



---

**Ilustración de portada:** Detalle de Rembrandt, *San Pedro y San Pablo. Coloquio de sabios* (1628) [72,5 x 59,5 cm., National Gallery of Victoria (Melbourne)].

**Diseño:** Gerardo Miño  
**Composición:** Eduardo Rosende

**Edición:** Primera. Diciembre de 2011  
**Tirada:** 500 ejemplares

**ISBN:** 978-84-92613-69-4

**Lugar de edición:** Buenos Aires, Argentina

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2011, Miño y Dávila srl / © 2011, Pedro Miño



Colección

**SOCIEDAD, CULTURA Y DESARROLLO**



**MIÑO y DÁVILA**  
EDITORES

**e-mail producción:** [produccion@minoydavila.com](mailto:produccion@minoydavila.com)  
**e-mail administración:** [info@minoydavila.com](mailto:info@minoydavila.com)  
**web:** [www.minoydavila.com](http://www.minoydavila.com)



# **Estado, política social y cultura:**

**Reflexiones sobre los  
Servicios Sociales y de salud**

Anatilde Idoyaga Molina  
editora

**MIÑO y DÁVILA**  
♦ EDITORES ♦



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN,</b> <i>por Anátilda Idoyaga Molina</i> .....	11
<b>CAPÍTULO 1:</b> “Salud saludable” en la sociedad del conocimiento. Trabajo social e intervención bioética <i>por Carlos Vladimir Zambrano</i> .....	43
<b>CAPÍTULO 2:</b> Escenas de la vida hospitalaria. Relaciones de cercanía y tensión entre biomédicos y usuarios del sistema de salud público de la Argentina <i>por María Mercedes Saizar</i> .....	67
<b>CAPÍTULO 3:</b> Respuestas a la intervención médica exacerbada durante el embarazo y el parto <i>por Mariángeles Funes</i> .....	89
<b>CAPÍTULO 4:</b> Lo público, lo privado, lo individual y lo alternativo. Complejidades emergentes en la atención de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires <i>por Mercedes Sarudiansky</i> .....	113
<b>CAPÍTULO 5:</b> Dar, recibir y devolver a través de instituciones. Los Bancos de Leche Materna en la Argentina y los procesos de reciprocidad indirecta <i>por Alejandra Giménez</i> .....	133
<b>CAPÍTULO 6:</b> La medicina integral en el Área Metropolitana de Buenos Aires ¿Un intento de cambio del paradigma biomédico? <i>por Mariana Bordes</i> .....	155

<b>CAPÍTULO 7:</b> La regulación de los derechos de las personas en el fin de la vida: Fundamentos políticos, jurídicos y religiosos <i>por Natalia Luxardo y Juan Esquivel</i> .....	179
<b>CAPÍTULO 8:</b> Ciudadanía europea y pluralismos del bienestar. Jubilad@s británic@s en España <i>por Belén Lorente Molina y María Dolores Lorente</i> .....	207
<b>CAPÍTULO 9:</b> La naturaleza del lazo social. Reflexiones en torno de la lógica del don en contextos desiguales <i>por Claudia S. Krmpotic</i> .....	225
<b>CAPÍTULO 10:</b> Del patronato a la protección integral. Reflexiones sobre el impacto del cambio de paradigma político-cultural en relación con la infancia en la Ciudad de Buenos Aires <i>por Anatilde Idoyaga Molina y Carolina Avila Testa</i> .....	247
<b>CAPÍTULO 11:</b> Protección social, familias y redes de reciprocidad. Sobre presencias y significados en los cuidados familiares <i>por Lía Carla De Ieso</i> .....	281
<b>CAPÍTULO 12:</b> La influencia de los organismos internacionales en la definición de políticas alimentarias en el último tercio del siglo XX en Argentina. Entre el derecho y los mínimos sociales <i>por Liliana B. Madrid</i> .....	301
<b>CAPÍTULO 13:</b> Trabajo Social e investigación en el campo de la salud. Reflexiones a partir de las experiencias de investigación de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires (Argentina) <i>por Martín Ierullo</i> .....	321
<b>CAPÍTULO 14:</b> Formación profesional para las infancias. Pretensiones interdisciplinarias sobre epistemologías disyuntivas <i>por Osvaldo A. Marcón</i> .....	339





# **Estado, política social y cultura:**

**Reflexiones sobre los  
Servicios Sociales y de salud**



# INTRODUCCIÓN

*Anatilde Idoyaga Molina*

Esta contribución es el segundo libro –el primero fue *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, de esta misma editorial– de exposición de resultados del proyecto multinacional: “Fortalecimiento Institucional de Servicios Sociales, de Salud y dinámicas del Estado postsocial”, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores del Estado Español. Los equipos españoles pertenecen a la Universidad de Málaga y a la Universidad de Cádiz. La contraparte argentina es el Instituto Universitario Nacional del Arte (IUNA) y la Universidad de Santa Catarina, la brasilera.

El IUNA participa a través del Programa CAEA-IUNA-Fac. Psic. UBA, dirigido por Anatilde Idoyaga Molina, “La selección y combinación de medicinas en la Argentina. La articulación de factores culturales, étnicos, sociales, económicos y políticos”, que reúne varios proyectos IUNACYT y PICTOS de investigación asentados en el IUNA, varios proyectos PICT y PIP asentados en el Centro Argentino de Etnología Americana, Unidad de Investigación perteneciente al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) –dirigida por la Dra. Anatilde Idoyaga Molina– y una Línea de Investigación asentada en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, también dirigida por Anatilde Idoyaga Molina. Los mencionados proyectos son financiados por la Agencia FONCYT del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, el CONICET y el IUNA. A todas las instituciones mencionadas deseamos expresar nuestro agradecimiento.

En este volumen colaboran del equipo español Belén Lorente, coordinadora general del Proyecto e investigadora de la Universidad de Málaga y Carlos Vladimir Zambrano, investigador de la Universidad de Málaga y de la Universidad Nacional (Colombia), quien ha coordinado, sobre la temática que nos ocupa, diversas investigaciones en red, integradas por equipos españoles y colombianos. Los investigadores argentinos –a excepción del Dr. Marcón y del Dr. Juan Esquivel– pertenecen al Centro Argentino de Etnología Americana y al CONICET, asimismo integran proyectos asentados en el IUNA como directoras –Claudia Krmpotic y Mercedes Saizar–, co-directoras –Natalia Luxardo, Mariángeles Funes y Mercedes Sarudiansky– y como investigadoras –Mariana Bordes, Alejandra Giménez y Carolina Avila Testa–. Juan Esquivel es investigador del CONICET en el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL) –unidad también perteneciente al CONICET–, mientras que el Dr. Marcón pertenece a la Universidad Nacional del Litoral (Argentina).

Entre los temas tratados, el libro explora los alcances y los límites de la atención de la salud, con sustento etnográfico, en contextos interculturales, en los que se incluye la discusión bioética, que supone hablar de la diversidad cultural; especialmente relevantes son los aportes de Zambrano sobre el tema. La diversidad cultural es además el núcleo central explicativo en los planteos de Saizar sobre conflictos entre biomédicos y usuarios de los servicios de salud, en cuanto implican paradigmas y concepciones diferentes, no pocas veces también opuestas; el tema es nuevamente nodal en el análisis de Sarudiansky sobre la atención de la salud en el área de los trastornos mentales y en la contribución de Funes sobre preferencias por puerperios alternativos, alejados de la tecnología y los ritmos de la biomedicina, que priorizan el “tiempo” económico del uso de las instalaciones hospitalarias, en lugar del tiempo fisiológico y emocional de la puérpera, reintroduce, así, las perspectivas bioéticas en la atención de la salud. En todos los casos las autoras cuentan con una experiencia etnográfica de relevancia, en el sentido antropológico del término. El papel de la bioética reaparece, en relación con la diversidad social y los intentos hegemónicos de las jerarquías eclesiales católicas en los planteos de Luxardo y Esquivel, esta vez, vinculados con la atención de los enfermos al final de la vida y sus derechos a una muerte digna.

El estudio de Bordes muestra la construcción de la hegemonía biomédica como un proceso histórico y social, que además atraviesa diferentes etapas marcadas por las políticas del Estado en el contexto de las influencias globales. Tema que retoma Madrid explorando los cambios en la política alimentaria, que resultaron de la imposición de ciertas políticas económicas en la Argentina, por parte de los mismos organismos internacionales, tal como el Fondo Monetario Internacional, que incidieron en América Latina y que hoy operan propugnando cambios en las economías en crisis de la Unión Europea.

Asimismo, se enfocan regulaciones, intervenciones y políticas concretas en salud, en infancia, ante la muerte y en el cuidado familiar. En los planteos de Krmpotic, De Ieso y Giménez se recuperan los conceptos de ayuda, estrategias familiares, reciprocidad y comunidad como ejes del análisis que permiten dar cuenta de la calidad de vida, en situaciones en que el Estado postsocial ha abandonado su rol en la ayuda social, en las que emergen nuevos fenómenos políticos culturales liderados por el Estado, como los bancos de leche materna y en las que, paralelamente, también emergen redes sociales como estrategias de los sectores populares en procura de seguridad social, a las que también podemos clasificar de fenómenos político-culturales emergentes, aunque se trate instituciones culturales de antigua data.

Por su parte, Idoyaga Molina y Avila Testa, exploran los alcances y límites que encuentra en su implementación la Ley Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes a partir de una profunda experiencia etnográfica que les permite mostrar las dificultades y resistencias de los profesionales –formados en viejos paradigmas de protección de la infancia– en la comprensión de la diversidad cultural y, por ende, en la implementación de políticas que definen a los adolescentes como sujetos de derechos, derechos que les permite y los estimula a opinar y a decidir sobre todo lo concerniente a sus vidas. Los servicios sociales en relación con la infancia se revelan, así, como un ámbito en que se debería actuar con respeto por la diversidad cultural y en consonancia con las concepciones de la bioética intercultural y los derechos culturales; máxime si hablamos de la protección de niñas/os y adolescentes considerando el abanico de cuestiones que impactan en la existencia de los sujetos y teniéndose en cuenta las responsabilidades del Estado en las áreas de salud, de servicios sociales y acceso al trabajo.

Nuevamente, la diversidad cultural es tópicamente de interés en los planteos de Lorente y Lorente, quienes analizando la instalación de migrantes británicos en la Costa del Sol, dan cuenta de los desafíos que enfrenta el Estado, al brindar los servicios sociales que otorga la ciudadanía a una población que no sólo mantiene usos y costumbres diferentes a los de la población nativa sino que además genera redes y trae instituciones, como las *Charities*, cuyas posibilidades, en cuanto sistemas asistenciales, de imbricarse con las ofertas y los estilos culturales de los servicios del Estado español se desconocen. La advertencia señala un futuro tema de investigación antropológica, como lo notan las autoras.

Finalmente, este libro enfoca las relaciones entre la investigación, el llamado mundo del conocimiento, la producción de saberes, el trabajo social, las perspectivas interdisciplinarias y las estrategias pedagógicas, aportando nuevas miradas. En otras palabras, *Estado, Política Social y Cultura: Reflexiones sobre los servicios sociales y de salud*, presenta una madura reflexión, con soporte en amplias y ricas experiencias y materiales de campo, en un área de conocimiento en que se traslapan los aportes del trabajo social, la antropología, la bioética y la ciencia política. Los temas son abordados a través de perspectivas holísticas que expanden las fronteras del conocimiento, incorporando guías de acción para la praxis en experiencias y diálogos interculturales y momentos críticos de la relación con el otro, dibujando, a la vez, el rol del Estado frente a las responsabilidades sociales que le competen.

En el primer capítulo, “‘Salud saludable’ en la sociedad del conocimiento. Trabajo social e intervención bioética”, Carlos Zambrano introduce y explica acabadamente el concepto de salud saludable, alertándonos sobre posibles interpretaciones tramposas que se pudieren hacer del mismo, ya que es, a la vez, un principio de interpretación del derecho a la salud, un derecho de las personas y un deber de los Estados, no un favor para el bienestar de las bolsas empresariales. En este sentido, la salud saludable es no sólo el acceso a la prevención y el derecho a la atención primaria, preconizado por la OMS, es más, es el derecho a mantener la buena salud, es un modelo que prioriza por igual la atención, la prevención y el cuidado, en contextos de diversidad cultural, que exigen la observancia de los derechos culturales.

Tal como el autor plantea, la salud saludable es un concepto central para reflexionar sobre el tipo de fortalecimiento de los servicios sociales

que debe promoverse, dados los efectos sociales, políticos y culturales que las actuales transformaciones tecnocientíficas y económicas producen en el Estado Social de Derecho, que debe ser el promotor del bienestar en salud.

De acuerdo con el autor, el primer problema que plantea alcanzar una salud saludable en las sociedades contemporáneas es que el Estado tiene que asumir las responsabilidades sociales de universalizar los derechos a la salud y garantizar su permanencia en un contexto de fenómenos político-culturales emergentes de carácter macro, tal como lo son la transformación de la bioética en una bioética intercultural, capaz de garantizar los servicios sociales y de salud a poblaciones multiétnicas y pluri-culturales. Desde esta perspectiva, la bioética intercultural consiste en que toda observación, análisis y decisión bioética singular debe contener el tamiz de la diversidad cultural. El adjetivo intercultural simplemente explica que, ante un mismo hecho, los seres humanos hacen interpretaciones y encuentran significados diferentes. Siendo el trabajo intercultural la deconstrucción de esas significaciones, para producir una común y distinta (Zambrano, 2005, 2006 a y b, 2010 y 2011).

Otros de los fenómenos emergentes de carácter macro, tienen que ver con la Gobernabilidad Cultural y el Trabajo Social Global contextual, que son necesarios para el fortalecimiento del servicio social, en el marco de las transformaciones que genera la profundización de la sociedad de consumo. Zambrano se detiene especialmente en los ejes políticos que constituyen la diversidad cultural y la gobernabilidad cultural, sosteniendo que el fortalecimiento de los servicios sociales requiere de las adecuaciones pertinentes a los contextos que establece la sociedad de consumo y del lugar que deben ocupar la bioética intercultural, la gobernabilidad cultural, el trabajo social global contextual en la sociedad de consumo y particularmente en los servicios de salud.

La identificación de los mencionados fenómenos político-culturales emergentes cumple con el fin de encuadrarlos en un contexto que permita atender y resolver las demandas de justicia social en salud, las que se expresan en clave de diversidad cultural. El autor entiende que el Estado postsocial es el Estado de los derechos culturales, que suponen el reconocimiento de la diversidad cultural, la promoción activa de sus manifestaciones y el respeto de los derechos culturales, herramientas

de garantía ciudadana, dado que la cuestión social de nuestros días se analiza bajo la influencia de las demandas de la diversidad cultural.

El autor se pregunta: ¿Qué es lo que convertiría a la intervención social –dada su característica cultural preexistente– en un fenómeno, político-cultural y emergente? Para responder que, culturalmente hablando, al producirse la intervención como una reacción a las manifestaciones o fenómenos de la llamada cuestión social –siempre cambiante–, teniendo en cuenta que ella misma se construye y estructura y, por ende, produce las prácticas y las instituciones político-culturales, que inciden en el sistema social –sujetos, relaciones sociales, políticas, instituciones, significados–. El Trabajo Social, al pretender posicionarse en los procesos de globalización –resalta el autor– está abocado a promover el cambio social y la solución de los problemas sociales, en tanto derechos humanos, cumpliendo con la finalidad de dar iniciativas para el fortalecimiento de los sistemas de protección en salud. Por otra parte, al atender a prácticas diversas que están dotadas de múltiples contenidos culturales, el trabajo social tiene un elevado contenido cultural en sí. Si consideramos el derecho a la salud, obviamente como un derecho fundamental para la producción y reproducción de la vida y la cultura de las personas y de las comunidades y, si a ello sumamos la demanda de que sea pensado globalmente, es claro que la emergencia de una perspectiva intercultural, capaz de vincular el trabajo social con la bioética, la antropología y el derecho, sería capaz de reconocer la multiplicidad de intereses singulares que se relacionan de manera conflictiva en el ámbito sanitario, amén de las singularidades intersubjetivas y personales –no menos conflictivas– de las distintas existencias que se conjugan en la atención de la salud.

En el capítulo siguiente, “*Escenas de la vida hospitalaria. Relaciones de cercanía y tensión entre biomédicos y usuarios del sistema de salud público de la Argentina*”, Mercedes Saizar analiza las causas de tensiones y conflictos emergentes en la atención de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Expone los resultados de una aproximación etnográfica, que tomó metodológicamente al hospital como una comunidad pluricultural, para enfocar los conflictos de la vida cotidiana, aquellos que no son derivados a los tribunales de bioética, sino que más bien ponen de manifiesto diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad y que tienen como protagonistas a los biomédicos y a los usuarios.



Desde las perspectivas de los usuarios se detectaron ocho aspectos que inciden en problemas y afectan la calidad del servicio médico. En primer lugar, menciona el “trato recibido”, señalando entre los problemas concretos la clara percepción de pérdida de tiempo, tanto en el acceso a la atención como en el proceso diagnóstico, demoras ante experiencias de dolor que el usuario obviamente no puede relativizar en más o menos urgentes, sintiéndose ignorados y subestimados. En segundo término, los dolientes se quejan de la incomprendibilidad del discurso médico, el enfermo necesita conocer aspectos concretos de su situación, tales como si lo que está sufriendo es grave, cuánto tiempo durará, si requerirá algún tratamiento específico por el que deba internarse y que le impida proseguir con su vida cotidiana, cuál será el costo económico del proceso, etc. También espera que el biomédico “nombre” la enfermedad que atraviesa, es decir, que ponga en palabras claras y sinceras las causas y las consecuencias posibles de su padecer. En tercera instancia, es motivo de conflictos “la visión de la persona” de unos y otros; como han mostrado los abordajes de las ciencias sociales, las experiencias de enfermedad son fenómenos complejos que superan en mucho la mera consideración de las causas de índole biológica. Por otra parte, las concepciones sobre la corporalidad y las entidades que integran la persona, varían de acuerdo con las diferentes medicinas en virtud de que son construcciones culturales, en este caso de especial relevancia porque dan sentido a qué se entiende por enfermedad y qué es terapéutico, mientras que por su formación naturalista, el biomédico ve al cuerpo como un complejo sistema biológico, menospreciando y hasta a veces ignorando, la vida emocional, las concepciones culturales y social del individuo. En cuarto lugar, los usuarios se quejan de la censura que reciben de los profesionales cuando estos se enteran que han concurrido a las ofertas de otras medicinas, debido a que mientras los usuarios reconocen que muchas de las opciones no oficiales son exitosas en el tratamiento de sus dolencias, los profesionales biomédicos atribuyen tales elecciones a la ignorancia del paciente, la mayoría de las veces carentes de información sobre la eficacia de otras medicinas. El quinto factor de conflictos resulta del uso creciente de nueva tecnología en la búsqueda de los diagnósticos; desarrollo que es visto como un adelanto en la precisión por los biomédicos, siendo, por el contrario, vivido por el usuario como una eterna derivación de un consultorio a otro, de numerosos pedidos de estudios, en muchos casos agresivos,

que no se justifican en términos económicos ni de tiempo, sobre todo tratándose de episodios de enfermedad que hace unas décadas hubieran sido diagnosticados en una consulta. En sexto término, los usuarios se quejan de los efectos colaterales de los fármacos que se les recetan, los que no en pocos casos llevan al enfermo al abandono del tratamiento y, por otra parte, que muchos fármacos no solucionan los problemas de salud sino que son meros paliativos de ciertos efectos. En séptima instancia, la efectividad de la terapia biomédica es motivo de entredicho, ya que para el paciente la sanción no se corresponde bis a bis con la desaparición de ciertos síntomas físicos sino con la mejoría completa del individuo también en el plano emocional y social. Finalmente, la continua derivación de un especialista a otro, resultado de la especialización de los profesionales que va de la mano de la fragmentación del individuo, es otro significativo motivo de crítica y fricciones.

Los profesionales refirieron problemas en torno a dos ejes: los que hacen al contexto institucional y los relativos a los usuarios. Entre los primeros, resalta la carencia de recursos —que incluye desde materiales de trabajo hasta deterioros edilicios que literalmente afectan las condiciones de asepsia— a la que se suma la sobrecarga de trabajo motivada por la baja de los salarios, que fue compensada con la multiplicación de empleos. Por otra parte, la implementación del funcionamiento de los centros de salud, dedicados a la prevención y a la atención de los casos drenó el presupuesto, pero no tuvo el correlato esperado en cuanto a la merma del número de usuarios que acude al hospital. Al respecto es necesario señalar que la decisión de crear los centros y bajar el presupuesto se realizó sobre la presunción, fundada en la lógica de escritorio, de que al derivarse la atención primaria a los centros, la consulta en el hospital mermaría; nadie estudió previamente cómo la población del área metropolitana selecciona las unidades asistenciales que visita, por lo que para los que tenemos experiencia de campo en el área no fue una sorpresa. Es claro que nadie incorpora el concepto de atención primaria de la salud y deja de lado sus formas habituales de selección de unidades para ir al centro de salud de acuerdo con el modelo de la nueva regulación. Toda esta situación es condensada por los profesionales cuando argumentan que los problemas se deben en última instancia a la inexistencia de políticas de salud diseñadas a largo plazo y la ineficiencia de las políticas implementadas en el día a día.

En cuanto a los usuarios, se quejan de los cambios en la relación biomédico-paciente, los últimos ahora son usuarios y ya no experimentan temor reverencial ante la sabiduría del profesional, exigen información, cuestionan las recomendaciones y hasta –lo peor, en la perspectiva de los profesionales– llegan con el diagnóstico hecho, discuten, abandonan y se niegan a realizar los tratamientos, utilizan otras medicinas sin comentarlo al profesional o se muestran desinteresados por su opinión al respecto. En pocas palabras, suelen ser los usuarios según sus criterios quienes optan por los tratamientos que consideran correctos y eficaces. En definitiva, los conflictos entre biomédicos y usuarios responden a las diferencias de paradigmas respecto de la salud, la enfermedad y la terapia, dado que los biomédicos no suelen comprender las diferencias culturales, no reconocen las debilidades de la biomedicina en el tratamiento de las llamadas nuevas enfermedades, que no pueden diagnosticarse a través de la asociación sistemática de síntomas y signos y, por lo general, desconocen la eficacia que ya se ha demostrado en los tratamientos de muchas medicinas no convencionales.

A continuación, Mariángeles Funes en *“Respuestas a la intervención médica exacerbada durante el embarazo y el parto”*, teniendo en cuenta el contexto del reconocimiento de la mujer como sujeto de derecho respecto de su cuerpo y de su salud reproductiva –entendida esta última como un derecho humano–, analiza el surgimiento de prácticas alternativas en relación con el alumbramiento, prácticas que resultan del rechazo al intervencionismo y la medicalización excesiva durante los partos, cuyos efectos negativos han comenzado a conocerse, cuestionarse e intentar superarse a través de nuevas propuestas, que minimizan el uso de tecnología y pueden concretarse en hospitales, centros especiales o en los domicilios particulares con el auxilio de parteras profesionales.

La autora da cuenta de los factores y los sentidos que han llevado a mujeres –y sus parejas– de sectores medios y altos de la Ciudad de Buenos Aires a optar por partos alternativos, a partir de las reflexiones y comportamientos de un grupo de embarazadas descontentas con la medicina oficial, que lograron sustraerse a las formas de atención convencional, altamente despersonalizada e intervencionista, tal como se ofrece el sistema de salud oficial. La práctica preferida fue la de enfrentar el puerperio en la propia casa, asistidas por parteras.

Entre los factores concretos que determinaron la selección de propuestas alternativas, la autora señala diversos aspectos que tienen que ver con los procedimientos estándares seguidos por los protocolos médicos habituales, que en la actualidad son considerados nocivos, tales como la posición de litotomía para la comodidad del médico y no de la púrpura, el rasurado del vello púbico, la administración de solución glucosa, la inducción y la conducción química del parto y la episiotomía.

Es también de relevancia una visión del parto como un hecho natural, que tiene su tiempo fisiológico, psicológico y emocional, que debe respetarse; visión que se opone, así, a la mercantilización de la atención de la salud en manos de empresas, que conciben al tiempo de la práctica médica en términos económicos y no del bienestar del paciente.

En lo relativo a las unidades de salud, el cuestionamiento de las mismas incluye además aspectos de índole social, como el maltrato que reciben las mujeres, queja recurrente de los pacientes de todas las clases sociales.

Por otra parte, es conveniente tener en cuenta que actualmente se dispone de mayor información sobre el embarazo y el parto, que es asimismo de fácil acceso a través de diferentes medios, que ponen en entredicho los protocolos estándares, a la vez que dan cuenta de la existencia de unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente la tecnología disponible, sino que privilegian el respeto de los aspectos emocionales, psicológicos y sociales que acompañan al alumbramiento.

Son también significativas las ideas respecto a que la institucionalización de la atención afecta el proceso de tomas de decisiones sobre el embarazo y el nacimiento, coartando el libre ejercicio de los derechos de la mujer.

En cuanto a estilos de pensar, Funes remarca que quienes optan por el parto domiciliario suelen ser mujeres que privilegian en la atención de su salud, la utilización de medicinas alternativas o de estrategias de complementariedad terapéutica entre las terapias no convencionales y la biomedicina.

Finalmente, señalemos que la inscripción de los derechos reproductivos en el marco general de los derechos humanos, plantea la dificultad que enfrentan los Estados nacionales en cuanto a su capacidad para proveer la información necesaria y los medios para

ejergerlos. Situación a la que suma la inexistencia de políticas internas institucionales que se encuentren en consonancia con tales requerimientos y necesidades, en un modelo postsocial en que el Estado ha delegado la atención de la salud en empresas, ya fuere en formas de autogestión, de obras sociales, de sindicatos y de otros grupos privados, que sobre todo enfocan la salud como un negocio, so pretexto de eficiencia y eficacia de tales prestaciones.

En el próximo capítulo Mercedes Sarudiansky en *“Lo público, lo privado, lo individual y lo alternativo. Complejidades emergentes en la atención de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires”* enfoca las problemáticas emergentes en el tratamiento de los trastornos mentales, sobre la base de una sólida etnografía en la que se privilegió el análisis de itinerarios terapéuticos de enfermos pertenecientes a sectores medios y altos de la Ciudad de Buenos Aires. Entre las peculiaridades de Argentina, la autora destaca que en la atención de este tipo de dolencia ha existido una marcada preferencia por la medicina privada, situación que persiste a pesar de la pauperización de las clases medias verificable en las últimas décadas. Ello equivale a decir que los mismos individuos que recurren a sistemas prepagos y obras sociales para atender su salud “corporal”, acuden a psicoterapeutas cuando se trata de atender problemas emocionales o mentales.

En cuanto a las ofertas del Estado, se destaca que responden al paradigma biomédico de atención que impera en todo el país, en el campo “psi” existen nosocomios específicos para la atención de los trastornos mentales con servicios de internación y de Día, además con el correr del tiempo se han sumado áreas de atención de trastornos mentales en la mayoría de los hospitales de la ciudad.

En términos políticos, se define a la salud como bien público y al Estado como responsable de ésta, no obstante, las fallas en la implementación de la oferta dan cuenta de los límites concretos de dicha pretensión. Al respecto, los itinerarios terapéuticos recurrentemente develan las consecuencias negativas que traen las limitaciones encontradas en el sistema oficial de salud, debido a las dificultades de acceso —por la cantidad de trámites que es necesario hacer, las largas esperas, las dificultades para obtener los turnos, etc.— y a la fragmentación de las especialidades médicas, que se hacen evidentes en los problemas para alcanzar un diagnóstico correcto. Aspectos que ilustran a la perfección los itinerarios terapéuticos, que la autora grafica con el ejemplo de una

sufriente cuyos síntomas y signos no cabían en la asociación sistemática de entidad gnosográfica alguna, por lo cual deambuló por las áreas de cardiología, otorrinolaringología, neurología y gastroenterología, recibiendo diferentes diagnósticos y realizando diversos tratamientos, dado que en ninguno de los casos se consideró la totalidad de la sintomatología que provocaba el malestar. Paradójicamente, fue el hijo de la enferma, quien consultando en internet concluyó que se trataba de un problema de angustia, lo que facilitó el giro de las búsquedas de salud hacia el campo “psi”, donde obtuvo el diagnóstico de ansiedad, a partir de lo cual la usuaria optó por el sector privado. El ejemplo, que se reitera una y otra vez, no atañe únicamente a las tensiones de la dicotomía público-privado, sino que también sugiere cuestiones propias del sistema en su totalidad, que ponen en evidencia el lugar de las disciplinas “psi” en relación con el resto de las especialidades biomédicas. Hecho que se relaciona, entre otros factores, con el diagnóstico tardío del trastorno mental –al cual podríamos hasta pensar que se produjo “por descarte” e impulsado a partir de una inquietud personal más que profesional.

Por otra parte, Sarudiansky da cuenta del desarrollo de estrategias de complementariedad terapéutica por parte de los pacientes, que exceden las ofertas del sistema de salud oficial, incluyendo especialmente medicinas alternativas, la mayoría de ellas de raigambre oriental, como yoga, reiki, reflexología, acupuntura, etc.

Finalmente, la autora nos habla de los impactos de la globalización, que introdujeron el tema de la eficiencia y de la relación costo/beneficio, se advierten en la hasta entonces hegemonía psicoanalítica, que defendía los largos tratamientos, dando lugar a la emergencia de tratamientos más cortos y de tiempo previsible, generalmente enrolados en las corrientes cognitivas. Esta influencia también se verifica en la clasificación de los taxa de la salud mental, que siguen los sistemas diagnósticos operativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana, tales como la Clasificación Internacional de las Enfermedades –CIE-10– y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM-IV–, cuya utilización se ha tornado un requisito obligatorio para dar cabida a un tratamiento de cualquier tipo en el sistema de salud oficial.

A continuación contamos con la contribución de Alejandra Giménez, *“Dar, recibir y devolver a través de instituciones. Los Ban-*

*cos de Leche Materna en la Argentina y los procesos de reciprocidad indirecta*”, quien analiza los marcos explicativos que dan cuenta de la ayuda social en el contexto de los bancos de leche. Tradicionalmente, las conductas consideradas por la autora fueron tratadas como formas de ayuda desinteresadas, en tanto se mantienen en anonimato y no esperan recompensa, como sucede en la organización de los Bancos de Leche Materna, en los cuales la donante no conoce, ni se relaciona con su destinatario.

Sobre la base del trabajo etnográfico realizado en la Ciudad de Buenos Aires, Giménez discute la categoría de “comunidad de donantes voluntarios”, propuesta por Titmuss *et al.*, en la que diversos autores incluyen el tipo de experiencia y de organización que acreditan los Bancos de Leche. Tal categoría, de acuerdo con los autores, sería la que mejor refleja en el comportamiento concreto, el concepto abstracto de “don humano libre”, cuyas características son la ausencia de una recompensa inmediata o mediata, la ausencia de una noción de incumplimiento y, consecuentemente, de penalidades, también estaría ausente la búsqueda de reconocimiento por parte de los donantes.

Ahora bien, la casuística relevada en el campo, que nos permite conocer los motivos que esgrimen muchas de las donantes, muestra que el concepto de don voluntario y libre no da cuenta de los móviles y los entramados sociales en que se desarrolla la donación láctea. Motivos a los que Giménez nos propone entender a partir del concepto maussiano de reciprocidad indirecta, en virtud de que las donantes podían no esperar recompensa alguna en el contexto del Banco de Leche, pero sí esperaban recibir reconocimiento social y prestigio en otros círculos sociales a los que pertenecían. En muchos casos, las donantes eran integrantes de algunos de los grupos parroquiales de su comunidad eclesial. En esos grupos, realizar alguna actividad “altruista” es no sólo bien visto sino prácticamente una condición *sine qua non* de reconocimiento social y de inclusión en las esferas de elites o de mayor prestigio de los laicos que integran la comunidad parroquial. En este sentido, la acción no es tan voluntaria ni tan libre y menos aún carente de retribución, se parece al don descrito por Mauss que es voluntario/obligatorio, libre pero necesario y en el que el objeto del intercambio trasciende el valor meramente económico, poseyendo valor social, simbólico y hasta religioso.

En el sexto capítulo, Mariana Bordes en *“La medicina integral en el Área Metropolitana de Buenos Aires ¿Un intento de cambio del paradigma biomédico?”* se interesa por explicar el monopolio biomédico en la Argentina en términos de fenómeno construido histórica, cultural y socialmente. En segundo lugar, enfoca las posibilidades de que se genere en el país un sistema de salud integral, al estilo de los procesos que pueden verificarse en otros Estados latinoamericanos. Explorando la relación entre el Estado y los actores sociales, la autora señala que la hegemonía biomédica surge del encuentro entre los intereses del Estado liberal de fines del siglo XIX y las fracciones agremiadas de la medicina científica que logran una legislación penal específica contra el ejercicio ilegal de la medicina.

No es hasta la década de 1940, que los cambios permiten hablar de una nueva configuración al instalarse el paradigma del Estado de bienestar que reproduce los modelos de los países centrales, impulsada por los cambios políticos, sociales y culturales que introduce el peronismo.

En la actualidad, se advierten los cambios que sufrió el paradigma del Estado de bienestar, especialmente a partir de los noventa, en que se introdujeron cambios en consonancia con las ideologías y las propuestas neoliberales. No obstante, sostiene la autora, sigue primando la biomedicina, aunque en el contexto de un Estado post-social, mientras que la posición de las medicinas no convencionales es de absoluta subordinación, a diferencia de lo que sucede en otros países centrales y del tercer mundo, donde se advierten diferentes niveles de apertura de los sistemas oficiales de salud hacia opciones terapéuticas que eran excluidas anteriormente.

En síntesis, Bordes distingue cuatro periodos, el primero previo a la divulgación y popularización de la oferta biomédica, en que los practicantes no diplomados eran tolerados. El segundo se inicia a fines del siglo XIX, se caracteriza por el primado de la biomedicina, acompañada por la expansión de su oferta, la construcción de hospitales y la aparición de la legislación que pune cualquier práctica no biomédica. El tercero iniciado en la década del '40 se corresponde con el Estado de bienestar, mientras en el actual se concretó la retirada del Estado en la prestación de servicios, en consonancia con las ideas de achicamiento de la estructura estatal, supuestamente en búsqueda de eficacia económica y en los servicios.



En los tres últimos periodos la hegemonía biomédica es una constante, aunque en el último se advierte una mínima apertura hacia algunas medicinas no convencionales. Cabe señalar, finalmente, que la legislación no se condice con las prácticas y las preferencias de la población, con independencia de sectores sociales, étnicos y culturales.

Luxardo y Esquivel en *“La regulación de los derechos de las personas en el fin de la vida: Fundamentos políticos, jurídicos y religiosos”* enfocan las transformaciones que se advierten en los cuidados del enfermo en el final de vida. Hasta hace no más de unas décadas, el final de la vida era, en el imaginario social, un momento atravesado y definido por la intervención biomédica con toda su desnaturalizada y cuestionada tecnología, que alargaba la subsistencia, en un estado que difícilmente pueda considerarse vida.

Este tipo de intervención, divorciado del respeto por el bienestar y el reconocimiento de los deseos del enfermo, fue progresivamente cuestionado. Así, la gestión de la muerte en hospitales fue impregnada de las nuevas propuestas que pretenden humanizar el cuidado. En este sentido, la asistencia de los moribundos privilegia el control del dolor, la optimización del lugar elegido por el paciente para morir, el reconocimiento de las necesidades sociales, espirituales y prácticas de los enfermos, así como las de sus familiares.

Presentando este contexto de cambio, los autores reflexionan sobre la concepción de la dignidad en el final de la vida como un derecho humano, identificando –dentro del proceso de consolidación y redefinición de prácticas tendientes a controlar este proceso– distintos factores que la condicionan. Entre ellos, son un buen ejemplo las pujas entre fundamentos políticos, jurídicos y religiosos, que mantienen inagotables disputas por establecer los marcos regulatorios orientadores de las políticas sanitarias. En Argentina, el debate sobre el tema revela recurrentes conflictos entre la reivindicación de derechos por parte de una ciudadanía cada vez más diversa y la persistencia de la Iglesia Católica que intenta universalizar su moral religiosa.

Hablar de dignidad en el final de la vida –sostienen Luxardo y Esquivel– implica reconocer la polisemia de un concepto en el que diversas perspectivas –religiosas, filosóficas, bioéticas, liberales, de derechos humanos– coexisten, a veces, conflictivamente, sosteniendo principios y fundamentos en ocasiones contradictorios. Entre estos discursos en pugna están las posiciones que los propios enfermos el-

boran respecto a qué esperan, obviamente se trata de expectativas condicionadas de acuerdo con sus circunstancias biográficas y el contexto socio-cultural en que se ha desenvuelto su existencia. Considerando la perspectiva de los actores sociales, sobre qué se entiende por una buena muerte o muerte digna, los autores destacan la posibilidad/sensación de los enfermos de tener cierto control respecto a sus preferencias y deseos; así como la capacidad de decidir sobre el lugar elegido para pasar los momentos finales y quiénes serán las personas implicadas para acompañarlos. Otros factores asociados con una buena muerte son: sentir confianza en los proveedores de su atención; continuar con las relaciones sociales y familiares que son cotidianas, ser capaces de resolver cuestiones como distanciamientos, perdones, etc., disponer de la utilización apropiada de la tecnología en el tratamiento del dolor y poder dejar un legado.

Dando respuesta a los sucesivos reclamos en relación con la dignidad de la muerte, emergieron las unidades de cuidados paliativos en los servicios de salud, como una disciplina médica basada sobre competencias técnicas específicas, que tienen el eje en la prevención y el alivio del dolor. Hecho que se transformó en un reto para la salud pública, tal como se advierte en las formulaciones de organismos internacionales, tales como la OMS, puesto que los servicios de salud deben proporcionar diversos tipos de atención, tales como la provisión gratuita de opiáceos, posibilidades de internación domiciliaria, la consideración del núcleo familiar del paciente como una unidad de tratamiento y no sólo al enfermo, la identificación de las necesidades de los que están cotidianamente asistiendo al enfermo, la visión del enfermo como una totalidad y a sus necesidades como un aspecto holístico e integral de su “ser” –indisoluble en sus componentes– entre otros aspectos que hacen posible el respeto de la toma de decisiones informadas y autónomas en el final de la vida y, por consiguiente, una muerte digna.

En el capítulo siguiente, Belén Lorente y María Dolores Lorente en *“Ciudadanía europea y pluralismos del bienestar. Jubilad@s británic@s en España”* analizan la migración de adultos mayores, asentados en la Costa del Sol española, resaltando que las características de esta población plantean desafíos teóricos y metodológicos, pues no están impulsados por cuestiones laborales sino, según lo atestiguan los actores sociales, por razones de salud, la búsqueda del clima mediterráneo, el abaratamiento de costos de vida comparados con su país de

origen, la tranquilidad y la calidad de vida, la amabilidad de la población autóctona, ente otros motivos. Sin embargo, de acuerdo con las autoras, del análisis de las razones esgrimidas emergen elementos de orden más profundo, difíciles de objetivar y, por ello, menos tratados en los estudios sobre el problema. Al respecto, Lorente y Lorente dan cuenta de varios de esos factores más profundos, tales como: a) la saturación personal experimentada a lo largo de sus vidas con los sistemas de trabajo característicos de la modernidad y, por tanto, con la racionalización de la vida cotidiana; b) la oportunidad de convertir en una dimensión positiva el disfrute del ocio y el tiempo libre, sin la sobrecarga calvinista del trabajo; c) las razones de corte espiritual-trascendental que permitan emprender el último ciclo vital a modo de catarsis en espacios exóticos; d) la reinención de la identidad tras una vida marcada por imponderables como el trabajo que alienta retomar el control de la vida en una clave diferente. En este sentido, se observa un arco de motivaciones que necesita mayor atención y aproximaciones metodológicas más finas, tal como lo revela el material etnográfico. Las autoras cuestionan el sentimiento de fortaleza que los actores muestran hacia los retos que implica la inmigración, advirtiendo una sensación de autosuficiencia y autonomía que minusvalora el proceso de envejecimiento, solapando sus consecuencias en relación con la consecución efectiva de un nuevo proyecto de vida.

Las investigadoras plantean un segundo foco de interés que tiene que ver con el hecho de que estos grupos se asientan en contextos etno-culturales diferentes del propio, imprimiéndole a tal situación un carácter político, en tanto que los migrantes se convierten en ciudadanos/as con derechos y obligaciones. El derecho de ciudadanía implica en el Estado de Bienestar en España el acceso universal a los servicios de salud y a los servicios sociales, siempre que se cumplan unos requisitos vinculados, la mayor parte de los casos, con el empadronamiento y la residencia oficial en la nueva localidad, requisito que no se siempre se cumple, generando problemas en la atención sanitaria de estos mayores.

La indiferencia a las normas administrativas españolas por parte de los migrantes, es explicada por las autoras en términos de diferencias culturales, que dan soporte a este tipo de comportamiento, sin dejar de señalar que casi nadie hoy en día se atrevería a clasificarlo de colonial. Aunque no es extemporáneo decir que el colonialismo ha sido parte

de la cultura británica y hace entendible que haya dejado sus huellas en los comportamientos y en los valores de los nativos, especialmente los mayores, aunque los mismos no tengan conciencia, ni pretendan lejanamente actuar de dicho modo.

Caracterizando esta población, las autoras señalan que sólo una minoría aprendió español, además, sus pautas de asentamiento residencial vislumbran una segregación etno-cultural del territorio. Si bien hoy están algo más mezclados, existen redes comerciales de aprovisionamiento de productos y poseen amplias redes de asociaciones, clubes, lugares de entretenimiento, etc. Como contrapartida, los servicios de salud han funcionado con escasas restricciones respecto de los jubilados europeos, debido a que la concepción del derecho universal a la salud ha facilitado las situaciones confusas en términos de acceso. En cuanto a los servicios sociales, primordialmente, tienen derecho a todo aquello que proporcionan los servicios sociales comunitarios que constituyen la puerta de entrada de la ciudadanía a este sistema de protección social.

Por otra parte, los migrantes cuentan con el funcionamiento de un sistema de “*Charities*”, de acuerdo con el modelo británico, que incluye trabajo voluntario, ayuda social y recaudación, que articulan el sentido del apoyo social entre los/as jubilados/as británicos/as. Son evidentes las significaciones y funciones que cumplen las “*Charities*” en la cultura de la acción social británica, aspecto ya tratado por Weber. No obstante, en este nuevo contexto, las autoras sostienen que, además, funcionan como locus de identidad nacional y generacional. Desde esta perspectiva, la adecuada atención de los distintos sistemas de bienestar pasa por conocer y reconocer las especificidades que las “*Charities*” pueden aportar a la relación de ayuda institucionalizada, consiguientemente es necesario conocer las redes asociativas y las formas de producción de la ayuda mutua, el apoyo y el acompañamiento desde una perspectiva antropológica, para producir el conocimiento necesario que permita al actual Estado de Bienestar en España llegar de manera empática a la ciudadanía migrante y al reconocimiento de necesidades, no sólo sociales, sino también culturales e identitarias. Queda pendiente para futuros estudios profundizar si las dinámicas culturales de las *Charities*, de sus sistemas de ayudas y la fuerza que éstos poseen, la posibilidad o no, de articularse con los servicios públicos españoles.

En el capítulo siguiente Claudia Krmpotic en “*La naturaleza del lazo social. Reflexiones en torno de la lógica del don en contextos desiguales*” suma su reflexión a los autores que enfocan y discuten las ideas maussianas respecto del don, la reciprocidad y el intercambio, que por cierto se han contrastado con diversos conceptos teóricos, que no tienen el mismo soporte heurístico que poseen las etnografías presentadas primero por Boas y luego por Malinowski en relación con el intercambio –tal como sucede con los conceptos de contrato social y reciprocidad negativa– o que se engarzan necesariamente en ciertas corrientes de pensamiento –como sucede con plusvalía– o con determinados periodos históricos –como sucede con capitalismo.

De acuerdo con la autora, la actual vigencia del tema radica en, al menos, dos motivaciones: por un lado, los esfuerzos para repensar las intersecciones entre el lazo monetario y el lazo social y, por otro, la reconstrucción de la solidaridad como mecanismo de inserción social cuando la inscripción ya no está garantizada por el trabajo. La consideración de los contextos sociales argentinos y del resto de América Latina, le permiten señalar que Mauss pecaba de optimismo respecto de las posibilidades de pervivencia del don en las sociedades modernas, como mecanismo que sirviera para la redistribución de las riquezas.

En el análisis de las políticas sociales, la autora indica que es necesario lidiar con las limitaciones de carácter teórico, en la medida en que predominan nociones esencialistas que prescriben de antemano las funciones del Estado, la sociedad, la cultura y las instituciones, sin considerar que la acción social y los servicios sociales constituyen más bien campos de interacción entre personas a partir de sus distintos roles, quienes no sólo siguen una lógica estructural sino además sus propias interpretaciones y creencias. Otro orden de limitaciones es de carácter empírico por cuanto la matriz estado-céntrica y mercantilizada ha ocultado dimensiones intangibles y simbólicas que conforman la trama de la protección social y de la confianza en la “*communitas*”. Sin caer en posiciones ingenuas, la autora reconoce que en la vida social existe una dimensión de reciprocidad que persiste en muchos espacios y circunstancias de la vida moderna, su actual vigencia –señala Krmpotic– en las experiencias de los países centrales, aunque chocan con las evidencias e interrogantes en torno de la vigencia del don en sociedades subdesarrolladas, en las que el contrato social es más bien una ficción y la realidad es de dominación y servilismo.

En el capítulo décimo Anatilde Idoyaga Molina y Carolina Avila Testa en *“Del patronato a la protección integral. Reflexiones sobre el impacto del cambio de paradigma político-cultural en relación con la infancia en la Ciudad de Buenos Aires”* analizan los resultados de un proyecto operativo llevado adelante entre 2003 y 2008 en el Instituto Pizarro y Monje, un hogar de tránsito hasta la derivación de adolescentes mujeres entre 13 y 18 años, dependiente de la Secretaría de Niñez y Adolescencia (SENAF) del Ministerio de Acción Social de la República Argentina, conocida anteriormente como Consejo de Niñez, Adolescencia y Familia (CONNAF).

El proyecto consistió en una experiencia llevada a cabo por operadores convivenciales, que intentaban trabajar en el marco de la Convención sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, en tanto implicaba un cambio de paradigma ya que niños/as y jóvenes pasan “a ser sujetos de derechos”. Los derechos reconocidos en la Convención fueron, primero, incorporados a la Constitución Nacional y luego explicitados en la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, N° 26.061. En este sentido, las operadoras intentaron generar un espacio de contención en el que las adolescentes pudieran hablar, poner en palabras sus conflictos del “adentro” –entre pares y con el resto del personal del Instituto–, así como los conflictos del afuera –en el contexto familiar y social–, asumiendo las operadoras el compromiso de producir respuestas, mostrando en la praxis que ellas eran sujetos con derechos. Asimismo, en tanto sujetos de derechos participaron en la solución de los conflictos, en la evaluación de la institución y en las propuestas de programas y acciones para su mejoramiento. La evaluación de los resultados de la experiencia se hizo, por un lado, sobre la base de las evaluaciones y perspectivas de las adolescentes, a quienes la praxis estaba dirigida y, por otro, sobre la base de las evaluaciones realizadas por el equipo de operadoras convivenciales. Entre los resultados, las autoras mencionan tanto aspectos positivos como negativos; entre los últimos figuran las dificultades que atraviesan las instituciones ante la implementación de cambios de paradigmas, ya fuere porque el personal sigue impregnado por paradigmas anteriores o porque interfieren tradiciones culturales arraigadas, que redundan en la incomprensión de los nuevos valores y comportamientos que se quieren implementar y transmitir. Asimismo, los problemas y desafíos que enfrenta el Estado para sustituir los programas y las instituciones