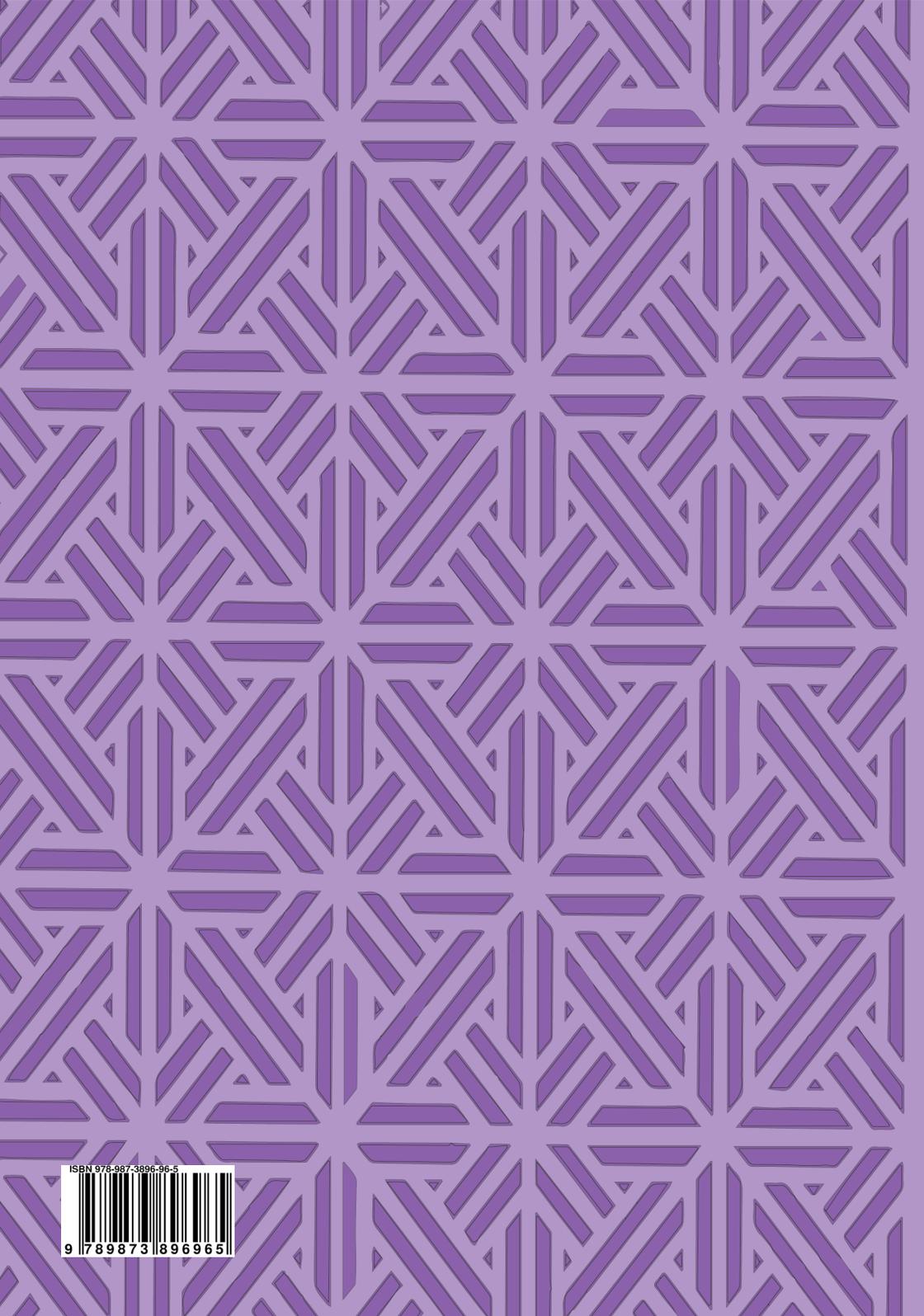
Gabriela Irrazabal es socióloga (UNLP), doctora en ciencias sociales (UBA), profesora adjunta regular en el área de metodología de la investigación (ICSyA UNAJ) e investigadora adjunta del CONICET. Desde 2008 investiga la articulación entre la bioética, la salud pública y las creencias. Desde esta perspectiva se ha especializado en el análisis sobre leyes y protocolos de salud en temas tales como el aborto, la reproducción asistida y la muerte digna. También ha estudiado fallos judiciales y casos concretos

en el ámbito sanitario en donde se presentaban debates que ponían en tensión la relación entre la salud y los derechos, particularmente en casos de muerte y creencias. Dirige la publicación digital de divulgación científica *Bioética y Sociedad*. Estudios sociológicos ISSN 2451-5256, en donde aborda los principales debates de las biociencias y su impacto social. Fue coordinadora del Segunda Encuesta Nacional de Creencias y Actitudes Religiosas de la Argentina (CEIL- CONICET) y desde su desempeño profesional en investigación en ámbitos no académicos ha dirigido estudios cuali y cuantitativos nacionales e internacionales en hasta cinco países en simultáneo. Fue profesora e investigadora visitante en Universidad de California Santa Bárbara, El Colegio de México, La Universidad de Sevilla, La Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad Paris V- Descartes.

Contacto: girrazabal@ceil-conicet.gob.ar

Amorina Martínez es técnica en Gestión Cultural (UNDAV). Posee una Diplomatura en Composición Musical con Medios Electroacústicos y una Tecnicatura como Realizadora Musical con Técnicas Electroacústicas, ambas de la Universidad Nacional de Quilmes. Es co-fundadora del Museo Vivo de Carnaval Metropolitano. En 2013 obtuvo el 3er premio en el Concurso de afiches y fotografías "Identidad de Género: Diversidad e inclusión en la Universidad", otorgado por el Ministerio de Educación de la Nación. Desde 2014 participó de distintos proyectos PAIO, UNDAVCYT y UNDAVCREA radicados en la UNDAV. Publicó "El teatro como herramienta de transformación en usuarios de salud mental" (2019). En 2020 le adjudicaron la beca EVC-CIN con el proyecto: "Profesionalización de la gestión cultural en espacios culturales de Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Problemáticas relacionadas a la institucionalidad". Sus temas de interés son las Políticas culturales, Gestión cultural y salud, Museología Social, Carnaval y Tradicionalismo.

Contacto: amoundav@gmail.com



ISBN 978-987-3896-96-5



9 789873 896965