

FINAL ANTROPOLOGIA RESUMEN COMPLETO:

OCCIDENTE Y EL RESTO: discurso y poder

- Siglo xxi
- Colonialismo
- Expansión y dominación económica/dominación y etnocentrismo culturales
- La antropología debe colocarse ante la situación colonial

“es la dominación impuesta por una minoría extranjera culturalmente diferente que actúa en nombre de una superioridad racial o étnica y cultural”. Pero que es inferior al grupo dominante desde un punto de vista material.

Esta dominación vincula en alguna forma la relación entre civilizaciones radicalmente diferentes: una sociedad industrializada, mecanizada, de intenso desarrollo y de origen cristiano, se impone a una sociedad no industrializada, económica “atrasada” y simple, cuya tradición religiosa no es cristiana.

OCCIDENTE Y EL RESTO: usamos estas palabras para referirnos a un tipo de sociedad, a nivel de desarrollo.

- Una sociedad desarrollada, industrializada, urbanizada, capitalista y moderna: hoy en día, cualquier sociedad que comparta estos rasgos puede ser tildada de pertenecer al occidente
- Occidente = moderno. Este discurso sostiene que occidente es una civilización superior. Denominamos que occidente surgió en Europa occidental, pero occidente ya no está solamente en Europa y no toda Europa es occidente.
- Occidente como concepto: es un concepto porque se trata de una idea abstracta que se utiliza para descubrir un conjunto de culturas y valores que comparten ciertas características comunes

QUE ESTUDIA LA ANTROPOLOGIA:

- Seres humanos, condición humana en su totalidad: comparativa y holística
- Diversidad humana en el tiempo y el espacio: pasado, presente, futuro/ la biología, la sociedad, el lenguaje y la cultura.

La antropología es la disciplina científica que se encarga de entender que es lo que nos hace humanos, para ello analiza tanto los aspectos físicos como las manifestaciones socioculturales de distintos grupos y en distintos periodos.

PARA RAROS NOSTROS:

- 1- La antropología requiere que la persona constantemente se replantee lo que cree

- 2- Proporciona una base firme sobre la que apoyarme mientras consideramos de forma crítica nuestra propia sociedad y a la sociedad global
- 3- Ofrece una base para formar ideas y comprender los procesos sociales y políticos, tanto en el pasado como en el presente
- 4- La palabra ANTROPOLOGIA deriva del griego “estudio” (logos) del ser humano

4 CAMPOS DE LA ANTROPOLOGIA:

ANTROPOLOGIA CULTURAL: Estudia la cultura humana, incluye herramientas sociales y significados

ANTROPOLOGIA ARQUEOLOGICA: Tiene que ver con la prehistoria tanto de los seres humanos como de su cultura (datos arqueológicos)

ANTROPOLOGIA FISICA O BIOLOGICA: Estudia los aspectos físicos del cuerpo humano. Implica la comparación entre las especies, (su principal orientación teórica es la evolución biológica)

ANTROPOLOGIA LINGÜÍSTICA: Estudia el lenguaje humano y otras formas de comunicación. Implica comparación con los sistemas de comunicación de otras especies (signos y símbolos)

El concepto de cultura:

La cultura se refiere al estilo completo de vida de una sociedad, y no simplemente a aquellas partes de esta a las que esa sociedad considera como más elevadas o deseables. Por lo tanto, cultura se refiere a innumerables aspectos de la vida, algunos antropólogos piensan que las culturas son normas o ideas para la conducta. La mayoría de ellos definen la cultura como el conjunto de conductas aprendidas, creencias, actitudes, valores e ideales que caracterizan a una sociedad o población.

La cultura es comúnmente compartida

La cultura se aprende

Una de las actitudes que dificultan el estudio de las culturas son las personas **ETNOCENTRICAS** donde el individuo analiza el mundo de acuerdo con los parámetros de su propia realidad, donde creen que sus actitudes y conductas son las correctas y la gente que no comparte sus patrones no tiene moral o es inferior.

La cultura siempre está cambiando. Gran parte del cambio cultural puede venir estimulado por alteraciones producidas en el medio ambiente externo.

ETNICIDAD Y RAZA: KOTTAK

- **Grupo étnico:** los miembros de un grupo étnico comparten ciertas creencias, valores, hábitos, costumbres y normas debido a sus antecedentes comunes
- **Etnicidad:** se basa en similitudes y diferencias culturales en sociedad o nación
- **Status:** cualquier posición que alguien ocupa en la sociedad sin importar el prestigio (buena fama)
- **Status adscripto:** la gente tiene poca o ninguna oportunidad para elegirlos
- **Status adquirido:** llegan a través de elecciones, esfuerzos, logros etc

El autor habla de raza social ya que las evariaciones físicas en la diferencia humana no tiene significado alguno, más que los sociales que le asignan los humanos, la raza fue un mecanismo social que se inventó durante la época colonial a los indígenas de los europeos.

Status racial se refiere a que uno adquiere su identidad racial al nacer, como status adscripto. Fenotipo significa rasgos biológicos evidentes de un organismo

Nación: sociedad que comparte un mismo idioma, religión, historia, territorio, linaje y parentesco

Asimilación: proceso de cambio que puede experimentar un grupo étnico minoritario cuando se mueve a un país donde domina otra cultura. La minoría adopta patrones y normas de la cultura anfitriona

INTRODUCCION- Elizabeth Jelin

La migración internacional ha sido y es un fenómeno que puede ser analizado en sus múltiples implicaciones: los cambios demográficos que provoca en lugares de origen y destino, su impacto en los mercados de trabajo, los múltiples procesos de contacto cultural involucrados, su vinculación con prácticas sociales de aceptación y discriminación, los procesos de reconocimiento y denegación de derechos

Los pacientes extranjeros en la mira. — Elizabeth Jelin.

En las últimas décadas, hubo un aumento de personas migrantes en el país. El sistema público se ha visto sobrepasado, incapaz de proporcionar atención a

toda la demanda que se presenta. La escasez de recursos lleva al debate de cómo distribuirlos y si deben tener prioridad quienes residen en el país. Los derechos de los extranjeros son puestos en relación con los nuestros.

El sistema de salud y el marco legal argentino referido al acceso de salud de las personas extranjeras.

El SSA tiene 3 sectores: público, privado y obras sociales. Tres cuartas partes de la población con ingresos insuficientes dependen de la atención pública de la salud.

La atención primaria de la salud se basa en una visión integral de la salud, teniendo en cuenta factores sociales, entorno físico y calidad de vida como determinantes de la salud. Se trabaja en conjunto y cercanía de la comunidad.

Los servicios públicos de la salud presentan dificultades como problemas de presupuesto o mala administración.

La salud es un derecho humano básico. La República Argentina y la Constitución Nacional reconocen el derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizarla, y de adoptar medidas destinadas a evitar la discriminación en el acceso a este derecho.

La “Ley Videla” (sancionada en 1981) consideraba al inmigrante como un peligro y le negaba el acceso a los derechos fundamentales. Todo funcionario público que estuviera en contacto con inmigrantes ilegales tenía la obligación de denunciarlo.

En 2003 el Congreso Nacional aprobó la Nueva Ley de Política Migratoria; el estado debe asegurar el acceso igualitario de los inmigrantes a los derechos que gozan los argentinos, particularmente al acceso de los servicios sociales. No se puede negar en ningún caso el acceso al derecho a la salud. Se debe garantizar el derecho a la salud integral a todas las personas sin excepción, sean residentes o no.

Aún así, aunque estos cambios fueron significativos, algunos optan mas por el lado de la Ley Videla. En la provincia de BS AS, se impide el acceso a los servicios de salud a aquellos extranjeros que no se han nacionalizado.

La Defensoría del pueblo de la ciudad de BS AS recibe quejas de las personas extranjeras que se enfrentan a discriminación por diferentes razones, entre ellas, la negativa de brindar atención debido a la situación migratoria o la exigencia de documentación argentina.

La investigación trata de dilucidar 3 cuestiones principales:

- 1) Dificultades en la condición legal del inmigrante.
- 2) Actitudes racistas y discriminatorias.

3) Cómo afectan las diferencias culturales.

Para los profesionales, la “no residencia” debería significar un acceso diferenciado a los recursos de salud, los profesionales denuncian como abuso del sistema a los extranjeros. Las relaciones entre los inmigrantes y el sistema de salud son conflictivas y tensas.

Los pacientes extranjeros en la mira.

En los sistemas de salud cada nacionalidad es percibida como un grupo homogéneo; las diferencias culturales más marcadas son con las pacientes bolivianas, caracterizadas como sumisas y sufridas.

La comunicación y la confianza.

Se hace referencia constantemente a las dificultades en la comunicación con bolivianas, ya que no muestran expresión alguna, el médico pierde un elemento muy importante. La descripción de los síntomas suele ser limitada y fragmentada. Tanto la confianza como la comunicación son fundamentales, la cual es resentida o completamente ausente. Las pacientes sienten desconfianza por temor a que “las reten”, sienten que el interrogatorio médico es un interrogatorio policial.

Muchos tienen apreciaciones claramente racistas, como que las bolivianas son el peor de los castigos, sucias o malolientes.

Los profesionales de los centros de atención primaria muestran mejor predisposición para comunicarse con los extranjeros, tienen una concepción de la salud con un fuerte contenido social e integrados, esto muestra que puede haber iniciativas que apunten a mejorar la comprensión.

Diferencias culturales que afectan la atención médica.

Los profesionales creen que algunas prácticas bolivianas son riesgosas, no son bien vistas desde el modelo médico tradicional.

A continuación, se señalan algunas de las diferencias culturales de embarazos y partos en bolivianas:

Posición para el parto:

Las mujeres bolivianas prefieren parir de cuclillas.

Lactancia:

No necesariamente es la madre quien debe alimentar al bebé.

Machismo:

La mujer boliviana está sometida a su marido.

Rechazo a la cesárea.

Valor de la placenta.

Rechazo a las extracciones de sangre.

Vestimenta.

Pudor para desvestirse y que las revisen.

Hábitos de higiene.

CUERPOS CONSCIENTES- Marcel Mauss.

LOS TRES CUERPOS.

Examina 3 perspectivas desde las cuales el cuerpo puede ser estudiado.

1. **Cuerpo individual:** cuerpo propio, envejece, se enferma, se cura, cuerpo individualizado.
2. **Cuerpo social:** el uso que le damos al cuerpo individual en lo social, cuando hablamos y como mostramos el cuerpo en lo íntimo y grupal.
3. **Cuerpo político:** artefacto de control social, que ejerce control entre el social y el propio (individual)

-En los momentos de crisis aumenta el control de los cuerpos.

-Los límites entre el cuerpo político y el individual se tornan difusos, pero no solo en momentos de crisis se disciplinan los cuerpos.

***BRUJAS, PARTERAS Y ENFERMERAS* (Barbara y Deirdre)**

•BRUJERIA Y MEDICINA EN LA EDAD MEDIA:

Las brujas vivieron y murieron en la hoguera mucho antes de que apareciera la moderna ciencia médica. Las mujeres condenadas como brujas eran simplemente *sanadoras no profesionales*.

La eliminación de las brujas como curanderas tuvo la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y el patrocinio de las clases dominantes.

La caza de brujas tuvo consecuencias duraderas. El aspecto de ser mujer ha sido siempre asociado a la brujería y las mujeres que han continuado actuando como sanadoras han seguido rodeadas de un halo de superstición y temor. La presente lucha del movimiento

feminista en el terreno de la salud de hoy tiene sus raíces en los responsables del despiadado exterminio de las brujas son los antecedentes de nuestros actuales adversarios. •**LA CAZA DE BRUJAS:** El periodo de caza abarco más de 4 siglos (siglo XVI al siglo XVII). La persecución empezó en tiempos de *feudalismo* y prosiguió hasta la “edad de la razón” adoptando diversas formas según el momento y lugar. Las brujas representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la iglesia y también para el estado. Dejando al 85% de todos los condenados a muerte eran mujeres: viejas, jóvenes, y niñas.

Dos de las teorías más conocidas sobre la caza de brujas son esencialmente interpretaciones médicas que atribuyen esta locura histórica a una inexplicable explosión de histeria colectiva. Una versión sostiene que los campesinos enloquecieron y presenta la caza de brujas como una epidemia de odio y pánico colectivos, materializada en imágenes de turbas de campesinos sedientos de sangre blandiendo antorchas encendidas. La otra interpretación psiquiátrica, en cambio, afirma que las locas eran las brujas.

La caza de brujas fueron campañas organizadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado. Por regla general, se desnudaba a la acusada y se le afeitaba todo el vello corporal. Luego la machacaban los dedos, la ponían en el potro, la torturaban con clavos ardientes y le ponían, la dejaban sin alimento y la azotaban con el látigo.

La conclusión es evidente: la furia de la caza de brujas no surgió espontáneamente entre la población campesina, sino que fue el resultado de una calculada campaña de terror desencadenada por la clase dominante.

•**LOS DELITOS DE LAS BRUJAS:**

Existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas.

1. Se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la de poseer una sexualidad femenina.
2. Se las acusaba de estar organizadas.
3. Finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos.

La Iglesia asociaba la mujer al sexo y condenaba todo placer sexual, considerando que éste solo podía proceder del demonio. Se suponía que las brujas habían experimentado por primera vez el placer sexual copulando con el demonio y que luego contagiaban a su vez el pecado a los hombres. Es decir que se culpaba a la mujer de la lujuria, ya fuera masculina o femenina. Por otra parte, también se acusaba a las brujas de causar impotencia en los hombres y de hacer desaparecer sus genitales.

A los ojos de la Iglesia, todo el poder de las brujas procedía en última instancia de la sexualidad. Su carrera se iniciaba con un contacto sexual con el diablo. Cada bruja recibía luego la iniciación oficial en una reunión colectiva presidida por el demonio, a menudo bajo forma de macho

cabrió, el cual copulaba con las neófitas. La bruja prometía fidelidad al diablo a cambio de los poderes que recibía.

•LAS BRUJAS COMO SANADORAS:

Las brujas sanadoras a menudo eran las únicas personas que prestaban asistencia médica a la gente del pueblo que no poseía médicos ni hospitales y vivía pobremente bajo el yugo de la miseria y la enfermedad. Particularmente clara era la asociación entre la bruja y la partera. Se consideraba aceptable que médicos varones atendieran a la clase dominante bajo los auspicios de la Iglesia, pero no en cambio la actividad de las mujeres sanadoras como parte de una subcultura campesina. En resumen, su era la ciencia de su época.

La Iglesia, en cambio, reía profundamente anti empírica, subvaloraba el mundo material y desconfiaba profundamente de los sentidos. Consideraba innecesario investigar las leyes naturales que rigen los fenómenos físicos, pues concebía el mundo como una continua creación divina renovada en cada instante.

•DESARROLLO DE LA PROFESION MEDICA EN EUROPA:

Mientras las brujas ejercían en el seno del pueblo, las clases dominantes, por su parte, contaban con sus propios sanadores laicos: los médicos formados en las universidades. En el siglo XIII, esto es, el siglo anterior al inicio de la caza de brujas, la medicina empezó a afianzarse en Europa como ciencia laica y también como profesión. Y la profesión médica ya había iniciado una activa campana contra las mujeres sanadoras – excluyéndolas de las universidades, por ejemplo – mucho antes de empezar la caza de brujas.

Tal era la situación de la en la época en que se perseguía a las brujas sanadoras por practicarla. Las brujas llegaron a tener amplios conocimientos sobre los huesos y los músculos del cuerpo, sobre hierbas y drogas, mientras los médicos continuaban basando sus diagnósticos en la astrología y los alquimistas seguían intentando transformar el plomo en oro.

•LA ELIMINACION DE LAS SANADORAS:

La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica.

Los primeros blancos no fueron las sanadoras campesinas, sino las mujeres instruidas que competían con los médicos doctorados por la atención a la misma clientela urbana.

La alianza entre la Iglesia, el Estado y la profesión médica alcanzó su pleno apogeo con motivo de los procesos de brujería, en los que el médico desempañaba el papel de, encargado de prestar una apariencia científica a todo el procedimiento.

•**CONSECUENCIAS:** La caza de brujas no eliminó a las sanadoras de extracción popular, pero las marcó para siempre con el estigma de la superchería y una posible perversidad. Llegaron a estar tan desacreditadas entre las nacientes clases médicas que, en los siglos XVII y XVIII, los médicos pudieron empezar a invadir el último bastión de las sanadoras: *la obstetricia*.

LOBATO HISTORIA DE LAS TRABAJADORAS EN ARGENTINA

La misión de las mujeres en el mundo es consolar y animar a los que la rodean. La docencia y la enfermería permiten encarnar ese ideal.

La enseñanza se abrió como posibilidad para que las mujeres entraran al mundo de trabajo y se afianzaron ciertas nociones sobre los papeles femeninos y masculinos en la sociedad.

Importancia de la presencia femenina en la enseñanza primaria porque tenían un “instinto maternal”.

Maestras y enfermeras estaban asociadas al don de cuidar que se atribuye a las mujeres.

Los varones eran dominantes entre los médicos, químicos, farmacéuticos, dentistas y ópticos. Los niveles de participación femenina fueron creciendo de tal modo que enfermería y mujer se asociaron profundamente.

Algunas explicaciones para que se produjera este “proceso de feminización” se encuentran en remuneraciones, las mujeres se aceptaban menores salarios que los varones, pero también en la consolidación de la noción que une a la mujer con el cuidado de otros. Las mujeres tendrían condiciones “naturales” para atender a los que sufren.

Si las maestras y enfermeras encarnaban el cuidado y la protección atribuidos a las mujeres, las empleadas de comercio personificaban el trabajo digno y adecuado para quienes debían adentrarse en los peligros del mundo laboral. Las empleadas de comercio que atendían al público debían cumplir con el requisito de “buen trato”, que también era compartido por las empleadas telefónicas.

Los estudios realizados indican que las mujeres realizaban una multiplicidad de labores, dentro y fuera del hogar, por un salario o por cuenta del salario de sus esposos/padres/hermanos. La combinación de datos permite volver sobre el tema de la subestimación e invisibilidad de ciertas ocupaciones para producir su efecto contrario.

Las mujeres participan en todos los ámbitos laborales pero no se registran sus actividades, solo hacen una visibilización de ellas en el campo de salud y en la naturalización de las tareas de cuidado como actividad femenina. (Se visualiza solamente lo que están predestinadas a ser). Las mujeres estaban en todas partes realizando labores diversas, sean asalariadas o no.

Por decisión, necesidades económicas u obligadas por rufianes y tratantes de blancas, la prostitución se mantuvo como alternativa laboral a lo largo de todo el siglo XX y se mantiene presente.

El género es cultura. -Marta Lamas.

El género es el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones construidas socialmente tomando a la diferencia sexual como base.

Según Marta Lamas, el género afecta a los cuerpos individuales ya que crea una imagen corporal sobre lo que debería ser de hombre, y mujer, así como el cuerpo ideal para cada uno. El género define al hombre y a la mujer como seres “complementarios” con diferencias “naturales” propias de c/u.

Según Marta Lamas, en relación a la procreación y reproducción la “lógica de género” aparece ya que solo en estos ámbitos es donde realmente hay una experiencia diferente en relación a los sexos o al género, y a partir de estas acciones biológicas se crean diferencias sociales y culturales las cuales indican lo que es “propio” de las mujeres y “propio” de los hombres. La procreación y reproducción muestran a los hombres y a las mujeres como seres que se “complementan” y, además, difunden esta teoría a todos los ámbitos de la vida cotidiana.

El género tiene una lógica: la de la complementariedad entre mujeres y hombres, y desde esta lógica se aplica esta dicotomía a todos los aspectos de la vida.

El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. – Comas Dargemir.

Principios morales que coexisten en las responsabilidades de cuidado: el don, la reciprocidad y la mercancía conforman sistemas morales diferenciados.

El don no se limita a un intercambio (dar y devolver), sino que requiere las tres dimensiones: dar, recibir y devolver.

El cuidado es una actividad asumida desproporcionadamente por las mujeres. Es un trabajo no pagado, invisibilizado y escasamente valorado. Las mujeres dan su capacidad de curar y no reciben algo a cambio, por lo tanto, el don no es equivalente a la reciprocidad.

El don, la deuda y la reciprocidad tienen género.

Todo comportamiento está generizado, no es neutral.

El don y la reciprocidad no son lo mismo. Hablamos de don cuando no hay garantía de devolución. Mauss resumió el don como la obligación de dar, la obligación de recibir y la obligación de devolver.

Gosbout distingue 3 tipos de dones: regalos, servicios y hospitalidad. El don, pese a ser voluntario, implica obligación y aunque es altruista supone interés. Mauss destaca el carácter híbrido del don.

El don no requiere devolución inmediata, aquí se revela una contradicción entre el don concebido como acto generoso y la expectativa de devolución según el principio de reciprocidad. La deuda es un intercambio que no se ha completado, no tiene que ver con el don, sino con la reciprocidad. El don puede conllevar reciprocidad, incluso la espera, pero no es el principio que lo activa.

Bourdieu indica que donar incrementa el capital simbólico de quien tiene la capacidad de regalar, pues recibe a cambio reconocimiento. El significado de l don tiene que ver pues con la distancia social y las relaciones jerárquicas.

En el trabajo de las mujeres, hay don pero no hay reciprocidad, no hay reconocimiento.

Las bases morales del cuidado: don, reciprocidad y mercancía.

Los 3 forman parte de sistemas morales diferentes. El don implica dar sin recibir; la reciprocidad es el principio del retorno; y la mercancía el intercambio de bienes y servicios. El don y la reciprocidad se asientan en vínculos sociales, la mercancía no.

El cuidado está informado por los conceptos de trabajo, parentesco y ciclo de vida:

El cuidado como trabajo son las actividades orientadas a la producción y mantenimiento de vida, resolver los problemas de salud y cubrir necesidades de quienes perdieron su autonomía. Sector del empleo doméstico y de los servicios de cuidado, públicos y privados. Son trabajos feminizados y precarizados, la mayor parte de estos cuidados transcurren en el hogar y se han naturalizado.

El cuidado como parentesco son los vínculos por los que se genera la obligación de cuidar. Incorpora dimensiones morales, emociones, afectos, conflictos. Las actividades no bastan para definir los cuidados, ya que se le puede pagar a otro para que cuide, pero el cuidado tiene esta dimensión que tiene que ver con la responsabilidad, emociones y vínculos.

El cuidado varía de acuerdo con el curso vital y contribuye a definir etapas de la vida (el hombre cuida a la mujer cuando esta se enferma de ancianos). Para que se reproduzca la vida, se requiere satisfacer las necesidades diarias, teniendo en cuenta la reproducción social, como la educación, salud, trabajo, etc.

El cuidado como don.

El cuidado es un don en sentido puro, sin garantías de devolución, como los cuidados que una madre proporciona a su hijo. Es una cuestión de moralidad, no de reciprocidad, su carácter obligatorio no es jurídico, es moral. Aprendemos nuestro sentido moral y de justicia de nuestros padres, que nos ofrecen dones sin garantía de retorno.

El don no se contabiliza. Las mujeres proporcionan trabajo (no pagado) para cubrir las necesidades de la persona cuidada y proporcionan su tiempo para ese trabajo. En nuestro contexto cultural, la obligación primaria de los hombres es aportar los recursos para vivir, pero este sí se contabiliza. La división sexual de trabajo sitúa a hombres y mujeres en una relación desigual. Los trabajos reenumerados son un elemento de identidad y reconocimiento social, los trabajos no pagados en el hogar no tienen visibilidad. En los cuidados, el don tiene género.

El don está en la base de la mutualidad, es la ayuda mutua. Es la moralidad y el vínculo social lo que activa las donaciones (mutuas), no la reciprocidad.

El parentesco se caracteriza por estar pendiente de las necesidades del otro. El don ocupa un lugar de primera importancia en nuestras sociedades, es la forma de circulación de bienes y servicios que se produce fuera de las relaciones mercantiles; es la parte del iceberg que no se ve en un contexto donde la lógica de mercado predomina.

El cuidado como reciprocidad.

La reciprocidad es el don diferido en el tiempo, entre que lo recibimos y lo devolvemos, nos sentimos en deuda, entendiéndose como una declaración moral y no solo económica.

En la lógica de la reciprocidad, los dones demandan retorno y así sucede con los cuidados, que circulan entre generaciones. Dar, recibir y devolver cuidados es una lógica de solidaridad familiar y de las obligaciones de género y parentesco; cada generación cuida de la siguiente.

La deuda y la reciprocidad tienen género. El deber de las mujeres se naturaliza, sus dones no tienen que ser devueltos y esto niega el principio de reciprocidad. La moral de la reciprocidad se basa en el reconocimiento del

don y cuando el cuidado se naturaliza no se le puede dar reconocimiento alguno.

Hay quejas constantes a la escasa involucración del Estado en los cuidados. El don y la reciprocidad no están fuera de las estructuras políticas. El estado es un distribuidor social por medio de las políticas públicas que inciden en las desigualdades sociales.

Desde el Estado a lo largo de la historia se han dado dones a nivel social para reducir la pobreza y desigualdad, distintas formas de articular generosidad que desbordan el marco familiar, los problemas individuales se convierten en problemas sociales.

Las políticas de cuidados de larga duración modifican la idea de que el cuidado es un problema individual y familiar, y asumen que se trata de un problema social que requiere el apoyo del Estado. El estado suministra servicios y prestaciones.

La reciprocidad se produce en contextos familiares y en contextos sociales mas amplios, y no afecta de la misma forma a hombres y a mujeres.

El cuidado como mercancía.

Es un don, pero es también una mercancía cuando se paga por cuidar a otras personas. Se incorpora en la lógica de la reciprocidad, así, el hijo que contrata a una persona para cuidar a sus padres actúa según la reciprocidad; en tanto que el cuidado que ofrece la persona contratada es una mercancía.

Mientras las mujeres burguesas se consideraban mantenidas por sus maridos, se empleaba a mujeres de clases inferiores para realizar el trabajo del hogar. Durante el siglo XX, el cuidado era proporcionado por mujeres de forma no pagada y solo las familias más ricas tenían empleadas. Los trabajos de cuidado tienen salarios bajos, son poco valorados y no están profesionalizados.

Las bases morales del cuidado como mercancía se basan en la relación laboral que se establece en los empleos. Son trabajos asociados al universo femenino, a la clase obrera y a la inmigración.

La responsabilidad del cuidado se considera una obligación moral derivada de los vínculos de parentesco. La persona responsable de cuidar no realiza el cuidado directo, pero supervisa los cuidados, gestiona los recursos y asume las necesidades afectivas.

Los empleos de cuidados hacen posible liberar el cuidado de las relaciones familiares, y entender el derecho a cuidar como una opción y no una obligación que normalmente recae sobre las mujeres. Este tipo de empleos, requieren mejores salarios y mejores condiciones laborales para retener a las mujeres y animar a los hombres.

Enfermedad versus padecimiento en la general practice.

– Helman, Cecil.

Los términos “enfermedad” y “padecimiento” no son entidades separadas, sino mas bien conceptos explicativos o modelos con cierto grado de superposición. Estos modelos son formas de construir la realidad. Los modelos explicativos del paciente sobre qué le sucede pueden tener poca relación con los utilizados por la profesión médica.

Enfermedad.

En el paradigma científico el termino se refiere a anormalidades de la estructura y función de los órganos o sistemas del cuerpo. Las enfermedades son vistas como “cosas” abstractas o entidades independientes que tienen propiedades específicas y una identidad invariable en cualquier ámbito que aparezcan.

Para cada medición (peso, altura, hemoglobina, presión, etc.) existe un rango numérico dentro del cual el individuo esta sano y “normal”. La enfermedad es vista muchas veces como una desviación de esos valores normales.

El modelo de enfermedad no puede hacer frente a factores personales, culturales o sociales, que son mejores vistos desde la perspectiva del padecimiento.

Padecimiento.

Cassell utiliza padecimiento para definir “lo que el paciente siente cuando va al médico” y enfermedad para “lo que tiene, en el camino de vuelta a su casa desde el consultorio médico”. La enfermedad es algo que tiene el órgano, el padecimiento es algo que tiene la persona. Se refiere a la respuesta subjetiva del paciente al sentirse mal, y como este y los que lo rodean perciben este evento; cómo afecta su comportamiento y relaciones, y las medidas que adopta para afrontar esta situación.

El padecimiento, por lo tanto, es la perspectiva del paciente sobre su salud/enfermedad.

Fox planteó que, para un individuo, las particularidades y matices del significado emocional de un padecimiento, y la naturaleza de tu respuesta afectiva a ese estado y sus síntomas, están profundamente influenciados por

su trasfondo social y cultural, así como por rasgos de su personalidad. Está influenciado por factores sociales y culturales.

En el modelo de enfermedad definido por la medicina moderna no se tienen en cuenta estos factores, ya que su pensamiento está centralizado en el entorno biológico y fisiológico.

¿Qué son y en qué consisten los modelos folk de padecimiento?

Los modelos folk son modelos amplios utilizados para explicar el infortunio en general. Enfrentados a un episodio de salud/enfermedad, los pacientes tratan de explicar qué ha sucedido, por qué sucedió y deciden qué hacer con eso, el resultado es un modelo folk de padecimiento.

Consisten en seis preguntas:

- ¿Qué ha sucedido?
- ¿Por qué ha sucedido?
- ¿Por qué a mí?
- ¿Por qué ahora?
- ¿Qué pasaría si no hiciera nada sobre esto?
- ¿Qué debería hacer respecto a esto o a quien debería consultar para pedir ayuda?

Como se responde a las preguntas y a la conducta siguiente constituyen el “modelo folk de padecimiento”: Las respuestas a esas seis preguntas determinan cómo esa salud/enfermedad es interpretada y sobrellevada. De esta forma, las “creencias folk” sobre el cuerpo pueden tener poca relación con aquellas propias de la profesión médica.

La mayoría de los médicos deben tratar tanto el padecimiento como la enfermedad. Esto implica que, además de los síntomas físicos, también debe hacer foco en el padecimiento (la reacción psicológica, social y cultural frente al proceso de enfermedad).

La visión del médico sobre el proceso de la enfermedad debe conciliarse con la visión subjetiva del paciente sobre su propio padecimiento, y las contradicciones entre estos dos modelos deben resolverse a través de un proceso de negociación. Tanto el diagnóstico como el tratamiento prescripto deben tener sentido en el modelo de padecimiento del paciente, de no ser así los mismos no serán aceptados.

Historia de la muerte en Occidente. – Aries, Philippe.

La muerte libresca: la literatura, la poesía, la filosofía, etc.

Es sorprendente que las ciencias del hombre hayan sido tan discretas en cuanto a la muerte. Los hombres se han vuelto mudos, se comporta como si la muerte no existiera. La muerte real es vergonzosa y silenciada. Este silencio, desde hace algunos años esta siendo cuestionado.

La sociología de la muerte empezó con el artículo de Geoffrey Gorer, “The pornography of death”, en 1955.

La sociología y la psicología ofrecen los primeros signos del redescubrimiento de la muerte por el hombre contemporáneo.

Cómo al moribundo se lo priva de su muerte.

El hombre fue, durante milenios, el dueño y señor de su muerte y de las circunstancias de su muerte. Hoy en día, ha dejado de serlo.

En primer lugar, se daba por supuesto que el hombre sabía que iba a morir, era natural que el hombre sintiera su muerte cercana. La muerte era raramente súbita, y la muerte súbita era temida, porque privaba al hombre de su muerte. La muerte era casi siempre anunciada. Cuando el protagonista no era el primero en percibir su muerte, correspondía a otros ponerlo sobre aviso.

Cuanto mas se avanza en el tiempo y cuanto mas evoluciona la sociedad, tanto menos siente el hombre que su muerte esta próxima, tanto mas hay que prepararlo y tanto mas depende de su entorno.

El moribundo no debía ser privado de su muerte, tenía que presidirla. Así como se nacía en público, se moría en público. La cercanía de la muerte convertía la habitación del moribundo en una especie de lugar público. Se comprenden las palabras de Pascal: “Moriremos en soledad”, él quería decir que, a pesar de la muchedumbre alrededor del moribundo, éste estaba solo.

Hoy en día no queda nada ni de la noción que cada cual tiene o debe tener de que su fin se acerca, ni del carácter de solemnidad pública que tenía el momento de la muerte.

El primer deber de la familia y del médico es el de ocultar a un enfermo la gravedad de su estado. El enfermo nunca debe saber que su fin se acerca, las nuevas costumbres exigen que muera en la ignorancia de su muerte.

Cómo la medicina construye sus objetos, Good Byron.

“cómo la medicina construye sus objetos” para apuntar a los “procesos formativos” a través de los cuales la medicina formula o constituye el conocimiento médico. “Procesos formativos” a través de los cuales se configura el padecimiento (illnes) como realidad personal y social, y como ésta varía a través de las culturas.

Medicina como una forma simbólica.

Cassirer argumenta que la cultura de las formas simbólicas mediatiza y organiza en forma distintiva las formas de la realidad.

Estos “procesos formativos” básicos constituyen “imágenes del mundo” distintivas. Las formas culturales como la ciencia y el arte se conciben como funciones mediante las cuales la realidad adquiere una forma particular.

Pensamos la medicina como una “forma simbólica” a través de la cual se formula y organiza la realidad de manera distintiva.

El padecimiento combina las dimensiones físicas y existenciales, la fragilidad del cuerpo y el sufrimiento humano. Las civilizaciones se organizan alrededor de una visión soteriológica; comprensión de la naturaleza del sufrimiento y los medios para transformarlo y alcanzar la salvación.

Ingresando al cuerpo, construyendo la enfermedad.

El autor se topó con el enorme poder que tiene la idea generalizada en el ámbito médico de que la enfermedad es fundamental y exclusivamente biológica. Las cuestiones vivenciales o de conducta, se mantienen separadas del objeto real de la práctica médica.

En los estudios sobre estudiantes de medicina en Harvard se vio que aprender medicina es el proceso de comenzar a habitar un mundo nuevo, un mundo lleno de objetos que no son parte de nuestra vida cotidiana. Aprender medicina se basa en “establecer cuál es el mundo del conocimiento que se debe adquirir”. Para los estudiantes de medicina, el cuerpo y la patología son “la base médica” durante su educación.

En la medicina, hay formas especializadas de “ver”, “hablar” y “escribir”:

Viendo.

Dentro del mundo médico, el cuerpo se constituye en el cuerpo médico, bien distinto de los cuerpos con los que la gente interactúa cotidianamente.

En el laboratorio de anatomía al cuerpo humano se lo abre para la exploración y aprendizaje. Un estudiante describió esta experiencia como “salirse de si mismo”.

Los estudiantes están aprendiendo una nueva forma de mirar, de “pensar anatómicamente”.

Aprender medicina es como aprender una nueva lengua. Aprender el lenguaje de la medicina consiste no solo en aprender palabras nuevas, sino la construcción de un nuevo universo.

La histología y la anatomía requieren un entrenamiento de la visión, para ver estructuras donde nada es tan obvio, si no se entrena, todo parece confuso. El aprender a mirar está ligado al aprendizaje del orden jerárquico natural.

Escribiendo y hablando.

Aprender a escribir y hablar son críticos durante los primeros años de la etapa de formación clínica. Aprender a escribir correctamente sobre un paciente es crucial en esta etapa.

Escribir es multifacético; organiza la conversación con el paciente, el proceso de trabajo con este, otros médicos tomarán decisiones basados en ese documento y juzgarán al estudiante en función de ese documento.

Aprender a identificar cuales son “las cosas importantes” y cómo presentarlas es central para convertirse en médico. La persona, el sujeto del sufrimiento, se representa como el sitio de la enfermedad. El paciente se formula como un proyecto médico, las presentaciones de los casos deben excluir todo, excepto aquello que ayude al diagnóstico y a la decisión terapéutica.

Los estudiantes aprenden las prácticas formativas en un escenario “totalizador”, la totalidad de sus vidas transcurren dentro del hospital.

La práctica médica y lo soteriológico.

La medicina formula la enfermedad desde una perspectiva materialista e individualista. La narrativa clínica e historias clínicas conciben al paciente como persona y actor sólo en el punto en que los pacientes se consideran moralmente responsables por su enfermedad.

El mantenimiento de la vida humana y la reducción del sufrimiento físico son fundamentales. Enfermedad, muerte y finitud se encuentra en el cadáver, en el cuerpo humano. La salvación, está presente en la eficacia técnica de la medicina.

La medicina es una “forma simbólica” de aprender y actuar en el mundo.

Eduardo Menéndez.

Modelo médico hegemónico:

No se tiene en cuenta el contexto de vida de la persona. La enfermedad es un hecho natura, biológico y no un hecho social, histórico.

Es el modelo que prevalece a nivel global, con una expansión de la idea de que es la forma mas naturalizada y “verdadera” de abordar la enfermedad.

Este modelo presenta las siguientes características:

- Ahistórico.
- Positivista/biologicismo.
- Asocial.
- Individualismo.
- Eficiencia pragmática.
- Asimetría de la relación médico - paciente.
- Salud como mercancía.

Modelo médico alternativo subordinado:

Integra las prácticas reconocidas como “tradicionales”, como por ej. la acupuntura, el reiki, etc.

Modelo médico basado en la autoatención:

Basado en diagnóstico y atención realizados por persona no especializada. Las personas piden ayuda en su entorno íntimo basado en saberes generales

LA ENFERMEDAD Y LA CURACION. ¿qué es medicina tradicional?

Eduardo Menéndez_

El proceso salud/enfermedad/atención:

Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas,

específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente.

Lo “tradicional” como a-historicidad o como transformación:

La denominada medicina tradicional, en manos de un grupo determinado de gentes, no debiera ser analizada “en sí”, sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no sólo de dicha “medicina”, sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la “medicina tradicional”.

• EL COMERCIO INFAME: CAPITALISMO MILENARISTA, VALORES HUMANOS Y JUSTICIA GLOBAL EN EL TRAFICO DE ORGANOS.

RESUMEN:

El crecimiento del turismo de trasplante y el tráfico global de cuerpos, deseos y necesidades humanas. El trasplante de órganos es un espacio transnacional en el que circulan cirujanos, pacientes, donantes, vendedores e intermediarios que siguen los nuevos caminos del capitalismo y de la tecnología. Los órganos fluyen de sur a norte, los cuerpos más pobres a los más ricos, de negros y cobrizos a blancos y de mujeres a hombres.

La escasez de pacientes con los medios suficientes para pagar estas costosas intervenciones han hecho surgir un lucrativo negocio impulsado por el cálculo de oferta y demanda de mercado. La extensión de nuevas tecnologías médicas y las nuevas necesidades, escasez y mercancías por ejemplo, órganos - tejidos frescos – hacen surgir debates públicos de carácter urgente, relacionados con (reordenación).

Los vendedores de riñones, vuelven a sus casas aun con heridas, sin medicina y cuidados adecuados. A tener en cuenta, que la anexectomía, no es un procedimiento exento de riesgos, lo cual luego de la operación el donante/vendedor puede sufrir la muerte.

INTRODUCCION:

Reajustes neoliberales en las sociedades del norte y del sur experimentamos un rápido vacío de las ideologías, los valores y prácticas de la modernidad y del humanismo. Cobran forma nuevas relaciones entre capital y trabajo, los cuerpos y el estado, la pertenencia y la extraterritorialidad, y entre las inclusiones y las exclusiones médicas y biotecnológicas.

Lo llamado por los Comaroff (2001) capitalismo milenarista o segundo advenimiento, del capitalismo ha facilitado la rápida propagación de los procedimientos médicos avanzados y de las biotecnologías a casi todos los rincones del mundo, junto con otros

tantos mercados extraños y “economías sumergidas”. Esto ha incitado nuevos gustos por la piel, el hueso, la sangre, los órganos, los tejidos entre otros. La extensión de estas posibilidades de trasplante origina una carestía global de órganos trasplantables y un apetito voraz por cuerpos ajenos para hacer el “trabajo en la sombra” de la producción y proveer de órganos frescos al consumo médico.

●VIH Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO

ENFOQUES Y RESPECTIVAS:

Introducción: La crítica cuestión del acceso igualitario a la atención médica y los tratamientos, la deserción del estado de las tareas de prevención y la persistencia de modalidades diversas de estigma (señalamiento negativo hacia una persona) y discriminación sociales pública en la Argentina. (El problema médico o a la adherencia a los tratamientos “dsfa”).

Se hicieron estudios otorgados por la universidad de Buenos Aires. En ellas hemos abordado los procesos de atención del VIH-SIDA con un enfoque relacional, articulando el estudio de los procesos de institucionalización médica de la atención de la enfermedad con el análisis de los procesos que tienen que ver con la experiencia, a la vez individual y colectiva, de vivir y atenderse por VIH-SIDA.

Llevado a cabo estudios etnográficos de los procesos de atención médica del VIH en 3 hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, atendiendo la aplicación de modalidades diagnósticas y terapéuticas referidas al SIDA, y el acceso y recorrido institucionales de las personas que viven con VIH. Por otro lado hemos analizado los procesos de gestión de la enfermedad y la reorganización de la vida cotidiana, las estrategias de cuidado y autocuidado.

LA EPIDEMIA EN ARGENTINA Y LA CIUDAD DE BUENOS AIRES:

Según datos publicados por el ministerio de salud de la Nación de Argentina el mes de diciembre de 2005. Los datos realizados en forma conjunta por ONUSIDA, OMS Y EL PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA RETROVIRUS DEL HUMANO, ETS Y SIDA, apuntan a que el número de personas viviendo con VIH en nuestro país se aproxima a 127 mil.

En los años siguientes comenzó un descenso sostenido de la notificación de nuevos diagnósticos de SIDA lo cual coincidió con la aplicación de las terapias antirretrovirales de alta eficacia a partir del 1997. En la Argentina desde ese año se ha establecido la gratuidad de la medicación de VIH y de los estudios diagnósticos y carga viral para todos los afectados.

TRABAJO DE CAMPO: tres hospitales públicos de la ciudad BS. AS

OBJETO DE ESTUDIO: procesos de atención médico de VIH. La significación de la positividad y la experiencia de la enfermedad

DATOS: cualitativos: entrevistas en profundidad

● PROCESO DE NORMALIZACION DEL SIDA Y EL ROL QUE CUMPLIERON LOS PROCESOS ANTIRRETROVIRALES:

Normalización en 1996 son las terapias antirretrovirales de alta eficacia. Es la búsqueda de mejor calidad de vida para las PVVS personas que VIH- SIDA) con énfasis en el cuidado de sí mismo y de otros. A partir de la incorporación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, aunque con un ritmo menor al esperado debido a las “causas” que son los diagnósticos tardíos, no adherencia a los tratamientos antirretrovirales, fallas del tratamiento, enfermos de larga evolución, crisis económica financiera, empobrecimiento de la población general y en particular de las personas son el VIH-SIDA

ADHERENCIA: comportamientos, una actitud de cumplimiento del tratamiento en fin de mejorar su salud, (separación enfermedad de la experiencia humana y social)

Presume que el paciente tome las decisiones desde el punto de vista biomédico

MODELO DEL “DEBE SER”: pacientes buenos/ adherentes

Pacientes malos/no adherentes

GOOD, FORMACION DE PROFESIONALES: mirada biologicista (asocia la sexualidad ligada a la reproducción y su relación con la salud ligada a las infecciones de transmisión sexual) – escritura diagnóstica- habla con pares, no con pacientes.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO: la adherencia en términos biomédicos no se presta atención a lo vivencial: prima la noción de la enfermedad.

TRAYECTORIAS MÉDICAS:

trayectorias terapéuticas: recorridos de las personas que viven con VIH y que utilizan los servicios de atención médica de los hospitales en estudio.

DIAGNOSTICO/PERSEPCIONES ANTE LA MUERTE: en las sociedades contemporáneas.

Diagnostico positivo: una manera de vivir la vida en asociaciones más directa con la muerte

Entrevistadores: procuran ordenar y dar sentido a los eventos de sus vidas, tienen TABU A LA MUERTE

¿Dificultades que enfrentan pacientes de VIH-SIDA? ¿Cómo influyen los prejuicios en la adherencia?

Acercamientos: segmentación de las rutinas diarias por su condición de personas que viven con VIH

- Horarios y especificaciones de la medicación
- Frecuencia y horarios de las consultas medicas

Las personas que viven con VIH se les dificultan tener una vida normal por miedo de quedar en evidencia.

Prejuicios y estereotipos sobre como son los “enfermeros de sida” y los peligros de tratar con ellos, discriminación, miedo de perder su trabajo, ruptura de lazos sociales todo por convivir con esta enfermedad. También es cierto que no todos los enfermos cumplen estrictamente con su adherencia al tratamiento retroviral, que tiene que seguir el protocolo estrictamente necesaria para su efectividad.

PROYECTO SHULTZ: (proyecto de vida maglio), pensar en cómo las personas gestionan su enfermedad. Se contribuye las nuevas formas de “vivir” y no solo “sobrevivir” con la enfermedad.

●ITINERARIOS TERAPEUTICOS Y REDES SOCIALES: Pasarin, Lorena (2011).

PSEA: (proceso/salud/enfermedad/atención).

ARS: (análisis de redes sociales).

El objetivo de este trabajo es visibilizar y representar los itinerarios terapéuticos, identificando los actores sociales involucrados en la secuencia de atención de la enfermedad de los niños de 1 a 5 años de edad.

MARCO TEORICO / CONCEPTUAL: los procesos de salud- enfermedad –atención operan en un campo sociocultural heterogéneo compuesto por técnicas, valores culturales e interpretaciones ideológicas diferenciales, que deben ser atendidos y analizados dentro del campo relacional del cual forman parte, a través de este campo que se da a partir de los PSEA podan verse cuestiones que impactan más allá de esos procesos mismos.

Una forma de visibilizar y representar esta secuencia es a través de la descripción de los itinerarios terapéuticos: secuencia de actividades que son emprendidas en el proceso de búsqueda de solución del padecimiento por parte de los propios actores sociales. La construcción de itinerarios permite comprender los discursos y practicas expresados en diferentes lógicas, resultado de las propias experiencias.

Respecto de la utilidad metodológica/teórica de las redes sociales para el abordaje de las problemáticas en la salud se han efectuado diversos estudios entre los que se distinguen investigaciones sobre: la organización de servicio de salud en red, la incidencia directa de las redes sobre el nivel de bien estar durante el padecimiento de una enfermedad o en la resistencia a ciertas enfermedades y/o en las probabilidades de contagio.

METODOLOGIA:

La metodología utilizada en esta investigación es básicamente cualitativa, considerando la aplicación de la metodología del estudio de casos como fuente de información acerca de episodios concretos de enfermedad.

Se trabajó con 12 episodios de enfermedad de patologías respiratorias/parasitarias en los niños, a partir de allí se realizaron entrevistas a sujetos involucrados en su atención (madres, abuelas, pediatras) para obtener información acerca de sus comportamientos y perspectivas sobre el papel que cada uno de ellos juega en este proceso.

RESULTADOS:

Las madres relataron los recorridos efectuados en relación en la enfermedad actual del niño, donde se visualiza claramente que los episodios de enfermedad eran eventos conocidos por ellas dado que el niño, o algunos de sus otros hijos habían padecido con anterioridad algún problema similar.

Para realizar la visita al centro de salud, siempre y cuando los síntomas eran percibidos como “leves”, se tenía en cuenta el día de la semana y horario en que se producía los síntomas.

EJEMPLO: si los síntomas se presentaban durante el fin de semana o en horas de noche, se realizaba la consulta al centro de salud durante la mañana del día hábil posterior de su aparición.

Si la enfermedad se percibía “grave”, luego de la atención en el hogar se acudía en forma directa al hospital para su atención inmediata, al igual que si no se obtenía resultados positivo luego de la atención en el centro de salud o los síntomas ocurrían en hora de la noche o fines de semana (cuando no hay atención pediátrica en el centro de salud). También se concurría al hospital cuando se realizaban derivaciones medicas desde el centro de salud debido a que los cuadros de enfermedad precisaban de una atención de mayor complejidad que el centro no podía ofrecer (extracción de placas, análisis, internación).

En cuanto la red, tanto en padecimiento respiratorios/parasitarios, los recursos humanos utilizados para atención de la enfermedad resultaron fundamentalmente endógeno (origina), centrado en sus pacientes más cercanos. En segundo lugar se elige el sistema de salud oficial utilizando los recursos de atención primaria de la localidad. La recurrencia a terapéuticas tradicionales fue reportada solo en un caso, mostrando la

preferencia de recurrir al médico profesional para la resolución de este tipo de cuestiones que afectan la salud.

Otro aspecto que puede visualizarse a partir de la utilización del análisis de redes sociales es la posibilidad de visibilizar actores que tradicionalmente no han sido considerados (tíos, abuelos, etc.) funcionan ocupando diversos roles, como sostén en todo el PSEA, emergiendo a propósito las necesidades que van surgiendo a lo largo del proceso.

CONCLUSIÓN:

Se considera que utilizar el estudio de casos y ARS (análisis de redes sociales) permitió conocer y comprender la multiplicidad de relaciones (redes) que conectan al conjunto de actores sociales involucrados, las cuales ejercen distintas influencias sobre el PSEA. A partir de las relaciones inter-personales que ocurrieron en torno a los casos de enfermedad, permitió visualizar los mecanismos interindividuales e inter-organizacionales de esta población revelando características como por ejemplo la ausencia de relaciones con los vecinos y amigos para la solución de los casos de enfermedad y la preferencia a utilizar el círculo familiar más cercano en este momento crítico.