
Revista Patagónica de Bioética

Año 5, Nº 10



Fotografía: Celeste Bustos

Equipo Editorial

Directora

Andrea Macías

Editora

Nadia Heredia

Secretaría General

Silvana Rojas

Editorxs Asociadxs

Marcela Fontana

Rubén Monsalvo

Mónica Opezzi

Marcela Olivero

Carolina Angelini

Cecilia Labriola

María Soledad Rey



Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 5, No. 10

Directora: Andrea Macías

Editora: Nadia Heredia

E-mail: bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética e Investigación

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén

Sumario

Editorial

Andrea Macías y Nadia Heredia..... 4

Sección Conversando comunitariamente

Salud mental: una experiencia de producción cultural. Prácticas sociales desde un dispositivo ético-estético en el barrio Confluencia de la ciudad de Neuquén 2015-2019, por Griselda T. Napal Queipo y Maximiliano A. Reyes 7

Desde acceso abierto

La bioética en perspectiva Latinoamericana, por Rodrigo Hernán García..... 18

Artículos Becas SISNe

Representaciones sociales del pueblo mapuche acerca de la tarea que realizan lxs trabajadorxs de salud mental del Hospital Junín de los Andes. Neuquén. Año 2012, por Noelia Sandoval y Eloisa Mussat 30

Caracterización del cuidado en relación al vínculo de apego de madres y padres adolescentes en situaciones complejas, con hijas e hijos menores de 24 meses de edad, por María Pía Borghero, Noelia de la Hoz y María Luz Gamboa 45

Concreción de una unidad de trasplante renal para adultos en un hospital público de la Provincia de Neuquén, Argentina. Estudio de caso, por López, Claudia; Dip, Matías, Escobar, Oscar 60

Sección Novedades, por Marcela Olivero..... 75

Instrucciones para lxs autorxs 79



Editorial

Finalizando un año, presentamos el último número del año 2019 de la RPB. Un año sumamente complejo, que nos ha exigido repensarnos desde nuestras territorialidades latinoamericanas más cercanas. Las realidades de nuestros países vecinos, Bolivia y Chile, reavivan debates de muchas décadas atrás, donde se empezó a sentir la necesidad cada vez más fuerte de pensarnos con las particularidades que nuestro territorio latinoamericano, Abya Yala, conlleva. La bioética, como disciplina, no ha sido ajena a este debate, y la exigencia de una bioética latinoamericana es siempre una conversación presente, un debate abierto.

Por este motivo es que en nuestra sección **Desde el acceso abierto**, compartimos un interesante artículo de Rodrigo Hernán García que se titula *La bioética en perspectiva latinoamericana*, donde el autor desarrolla con claridad una idea fuerte y que compartimos desde su enfoque ético-político: en tanto la bioética se ha ocupado de alterar las concepciones más profundas de concebir y alterar el cuerpo requiere crear una moralidad alternativa. Por eso, la Bioética es ahora un movimiento político (García, R: 2011). Es por eso que la enseñanza de la bioética se vuelve una herramienta fundamental para brindar a lxs profesionales, no sólo del ámbito de la medicina, herramientas que formen subjetividades más atentas a las necesidades, deseos y límites que todx Otro representa. “En la formación profesional, no sólo se brindará una perspectiva multifacética sino que sería una propuesta educativa para lograr un objetivo: la transformación social”, afirma el autor. Lo que es más, desde Latinoamérica:

Para lograr esto que algunos llaman utopía, será necesario considerar hechos como la distribución equitativa de la riqueza y el papel del Estado en las relaciones económicas de la sociedad (WENDHAUSEN: 2002).

En esta misma línea, quisiéramos con este último número, fortalecer la apuesta que da inicio a esta publicación: habilitar un espacio para que los equipos de investigación en salud regionales y las organizaciones de la comunidad, puedan expresar sus voces respecto de la salud, desde enfoques comunitarios.

En este número en particular, las **Becas SISNe ocupan un lugar fundamental**, ya que reúne tres experiencias locales en donde lxs protagonistas están en el primer plano de los planteos.

En orden cronológico, el equipo de salud integrado por Noelia Sandoval y Eloisa Mussat realizó la investigación *Representaciones sociales del pueblo mapuche acerca de la tarea que realizan lxs trabajadorxs de salud mental del Hospital Junín de los Andes. Neuquén. Año 2012*. El estudio llevado a cabo en la zona rural de la localidad de Junín del Andes, problematiza las representaciones de las comunidades mapuce respecto del área de salud mental y servicio social, con el fin de fortalecer el funcionamiento del sector psicosocial del Hospital Junín de los Andes. Un estudio de gran relevancia social, cuyo objetivo principal se basó en la necesidad de visibilizar las problemáticas de salud mental en las comunidades mapuche y aportar mejoras a su accesibilidad al sistema público de salud en general.

Por su parte, el artículo de María Pía Borghero, Noelia de la Hoz y María Luz Gamboa, intenta dar respuestas a los interrogantes que atraviesan las prácticas de salud frente a la maternidad y paternidad adolescente en la zona oeste de la provincia. Denominado *Caracterización del cuidado en relación al vínculo de apego de madres y padres adolescentes en situaciones complejas, con hijas e hijos menores de 24 meses de edad*, este proyecto remarca la importancia de las redes de contención comunitaria, y en especial el Centro de salud, en el fortalecimiento de los vínculos y las prácticas concretas de cuidado existentes. Asimismo, nos ofrece una mirada profunda y amable hacia lxs adolescentes que en condiciones de vulnerabilidad social asumen la responsabilidad de maternar y paternar.

Por último, el trabajo *Concreción de una unidad de trasplante renal para adultos en un hospital público de la Provincia de Neuquén, Argentina. Estudio de caso*, de Claudia López, Matías Dip y Oscar Escobar, registra aquellos factores que han presentado dificultades a nivel público local en la creación de la Unidad de Trasplante Renal (UTR). “Mejorar la posibilidad al trasplante para los pacientes con enfermedad renal crónica es clave dado que Neuquén presenta tasas elevadas de dicha enfermedad”, afirman lxs autorxs y éste es uno de los objetivos que guía la investigación.

En nuestra sección **Conversando comunitariamente**, el dispositivo *Tercera persona* nos comparte su experiencia en el barrio Confluencia, donde hace ya años un equipo interdisciplinario de profesionales de las ciencias sociales, artistas, artesanos y vecinos, se ocupan de disminuir los alcances de la violencia en la franja etaria de la niñez. Su objetivo, como nos comparten, es el de problematizar la criminalización y la medicalización de la niñez, con proyectos de bajar la edad de imputabilidad entre los más resonantes. En este número conoceremos esta experiencia, que, desde la autogestión y el amor al mundo y sus infancias se ofrece como un refugio de aprendizajes de distintas formas de compartir.

Finalmente, Marcela Olivero, nos comparte el informe de los últimos dos seminarios presenciales realizados en el marco del *Curso de Actualización en Bioética y Salud*

Colectiva, organizado desde la Dirección de Bioética e investigación. El 3er Seminario abordó el tema “Derechos sociales en salud: La tarea de lxs agentes sanitarios” mientras que en el 4to se trabajó en torno al tema “Suicidio: impacto en la comunidad, abordaje interinstitucional”. Senillosa y Junín de los Andes, respectivamente, fueron las localidades donde se realizaron estos cursos de actualización y en donde se abordaron temas sentidos a nuestras sociedades y que se van definiendo colectivamente.

Esperando que este número sea una buena lectura para el nuevo ciclo que inicia, deseamos poder encontrarnos en territorios y contextos más saludables para todxs. Será hasta nuestro próximo número.

Nadia Heredia y Andrea Macías



Sección Conversando comunitariamente

Salud mental: una experiencia de producción cultural Prácticas sociales desde un dispositivo ético-estético en el barrio Confluencia de la ciudad de Neuquén 2015-2019

Lic. Griselda T. Napal Queipo¹ y Lic. Maximiliano A. Reyes²

“Nuestra ética es la Revolución, nuestra estética la Vida: una-sola-cosa”

Roberto Bolaño (Nada Utópico nos es ajeno)

*“En la experiencia absurda el sufrimiento es individual. A partir del movimiento de rebelión,
tiene conciencia de ser colectivo; es la aventura de todos”*

Albert Camus (El hombre rebelde)

Introducción

En el presente escrito nos proponemos exponer algunas experiencias y elaboraciones del grupo *Tercera Persona*, en materia de prácticas sociales en el campo de la cultura y la salud mental. Lo que más nos interesa no es mostrar lo que hacemos, sino más bien cómo lo hacemos y desde dónde nos proponemos el accionar.

El grupo Tercera Persona funciona de forma autogestionada, y está integrado por profesionales de las ciencias sociales, artistas, artesanos y vecinos; con el objetivo de desarrollar, por un lado, prácticas sociales a través de proyectos en instituciones de barrios

¹ Licenciada en Psicología por la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid); Magister en Psicopedagogía (ITEAP); se formó en clínica con la Psicopedagoga Alicia Fernández. Se desempeña como psicóloga en el equipo de capacitación de la Coordinación del Consejo Provincial de Adultos Mayores de Neuquén. Actualmente cursa la Especialización en Psicogerontología de la Universidad de Maimónides. griseldanapal@hotmail.com

² Licenciado en Psicología por la Universidad de Flores, con formación y desempeño en el campo clínico y comunitario, con recientes estudios en Filosofía: Diplomatura en Filosofía de la Liberación en la Universidad Nacional de Jujuy, y cursando la Maestría en Filosofía de la Universidad Nacional de Quilmes. maxireyes123@hotmail.com

vulnerados de la ciudad de Neuquén; y por otro lado, impulsar una tarea investigativa orientada a la elaboración y producción de prácticas en el campo social.

Ahora bien, antes de exponer las experiencias que vamos a desarrollar es necesario contextualizar e introducir brevemente algunas líneas de acción que sustentan la labor.

Primeramente, cabe señalar, que lo que nos motivó a desarrollar el proyecto en el barrio Confluencia, fue la posibilidad de dar intervención a la problemática de violencia que atraviesa la comunidad, que en los últimos años ha sido noticia por el incremento de delitos y violencia social en su diversidad de formas, lo que se ha visto reflejado en demandas y denuncias de vecinos, profesionales de la salud y desde la comisaría del barrio.

Sin embargo, es importante resaltar que es un fenómeno que se ha ido construyendo durante décadas, y que la violencia social ha sido siempre el común denominador. Todo esto se desarrolla, en los últimos tiempos, en un contexto de debilitamiento de las instituciones sociales e incremento de la vulnerabilidad social.

Así, la violencia social emerge como un fenómeno de gran complejidad, atravesado por variables políticas, económicas, culturales y ambientales entre otras. De este modo se termina visibilizando una multiplicidad de tipos de violencias (social, de género, institucional, física, material, simbólica, expresiva, etc.). Ante este panorama tan amplio y diverso, lo que nos interesa es el abordaje de la violencia en la franja etaria de la niñez; quizá, motivados también, por la preocupación de los docentes de la Escuela n° 136.

Otro punto importante, es que nos interesa más las situaciones de violencias, que la búsqueda de definiciones de la violencia. Ya que nos permite trabajar y experimentar desde la realidad, y con las características propias del territorio.

Reconocemos, por un lado, el valor heterogéneo y plural de las violencias, tal como lo plantea la investigadora Carina Kaplan, para advertir la complejidad del fenómeno “en sus múltiples manifestaciones y significados” (Kaplan, 2006:16). Y por otro lado, también ponemos atención en los atravesamientos teóricos que conforman la epistemología con la que entramos en contacto con la realidad, al momento de observar y analizar tal fenómeno. Es por eso, que en este punto, aunque no lo vayamos a desarrollar, no podemos dejar de mencionar a autores como Silvia Bleichmar; Michel Foucault; Rita Segato; Pierre Bourdieu; Hanna Arendt; Frantz Fanon; Louis Althusser; por reflejar sólo algunos.

Entendemos que, en líneas generales, las violencias están compuestas por juegos de fuerzas que tienen como objetivo la destrucción del otro, la anulación de los distinto; expresado en una relación social de poder que resalta las figuras del par víctima-victimario,

donde se vulneran los derechos de otro-s desde la arbitrariedad que imponen los dominadores.

Con respecto a nuestro interés por las violencias en la niñez, nuestro propósito es problematizar las situaciones para desentrañar la complejidad de las violencias; porque que cada vez agarra más fuerza la perspectiva ideológica sobre la criminalización y la medicalización de la niñez, con proyectos de bajar la edad de imputabilidad entre los más resonantes.

Al contrario, consideramos que las violencias en la niñez, y especialmente en condiciones de vulnerabilidad social y de marginalidad, tienen un componente ético singular porque suponen una instancia de resistencia vital, en una lucha por sobrevivir en condiciones adversas. Se caracterizan por adquirir una forma física e instrumental, por momentos transformándose en respuestas automáticas y reflejas ante estímulos que resultan amenazantes; se manifiestan entonces, como una forma de expresión cargada de agresividad, malestar y angustia, a modo de única alternativa.

Así, un primer momento de la problematización es la hipótesis de la violencia ética de la niñez que, al reconocerla como un recurso de última instancia, descubrimos su condición de legitimidad, porque es justa la protección y recuperación de lo que es propio.

Un segundo momento, implica desarticular la idea de violencia como destrucción, con los niños como protagonistas, porque desde el punto de vista ético percibimos que sus acciones destructivas son respuestas menores ante la arbitrariedad de violencias más sofisticadas y de mayor alcance.

Y es en este punto que desde el dispositivo ofrecemos otros medios expresivos para el despliegue y transformación de esa fuerza vital, que aún resiste, sin perder la intensidad de la afirmación de la vida. Así, proponemos un proyecto que interviene antes que se apague ese impulso vital en la depresión absoluta o en el control de identidades asignadas (etiquetamientos y estigmas sociales).

Con respecto a las condiciones de los contextos vulnerados, el psicoanalista argentino Fernando Ulloa nos hace ver el efecto mortecino de las políticas que responden a un capitalismo salvaje, al reconocer que las condiciones de vida de la actualidad producen, lo que él ha denominado, una "cultura de la mortificación", sostenida por relaciones que atentan contra la vida de forma permanente.

Estas condiciones mortificantes producen y reproducen efectos masivos de pauperización, expresada en la instalación de contextos empobrecidos, desocupación, precarización laboral, el abuso de las violencias extremas, y la crueldad en las relaciones sociales. Esta cultura de la mortificación instalada no es ajena a la sociedad entera, pero en contextos sociales vulnerables y postergados adquieren una forma particular, por el efecto

del abandono del Estado, ya que esto genera situaciones con efectos de encerronas, donde no hay espacio de terceridad para la apelación, la denuncia y las intervenciones, ante situaciones de injusticia.

Las condiciones de mortificación ofrecen escenarios de crueldad que maltratan a los cuerpos, donde, por un lado, se termina arrasando con los aspectos subjetivos y afectivos; y por otro, se erosionan las condiciones objetivas del sustento alimenticio para afrontar el hambre; la falta de abrigo y reparo para soportar el rigor del frío y la intemperie; y el trato que en condiciones de crueldad se troca en maltrato y distrato.

El proyecto en el barrio Confluencia

El proyecto que desarrollamos, desde el año 2015, lo denominados “La transformación de lo siniestro en lo maravilloso”, aludiendo a una frase del psicoanalista Enrique Pichón Riviere que ha servido de guía en las prácticas grupales y comunitarias de salud mental en Argentina.

El accionar del dispositivo grupal de Tercera Persona, es un proceso de transformación que implica tres instancias de desarrollo; nos valemos de los aportes de los psicoanalistas Eduardo Pavlovsky y Hernán Keselmann para diagramar las acciones. Se parte de la aceptación de lo siniestro de la realidad cotidiana, siendo necesario no negar estar realidad, la escena de vivir familiarmente con lo infamiliar, de vivir en condiciones mortificantes. Luego se facilita y reconoce lo patético, como un tiempo de percepción de los afectos que atraviesan los cuerpos en situación; es la instancia de reconocimiento del malestar social inoculado en los propios cuerpos, de esas fuerzas que lo componen. Y la tercera instancia es lo lúdico, donde disponemos de un espacio en condiciones adecuadas para jugar y experimentar formas de expresiones grupales.

En este proceso de transformación que nos proponemos con las tres instancias, elegimos dos ejes de acción que atraviesan las prácticas del dispositivo. Por un lado, una acción ética a través de prácticas que ponen en juego la democracia participativa; y también, las prácticas que facilitan el advenimiento del sujeto ético con capacidad de autonomía y crítica, tales como las asambleas y los contratos de convivencia. Por otro lado, está la acción estética, por medio de la cual nos proponemos la apertura de la multiplicidad de las formas de expresión cultural (artísticas, recreativas, etc.); reconociendo el poder de liberación que tiene la estética como instrumento.(Boal, 2016:21)

Desde este dispositivo diagramado por tres instancias procesuales, y dos ejes transversalizantes, tal vez proponemos similares actividades que podría ofrecer otra institución o grupo, no obstante, lo que hacemos distinto es pensar las variables del encuadre grupal. Insistimos en la estrategia y las formas en las que se ejecutan las acciones, ya que nuestro objetivo es generar condiciones para la transformación de acuerdo

a la problematización de la realidad que puedan construir los grupos. Más aún, es en esta relación conveniente de problematización y transformación, que tomamos como valor y derecho a la libertad en dos de sus acepciones; por un lado la libertad de asociación en su sentido ético y por otro la libertad de expresión en su sentido estético, las cuales se van a ir intercambiando permanentemente a lo largo de los encuentros sin caer en rituales inmodificables.

Consideramos que no hay que cambiar la realidad por otra, sino que hay que partir de la misma realidad, y que el compromiso poético de la tarea está en transformar el malestar que se instala y se hace cultura, para ofrecer alternativas posibles. Al decir de Boal, sería descubrir el mundo, descubriendo su mundo.

A continuación vamos a mostrar tres experiencias que visibilizan los lineamientos de las prácticas de Tercera Persona en tres instituciones distintas. En primer lugar, la experiencia grupal con estudiantes y docentes de la escuela primaria n°136 “Doña Teresa Coronado”; en segundo lugar, el proyecto de fotografía estenopeica en la biblioteca popular “Rodolfo Walsh”; y por último, el taller de cine y juegos en el centro de promoción de derechos (CPD) del barrio.

Tres experiencias desde un dispositivo grupal ético-estético

La primera experiencia es la que se desarrolló en la Escuela primaria n°136, con estudiantes del tercer ciclo, a través de un dispositivo articulado sobre dos ejes fundamentales:

Un primer eje, que denominamos ético, tiene como pilar fundamental la posibilidad de recuperar y revalorizar la palabra, dando lugar a las voces de cada sujeto dentro del grupo, a través del desarrollo de prácticas de democracia participativa, tales como el contrato de convivencia y las asambleas.

Una de las actividades destacadas es la construcción grupal del contrato de convivencia, donde intervenimos cada uno, entre ellos los niños, los profesores y los operadores, en calidad de “numerosidad social”, tal como lo plantea Ulloa cuando dice que “cuentan tantos sujetos como sujetos cuentan”. Nos permite adquirir y distribuir la responsabilidad de acciones de manera conjunta, entre consensos y disensos; así, amparados en los aportes de Silvia Bleichmar proponemos la “construcción de legalidad” como una alternativa a la “puesta de límites”, proponiendo la participación del otro como responsable y compañero, como sujeto de experiencia, sin relegarlo a la posición dócil de la obediencia.

A modo de resultado se plasma por escrito el contrato, donde se contextualizan en espacio y tiempo las actividades, los objetivos, y las normas que establecemos como grupo;

con la posibilidad de ser transformado cuantas veces el grupo lo decida. Se trata de una manera participativa de pensar la propia realidad y de desarrollar auto-nomía.

Otra de las actividades a distinguir es la asamblea participativa, que resulta fundante de las actividades, porque organiza y sostiene el resto de las acciones del dispositivo. Es por un lado, la condición principal para la construcción del contrato de convivencia porque garantiza el encuadre del intercambio de voces, gestos y experiencias. Y por otro lado, sirve para plantear problemáticas grupales y abordar los conflictos, como un recinto que garantiza la participación de los que cuentan, en el sentido que proponemos de dar lugar a la numerosidad social. Dentro de esta misma línea se utiliza la asamblea como encuentro de aprendizaje colectivo, donde, a través de efectos de resonancias que ponen en juego las consonancias y disonancias, se buscan puntos de encuentro tanto para la resolución de conflictos, como para la construcción de saber grupal a través de un pensamiento que aparece cargado de afectividad.

En efecto, lo que buscamos es poner en juego e incluirnos en el ejercicio del pensamiento crítico-reflexivo y la conciencia de pertenencia dentro de la Comunidad, designando la propia realidad para estar en mejores condiciones de transformarla desde adentro.

El segundo eje es el estético, y se conforma a modo de soporte para el despliegue del proceso creador grupal. Nos esforzamos en facilitar la experimentación con distintos modos de expresión, donde recurrimos a las artes escénicas (juegos teatrales, títeres); las visuales y plásticas (pintura, dibujos, proyección de cine, fotografía); los juegos y recreación (juegos reglados, juegos libres, juegos participativos); literatura y escritura (lectura de cuentos; escritura de cartas y poemas); y los medios de comunicación (radio).

A partir de estos medios nos proponemos diversificar y multiplicar los modos de expresión como experiencias de transformación subjetiva, sabiendo que se parte de la posibilidad de hospedar al malestar con el que conviven y convivimos. Al decir de Pavolvsky y Kesselmann, es el acto de aceptar el texto escrito; para generar otras instancias dentro del dispositivo que permitan reconocer los afectos e imágenes que atraviesan a los cuerpos en esas condiciones, y así ofrecer escenarios de juegos de relaciones que permitan conocer otras experiencias y medios de expresar-se, para producir un texto dramático con efectos de resonancias, apuntando a la producción cultural colectiva.

Con esto, seguimos ese proceso que señala Fernando Ulloa de trocar la posición de hechura (tiende a reproducir la realidad en sus condiciones mortificantes) en la que se encuentran relegados, por una posición de estar hacedores (posee otras herramientas y pensamiento crítico que le permite transformar la realidad), que sean capaces de hacer algo con el malestar que se les instala. (Ulloa, 2004: 12)

Podemos mencionar dos experiencias que reflejan la producción de estas actividades estéticas. En primer lugar, la realización de un programa de radio, que se desarrolló en conjunto con la Fundación Tribu Salvaje. El mismo fue grabado, editado y emitido al aire a través de Radio Navegante, una radio local comunitaria de la zona. En el programa los niños dieron cuenta del proceso transitado en los talleres, describieron las experiencias vividas y las producciones culturales que pudieron desarrollar, así como la significación que tuvo para ellos. También presentaron entrevistas que ellos mismos llevaron adelante, radioteatro, y música, seleccionando contenidos, estilos periodísticos e incluso ficcionando cortinas publicitarias. La experiencia de oír sus voces en la radio fue muy emocionante y subjetivante, ante la novedad de reconocerse entrevistando, recitando o cantando ante otros. Esto resulta significativo si tomamos en cuenta que muchos de ellos viven en condiciones de hacinamiento, donde les resulta difícil escuchar a otros y encontrar lugar para la propia voz.

En segundo lugar, a través de un análisis grupal de la utilidad del recurso de la carta, abordamos desde las cartas de amor hasta las cartas abiertas, y las formas más actuales de mensajes digitales. Los estudiantes elaboraron distintas producciones de cartas, mostrando lo que querían transmitir sobre lo que sentían y pensaban, con destinatarios que iban desde familiares, a docentes y a amigos. Algunos escribían cartas para sus familiares que viven en Bolivia, Chile, y provincias del norte de Argentina.

La segunda experiencia es la de la “Biblioteca Popular Rodolfo Walsh”, donde desarrollamos el taller de fotografía estenopeica con niños que asistían al espacio, en colaboración con el grupo “Son Miradas”. En un primer momento conocieron el sistema de funcionamiento de la técnica para posteriormente realizar sus propias fotografías (paisaje natural, y armado de escenarios) y revelados.

Se conoce como estenopeica a la técnica mediante la cual se obtienen fotografías y negativos sin prácticamente nada de equipo fotográfico. Se realiza con una cámara estenopeica (caja negra), dotada de una película fotográfica (papel fotosensible) en el interior, y una lámina (papel aluminio) con un agujero del grosor de una aguja. A este agujero se le denomina estenopo y da nombre a la técnica; que al ser expuesta a la luz en un tiempo determinado, con el material sensible en su interior, genera la imagen fotográfica. La última etapa del proceso es la obtención del revelado del material en el cuarto oscuro.

Esta técnica no sólo revela imágenes fotográficas, sino que les permite entender, lo que un principio les parecía magia, el proceso por el cual un material sensible puede impregnarse de una imagen externa por medio de la luz, y revelarse en la oscuridad. En efecto, este proceso les permite experimentar cómo los propios cuerpos sensibles, de cada uno, también quedan de alguna manera impregnados, al estar afectados por el ambiente que los rodea.

Así pues, este proceso estenopecico nos muestra de alguna manera la relación respecto de que los ambientes que están ofendidos en su estética, es porque antes han sido agraviados en su ética; brindando así, una cierta correspondencia entre el malestar subjetivo y los contextos vulnerados, de modo que, los sujetos que padecen la cultura mortificante quedan relegados a una mera hechura del malestar, con la operación de reproducir el entramado de crueldad que caracteriza a esta cultura vulnerada y marginada.

La última experiencia que mostraremos son las actividades que desplegamos en el Centro de Promoción de Derechos, que consiste en el desarrollo de talleres socio-culturales.

Coincidimos con Fernando Ulloa que para la constitución del sujeto ético tienen que darse tres condiciones que van a ser determinantes para tal advenimiento, por eso tratamos de garantizar las siguientes condiciones en la ejecución de los encuentros grupales, que sustentan la intervención en su encuadre.

Primero, la posibilidad del sustento alimenticio para contrarrestar el flagelo del hambre, en el ofrecimiento del refrigerio que se proporciona en el inicio del espacio de taller; ésto va a ser esencial, no sólo como un momento donde compartir las experiencias y vivencias del grupo, sino también para poder cubrir la necesidad de alimento que en ocasiones se encuentra insatisfecha. Segundo, el abrigo y reparo para enfrentar los rigores de la intemperie, viene dado por la posibilidad de ser alojados en un espacio donde se asegure la integridad y seguridad de los integrantes. Y tercero, se promueven las condiciones donde el buen trato garantice escenarios de ternura, para que funcione como un principio básico que contrarreste el maltrato y las prácticas de crueldad propias de la cultura de la mortificación. Favorecer el buen trato, es la puerta de entrada al tratamiento, es desde ahí que deriva la posibilidad de un buen tratamiento, desde el simple gesto de ternura.

Las tres condiciones, figuradas en la triada alimento-abrigo-abrazo, son determinantes para que advenga el sujeto ético-crítico en cada uno de los que participamos, pero la que es transversal y está al alcance de garantizar las otras dos condiciones es el buen trato, es lo que permite mitigar las dificultades y esfuerzos en ofrecer las condiciones del alimento y abrigo; así es como, se procura garantizar la protección de la vida y propiciar espacios de intimidad para el cuidado recíproco, haciendo retroceder lo intimidatorio de las prácticas de crueldad. Y es en estos espacios, que los niñxs al sentirse en protección, logran exponer sus experiencias personales, y de alguna manera se dan cuenta de que comparten experiencias y situaciones con condiciones que no son ajenas al resto. De esta forma, si el malestar puede ser compartido grupalmente y reconocido por el otro, se torna más liviano.

Una escena para mostrar es la situación de refrigerio, que siempre se le ofrece al inicio de las actividades, y algún refuerzo al concluir, es el espacio donde se les ofrece la posibilidad de elegir lo que quieren tomar y comer. En la medida de lo posible, se les ofrece té, mate cocido, leche, y siempre una variedad de cosas para comer, pan con manteca, dulce de membrillo, galletitas o facturas. En uno de estos encuentros charlamos sobre los lugares que conocemos y de dónde venimos; la mayoría habían nacido y eran descendientes de migrantes bolivianos. Nos encontramos con la situación de que, funcionando mecanismos de vergüenza y de olvido, no lograban recordaban los nombres y detalles de los lugares de origen; a partir de la circulación de la palabra y la evocación de imágenes de a poco fueron asociando recuerdos, comidas, geografías, historias, monumentos, pero no los nombres de las ciudades. Posteriormente se trabajó y dio lugar a todo este material, apuntando a la riqueza de las experiencias y la reivindicación de los propios orígenes y trayectorias.

Conclusiones

Para concluir vamos a plantear una crítica hacia los propios obstáculos, ya que las dificultades externas son bastante compartidas por otras instituciones, tales como las dificultades de financiamiento, de colaboración, de recursos, falta de espacio, entre otros.

Respecto de los propios obstáculos nos encontramos con dos dificultades; por un lado, las limitaciones del propio saber de las ciencias que imperan en la salud mental y en la propia formación de los integrantes del grupo. Y por otro lado, las dificultades de encontrar y asumir un sentido político en las acciones grupales que llevamos adelante.

En la línea del primer obstáculo, coincidimos con la investigadora Suely Rolnik, en su crítica certera a la Psicología, ya que la considera un dispositivo colonial-capitalístico, al atribuirle que como saber surge en el “centro de los imperios coloniales y patriarcales europeos”, donde “nació históricamente como una narrativa y una técnica que legitimaba y naturalizaba los modos dominantes de subjetivación” (Rolnik, 2019:13). Por nuestra parte consideramos que un paradigma de salud mental centrado en la patologización y medicalización, es funcional a los intereses dominantes, que responden a parámetros globales, y que es una herramienta más de control, sumisión, y performatividad en los modelos colonial-capitalísticos que buscan la proxenetización de la vida, y cuando no logran este objetivo, siempre les queda el arcaico recurso del aniquilamiento y destrucción de la vida.

Y como alternativa a esta problemática nos esforzamos en romper lo establecido e instituido, replanteando permanentemente el dispositivo de acción, para adecuarlo a las exigencias de lo que se presenta. Así, estamos convencidos que hay que nutrirse de otros saberes y afectos, franquear los límites de las disciplinas científicas para lograr el encuentro

con “lo otro”, con eso que se presenta distinto, inaccesible e incierto. Por eso, más que desarrollar sabidurías, estamos dispuestos a transformar el campo de acción en un espacio de relaciones de aprendizaje recíproco, en donde todos los actores sociales se encuentren comprometidos.

Es en este encuentro de aprendizajes, en el que se convierten las intervenciones en salud mental, que consideramos necesario valernos de la base de la liberación pedagógica, propuesta por Enrique Dussel, para resaltar la relevancia de la relación de proximidad entre las generaciones, figurado en la imagen fundante de la proximidad pezón-boca como gesto de ternura y camino de alteridad. Porque es en esta proximidad donde se gesta un otro distinto y no opuesto (amenazante), trazados por el respeto y el silencio ante la novedad, curiosidad por lo que viene, ante la tarea de armonizar diferencias y lograr conciencia crítica que transforme.

Y a modo de complementariedad de esta pedagógica de la liberación, se nos hace indispensable recurrir al concepto de interculturalidad crítica que trabaja Catherine Walsh, donde va más allá de la simple interrelación con la otredad o alteridad, para cuestionar una realidad dada, para diseñar un espacio-tiempo “otro” capaz de integrar la diferencia, y no expulsarla ni aniquilarla. Esta noción permite incluir “otros” para aprender y aprehender, diversificar y pluriversal, alojar territorios capaces de transterritorializar los cuerpos.

En efecto, la tarea en salud mental se convierte en una producción inter-cultural crítica, desde una pedagógica liberadora que busca descolonizar prácticas e inconscientes, tal como lo sugiere la brasileña Rolnik, para alojar lo nuevo que aparece en el encuentro.

Con respecto al obstáculo relacionado con la búsqueda del sentido político de nuestras acciones, estamos convencidos, en primer lugar, de que nuestras prácticas se encuentran diagramadas en una perspectiva micropolítica, en el sentido esquizoanalítico, donde no hay subjetividades acabadas en representaciones sino siempre en proceso de producción. Es en esta perspectiva que adquiere relevancia la dimensión molecular de existencia, y pone en una “puesta de autogestión” (Guattari: 28) la reapropiación del propio cuerpo, de la propia percepción, sensibilidad, y sensualidad, tal como lo hemos venido desarrollando en nuestras acciones.

Por otro lado, consideramos atinado, en estos tiempos más que nunca, mantener viva la memoria del primer ministro de salud argentino el Dr. Ramón Carrillo, que abogaba por una salud en términos políticos, no como fin en sí misma, sino como condición social de la vida plena. Entre sus premisas salientes no podemos dejar de destacar la determinación de las políticas sociales en materia de políticas sanitarias, adecuando el sistema de salud al principio de justicia social.

En fin, para terminar, también convenimos en su idea sobre, que, de nada sirve el avance científico “si este no puede llegar al pueblo por los dispositivos adecuados”

(Alzugaray, 1988: 70). Por último, consideramos que encontrar el sentido político de nuestras acciones nos va a permitir que estas prácticas tengan resonancias multiplicadoras, y no terminen siendo gritos perdidos en la inmensidad del desierto.

Referencias bibliográficas

- ALZUGARAY, R.A. (1988). Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional/1. Centro Editor de América Latina, Bs As.
- BOAL, A. (2016). La estética del oprimido. Reflexiones errantes sobre el pensamiento desde el punto de vista estético y no científico. Ed. Interzona, Bs As.
- DUSSEL, E. (2011). Filosofía de la Liberación. Ed. FCE, México.
- GUATTARI. Deseo y revolución. Diálogo con Paolo Bertetto y Franco Berardi Bifo-1977. Ed. Lobo suelto.
- KAPLAN, K. (Dir.) (2006). Violencias en plural. Sociología de las violencias en la escuela. Ed. Miño y Dávila, Bs As.
- PAVLOVSKY, E.; y KESSELMANN, H. (2006). La multiplicación dramática. Ed. Atuel, Bs As.
- ROLNIK, S. (2019). Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente. Tinta Limón, Bs As.
- ULLOA, F. (2003). Escenarios de la ternura: resonancias en la educación maternal. Ciclo de conferencias. Proyecto fortalecimiento de la tarea educativa en instituciones maternas. CePA y Ministerio de Educación Gobierno de la ciudad, Bs As. [Versión electrónica]. Disponible en:
<https://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/cepa/ulloa.pdf>
- ULLOA, F. Prólogo a la segunda edición. En BAUMGART, A. [et. al.].(2004). Lecciones Introdutorias de Psicopatología. Eudeba, Bs As.
- ULLOA, F. (2011). Salud elemental. Con toda la mar detrás. Ed. Libros del zorzal, Bs As.
- WALSH, C. (2014). "Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial". En: MIGNOLO, W. (Comp.) Interculturalidad, descolonización del estado y del conocimiento. Ed. Del Signo, Bs As.



Desde acceso abierto

LA BIOÉTICA EN PERSPECTIVA LATINOAMERICANA³

BIOETHICS IN LATIN AMERICAN PERSPECTIVE, ITS RELATION TO HUMAN RIGHTS AND SOCIAL AWARENESS TRAINING OF FUTURE PROFESSIONALS

Rodrigo Hernán García⁴

Resumen

A través del artículo se presenta el reduccionismo del que la disciplina de la Bioética ha sido objeto. Es por esta razón y para contribuir a vislumbrar el magnífico campo objeto de ella, que se hace mención de su carácter holístico y general. Aspectos de estudio intrínsecos desde su mismo fundador, y hoy insustituibles por la crisis generada por la intervención negativa del ser humano y por su negligencia en la ejecución de soluciones. Así mismo, y como un aporte fundamental al tema en cuestión, se presenta el objeto de estudio de la Bioética en Latinoamérica, con su desarrollo, su campo y su objeto de estudio propio. Se da paso entonces a la simbiosis o relación estrecha que tiene la Bioética con los Derechos Humanos, representada de una manera particular en La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la UNESCO y, de donde se puede inferir uno de los aspectos fundamentales objeto de estudio de la Bioética latinoamericana como es la parte social. Finalmente, se da paso al interesante y necesario aspecto de la enseñanza de la Bioética en los futuros profesionales como un aporte de la función y proyección social de la universidad.

³ Artículo publicado en: Revista Latinoamericana De Bioética, (2012). 12(23), 44-51.
<https://doi.org/10.18359/rbi.959>

⁴ El siguiente es fruto o extensión de mi trabajo investigativo de grado para maestría titulado: *Percepción de la formación bioética en el ámbito de la formación integral en el nivel de pregrado de la Universidad de San Buenaventura Cartagena.*

Magíster en Educación. Especialista en Familia. Licenciado en Teología y Filosofía. Docente investigador del CIDEH de la Universidad San Buenaventura Cartagena. Coordinador y Fundador del Congreso Internacional de Bioética Universidad San Buenaventura Colombia.
Email: rgarcia@usbctg.edu.co; rodgar1108@yahoo.com

Palabras Clave

Social, Derechos Humanos, Enseñanza, Bioética, UNESCO.

SUMMARY

Throughout the article the reductionism that discipline of bioethics has been. For this reason and to contribute to glimpse the object of her magnificent course that mentions its holistic and comprehensive. Intrinsic aspects of study from its founder, and now irreplaceable for the crisis caused by the negative intervention of human beings and for their negligence in implementing solutions. Also, as a fundamental contribution to the subject matter, we present the object of study of bioethics in Latin America, with its development, field and object of study. It then leads to symbiosis or close relationship has bioethics to Human Rights, represented in a particular way in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights adopted by UNESCO, and from which we can infer fundamental aspect object study of Latin American bioethics as is the social part. Eventually leads to the interesting aspect of bioethics education of future professionals as a contribution to the social function of the university.

Keywords

Social, Human Rights, Education, Bioethics, UNESCO.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende realizar una reflexión acerca del reduccionismo del que ha sido objeto la Bioética, se intenta mostrar su intención inicial, su carácter holístico e interdisciplinar y, sobre todo, su función social. Como algo vital para la humanidad, en el año 2005, se dio a conocer la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, allí se nos habla sobre Educación, formación e información en materia de Bioética, en estas palabras: “para ver los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y la formación relativas a la Bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la Bioética”.

Para esto se hace necesaria y fundamental la construcción de los conocimientos de la Bioética en los futuros profesionales, para que rijan su ejercicio de acuerdo a los principios

de Solidaridad y Justicia. Si no se habla de una adecuada distribución de la riqueza, el respeto y acceso de la población a los Derechos Humanos fundamentales como el trabajo, la vivienda, la salud y la educación, el discurso bioético tal y como se comunica en los países periféricos puede resultar árido y carente de sentido.

PERSPECTIVAS DE LA BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA.

Quienes se dedican al estudio de la Bioética en Latinoamérica, tienen la obligación de preocuparse, como hombres y como profesionales, por las condiciones miserables en las que tendrán que sobrevivir las futuras generaciones. Es lamentable que a lo largo de cuarenta años o más, la Bioética de los países de la órbita hegemónica norteamericana, haya experimentado un reduccionismo, que le ha confinado a las dimensiones estrechas de una ética aplicada. La Bioética es más que un principalismo puro o deontología pura que orientan el trabajo diario del médico con los dilemas que se presentan o las relaciones interprofesionales. Debemos, por tanto, volver a las fuentes primigenias expuestas por Potter para practicar y difundir la Bioética con una visión holística y como una propuesta abarcante, en la que se integren la naturaleza y los seres vivos que viven un determinado momento histórico y sobre todo por los seres que vendrán. Desde esta perspectiva, la Bioética requiere una decisión política a nivel global y de largo alcance.

Si bien es cierto que la Bioética es un movimiento básicamente norteamericano, también lo es que allí encontramos un contexto, una cultura diferente a la nuestra y como lo dice Gracia, sus planteamientos son difícilmente trasplantables sin modificaciones a otros países, aún en el caso de condiciones económicas, sociales y culturales muy semejantes a las norteamericanas, como sucede en el caso de Europa, en general, y de la Europa latina o mediterránea, en particular (GRACIA: 2000, 22).

A esto se suma que los problemas bioéticos y la sensibilidad Bioética de la sociedad latinoamericana actual son muy distintas, según el nivel que se analice. Al respecto, las clases burguesas reciben una asistencia médica de tipo occidental, similar a la de los otros países del Primer Mundo, y se plantean los mismos problemas morales que hoy preocupan allí: la Autonomía de los pacientes, el Consentimiento Informado, el Rechazo del paternalismo, los Problemas de reproducción asistida, el Diagnóstico prenatal y trasplantes de órganos, entre otros. Analizada la Bioética latinoamericana en este nivel, podría decirse que es similar a la que se realiza en cualquier otro lugar del mundo. Pero si se enfocan los problemas de la Bioética desde la perspectiva de las personas menesterosas, que en estos países son la mayoría de la población, entonces, se advierte que en su mayoría carecen de sentido (GRACIA: 2000, 34).

El problema del consentimiento informado deja de ser relevante cuando se vive en situación de gran penuria y se tiene como problema primario y cotidiano el de la

alimentación y hasta el de la subsistencia. A este entorno social no llega la medicina de primer nivel, que es la que ha provocado el desarrollo de la Bioética en los países del Primer Mundo. Aquí los problemas prioritarios no tienen que ver con el principio ético de Autonomía, sino con los principios de Justicia y No maleficencia.

A la etapa de asimilación de la Bioética siguió la etapa crítica de recepción en América Latina. La Bioética surgió como resultado de cambios de gran envergadura en la comprensión de la condición humana y en nuestra capacidad aumentada de transformar el cuerpo. Desde sus comienzos, el camino latinoamericano a la Bioética ha sido una búsqueda del ser humano, en el sentido de una búsqueda de base en la antropología filosófica, centrada en la nueva capacidad de alterar el cuerpo y de crear una moralidad alternativa. Por eso, la Bioética es ahora un movimiento político o de reforma social más que una disciplina académica restringida al dominio de los cuidados médicos.

En la Bioética latinoamericana los principios de Solidaridad y Justicia desempeñan el papel central que tiene la Autonomía en la Bioética norteamericana. Así, las políticas sanitarias latinoamericanas incluyen el acceso universal a los cuidados médicos y acentúan la justicia y la equidad distributivas en la asignación de los recursos de salud. Se plantea así, que los principios del Informe Belmont no serían válidos para contemplar la totalidad de los conflictos éticos que emergen de la investigación científica, particularmente en contextos seriamente atravesados por problemas de justicia como es el caso de América Latina, donde existen graves violaciones a los Derechos Humanos.

Por otra parte, el desarrollo científico y tecnológico era escaso por falta de recursos humanos y financieros. Trasplantar una Bioética ocupada en humanizar la biotecnología avanzada e inspirada en una ética anglosajona a países poco desarrollados tecnológicamente y culturalmente, influenciados fuertemente por la moral católica, con una tradición médica hipocrática y paternalista, no podía menos que encontrar ciertas dificultades, como el poco interés en su comienzo, su utilización, aplicación y desconocimiento.

La Bioética americana se basa en parte en su análisis ético de los principios éticos básicos que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Este acuerdo general alcanzado por *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, en 1979, declara como los principios más relevantes de la cultura americana para la ética de la experimentación los siguientes: Los principios de respeto a las personas, el que reconoce la Autonomía, tanto de las personas que la poseen, como en aquellos en las que se ve disminuida de Beneficencia y de Justicia. Este modelo propuesto ha tenido una gran difusión en la Bioética para el análisis de casos y su aplicación en la práctica clínica especialmente por la publicación del modelo propuesto por Beauchamp y Childress para resolver los conflictos y los límites éticos. (Spagnolo, A. 1994). En cambio la Declaración

Universal sobre Bioética y Derechos Humanos tiene catorce principios. Los bioeticistas latinoamericanos, tratan de incluir otros temas como la Responsabilidad, la Solidaridad que son temas nuestros, temas latinos y la Dignidad humana, que algunos critican pues dicen que no se puede medir la dignidad humana. Nosotros los latinos no necesitamos medir y definir la dignidad humana sino que esto es parte de nuestro oxígeno de todos los días, es una cosa cultural.

Hay teóricos latinoamericanos que incluyen otros temas al objeto de la Bioética Latinoamérica como es el caso de Volney Garrafa (1999, 263- 269) quien argumenta que hay otros temas que él llama las cuatro :P; de una Bioética responsable para el siglo XXI: Protección de los vulnerables, Prevención de las enfermedades, Precaución frente a los posibles daños indeseables y Prudencia frente a cuestiones no totalmente conocidas en temas como transgénicos y tantos otros. Estos temas mencionados no están dentro de la agenda de la Bioética tradicional y son temas que hemos empezado a construir aquí en Latinoamérica. Así que yo creo que en la Declaración Universal además de todos esos temas, la UNESCO tuvo el coraje y la disposición para sugerir a los países miembros de Naciones Unidas que incluyeran la temática de Bioética a nivel educacional en primero, segundo y tercer grado.

BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS (DDHH)

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos fue aprobada por unanimidad por los 191 países componentes de la organización el 19 de octubre de 2005, durante la Conferencia General de la UNESCO realizada en París, Francia. Con sus 28 artículos, que incluyen las modificaciones solicitadas, constituye un instrumento en el que se percibe el compromiso con las poblaciones vulnerables y los derechos humanos.

En el año 2005, por primera vez en la historia de la Bioética, la Conferencia General de la UNESCO aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, allí los Estados Miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional a respetar y aplicar los principios fundamentales de la Bioética reunidos en un único texto.

Esto tiene mayor eco e importancia aún más cuando existen teóricos y posiciones como la de Hottois (2007, 60) quien dice que tal y como son formulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, estos derechos tienen sus raíces en el consenso de los declarantes, no en los fundamentos metafísicos o teológicos sobre los cuales no existe un acuerdo universal, pues no hay un fundamento universal ni unívoco (Dios, naturaleza, Espíritu, Razón...) sobre el cual todos -protestantes, agnósticos, católicos, judíos, ateos, musulmanes y demás puedan entenderse-. Cada quien es libre de fundamentar o de no fundamentar, contentándose, por ejemplo, con el consenso

pragmático, los Derechos Humanos o según su conciencia, su cultura, su comunidad y su tradición.

Al abordar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano, la Declaración, como se infiere del propio título, fundamenta los principios en ella consagrados en las normas que rigen el respeto de la Dignidad de la persona, los Derechos Humanos y las Libertades fundamentales. Por el hecho de inscribir la Bioética en los Derechos Humanos internacionales y de garantizar el respeto por la vida de las personas, la Declaración reconoce la interrelación existente entre la ética y los Derechos Humanos en el terreno concreto de la Bioética.

Junto con la Declaración, la Conferencia General de la UNESCO aprobó una resolución en la que instaba a los Estados Miembros a hacer todo lo posible para poner en práctica los principios enunciados en la Declaración e invita a adoptar las medidas apropiadas para velar por la aplicación del texto, lo que comprende darle una difusión lo más amplia posible.

La Declaración de la UNESCO, de alguna forma recupera la visión original de Potter, al considerar la Bioética no sólo como una ética aplicada a la vida, sino al entenderla como una nueva herramienta que los países disponen para la consolidación de los Derechos Humanos, de responsabilidad, el consentimiento informado, así como la ciudadanía y de la democracia (POTTER: 2008).

Al respecto, uno de los estudiosos del tema, Volney Garrafa (GARRAFA: 2008) nos dice que: los Derechos Humanos son la tela de fondo de la Bioética, es el gran tema. Algunos investigadores después de la Declaración de la UNESCO hicieron críticas ya que la UNESCO relacionó Derechos Humanos con la Bioética, al decir que Derechos Humanos es un tema más occidental. Sin embargo, cuando las Naciones Unidas adoptaron, en 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos nadie sabía lo que eran los Derechos Humanos o dignidad humana, por ejemplo, y hoy, en cambio, estos términos son conocidos por todos, son concretos”.

Yo creo que los Derechos Humanos de los ciudadanos, de los pueblos y de las sociedades están profundamente involucrados con la Bioética, que es la ética de la calidad de la vida, a partir de los conflictos pequeños que ocurren entre los ciudadanos, hasta grandes temas como el nacer, el vivir y el morir. En mi opinión, la UNESCO al vincular ambas temáticas, llegó al blanco y perfiló adecuadamente la agenda de la Bioética del siglo XXI. Una agenda que, en general, se asociaba más a términos biomédicos y biotecnológicos, y que gracias a la UNESCO, incorpora cuestiones sociales, ambientales y sanitarias. Me parece que esto forma parte de un rol más grande en donde los Derechos Humanos sirven como tela de fondo para el desarrollo de estas cuestiones.

La manera como es abordada la Bioética es signo de la orientación que se pretende dar a esta temática a nivel mundial, muy en consonancia con lo que se discute en ámbitos académicos. Se es consciente de lo que está en juego: ya no nada más lo relacionado con la tradicional ética médica, sino también el sentido de la vida humana misma en las fronteras en las que se encuentra la ingeniería genética en este mundo globalizado, es lo que permite hablar del futuro de la naturaleza humana. Abordar los principios de Dignidad humana, de Libertad, de Justicia y de Derechos Humanos. Es asumir el marco de los clásicos principios de la Bioética: Beneficencia y No maleficencia.

La Declaración de la UNESCO amplía el marco de los principios clásicos de la Bioética, al abordar principios ineludibles para los seres humanos como: Solidaridad, Equidad, Cooperación y el de Responsabilidad para con la biosfera. Y todos los que de ellos se derivan como: primacía de la persona, no discriminación, la autonomía y la la obligación de compartir equitativamente los recursos. Todo lo anterior exige una educación en Bioética en todos los niveles, entrenamiento en el tema e información adecuada y un llamado a la solidaridad y a la cooperación nacional e internacional. Esto contribuirá decisivamente a frenar las posiciones que quieren reducir la Bioética, simplemente a un saber de expertos, el de los llamados bioeticistas, a una serie de regulaciones, de códigos y de procedimientos de comités de Bioética.

EL PROBLEMA DE LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA

Uno de los aspectos fundamentales es que la Bioética no es cosa de la disciplina médica solamente, ni se circunscribe únicamente al ambiente hospitalario, sino que es multidisciplinaria. Si bien los pilares en los que se fundamentó en su inicio fueron la medicina y la filosofía, hoy se sabe que se necesita de otros saberes disciplinares para poder reflexionar crítica y constructivamente sobre la persona inmersa en un contexto cultural propio, con singularidades, con modos de vida, con distintas problemáticas, que no son solamente dilemas éticos.

La enseñanza de la Bioética fuera del contexto hospitalario, incluye a todos aquellos estudiantes y profesionales quienes no sólo tienen alguna relación con el sector salud; hace alusión a una gama muy amplia de ellos, ya que no se trata sólo de profesionales específicos del área, sino de todos los que de una u otra manera se relacionan con la salud, como son el ambiente, la economía y la política, entre muchos, que brindan la posibilidad de una intervención holística y toman en cuenta los determinantes de la salud (OMS: 2006) y permiten finalmente romper paradigmas de desigualdad y un manejo diferente de las estructuras de poder que se dan siempre en el sector salud.

En la formación profesional, no sólo se brindará una perspectiva multifacética sino que sería una propuesta educativa para lograr un objetivo: la transformación social. No basta con afirmar que deseamos una sociedad más justa, donde se respeten los derechos del ser humano y que todos tengan igualdad de oportunidades. Para lograr esto que algunos llaman :utopía, será necesario considerar hechos como la distribución equitativa de la riqueza y el papel del Estado en las relaciones económicas de la sociedad (WENDHAUSEN: 2002).

En la Bioética latinoamericana los principios de Solidaridad y Justicia desempeñan el papel central que tiene la Autonomía en la Bioética norteamericana. Así, las políticas sanitarias latinoamericanas incluyen el acceso universal a los cuidados médicos y acentúan la justicia y la equidad distributivas en la asignación de los recursos de salud.

La Bioética, tal y como la formuló Potter (POTTER: 1971), asume el carácter de un principio ideológico que se apoya en la conciencia del individuo y le permite transformar la sociedad en la que se desenvuelve, no sólo en sus relaciones humanas, enfermero o enfermera persona, sino en la perspectiva de su responsabilidad con el medio ambiente y, por tanto, con el futuro del planeta.

Al hablar de conciencia, estamos hablando de los valores que habrán de determinar la conducta del individuo, por tanto, de la ética. Es la conciencia bioética la que le permite plantearse las transformaciones para llegar a la :utopía; social. De tal manera que, asumir consecuentemente esta forma de conciencia, implica un compromiso de transformación social. Si esto es cierto, la primera tarea que se debe afrontar es la educación, y su objetivo será la formación de una conciencia bioética, que conlleve a una transformación social, en palabras de Marmot, (2006, 32), “o se transforma la sociedad o se peca víctima de sus desigualdades”.

Este proceso es palpable en nuestra América Latina y, en general, en el Tercer Mundo. Por tanto, es obvio que las universidades deben ser un centro fundamental de la Bioética, no sólo garantizar profesionales que rijan su ejercicio de acuerdo a estos principios, sino también que serán los diseminadores de la brasa de cambio en campos y ciudades de nuestra América Latina.

El discurso Bioético tal y como se dio en los países centrales puede resultar árido en los países periféricos, si no hablamos de una adecuada distribución de la riqueza, el respeto y el acceso de la población a los Derechos Humanos fundamentales como el trabajo, la vivienda, la salud y la educación, entre otros.

¿Cómo llegar a esta formación de los futuros profesionales? Se puede partir de lo planteado por Vidal (VIDAL: 2007) quien traza como guía la educación problematizadora a

través de la cual es posible modificar el carácter, las actitudes secundarias, el apostar a la posibilidad de valores que nos hacen humanos conscientes de nuestra mejores profesionales y personas más auténticas, más existencia y de nuestro entorno; donde exista respeto libres, más prudentes, más racionales y razonables, más tolerantes, sensibles y compasivas. Cortina agrega, además, que el adoctrinador es aquel que pretende transmitir unos contenidos morales con el objetivo de que el estudiante los incorpore y ya no desee estar abierto a otros contenidos posibles (CORTINA: 1996, 74).

En el otro extremo se encuentra el educador, que según Cortina se propone como meta que el estudiante piense moralmente por sí mismo, que se abra a contenidos nuevos y decida desde su autonomía qué elegir. El educador pone así las bases de una moral abierta. Esta moral abierta, intenta desarrollar procesos educativos tendientes a fomentar el espíritu creativo, la reflexividad, la autonomía, la imaginación, la capacidad crítica y transformadora, la ampliación del sentido de responsabilidad, la solidaridad y muchas más. Esta enseñanza problematizadora y el análisis de situaciones concretas pueden contribuir a que se produzca un cambio en la manera de decidir y de actuar de las personas.

Se debe pensar en una Bioética basada en el respeto universal del derecho a la vida y de todos aquellos elementos de los cuales dependa como son la salud, el alimento, la ecología y tantos otros; difundiendo esos valores que nos hacen conscientes de nuestra existencia y de nuestro entorno; donde exista respeto por la vida en el sentido de vivirla con calidad, donde el derecho de uno termina donde empieza el del otro respetando su libre albedrío sin dañar.

La responsabilidad de la enseñanza de la Bioética como parte del proceso formativo, es proveer elementos y desarrollar las habilidades necesarias para llevar a cabo verdaderos juicios éticos, que permitan a los estudiantes y nuevos profesionales, ubicar la causa real de los problemas éticos y su solución. De tal manera, que al promoverse conocimientos, habilidades y actitudes, conduzcan a intervenciones transformadoras de la realidad.

Los Derechos Humanos son la tela de fondo de la Bioética, es el gran tema. Algunos investigadores después de la Declaración de la UNESCO hicieron críticas ya que la UNESCO relacionó Derechos Humanos con la Bioética, al decir que Derechos Humanos es un tema más occidental.

Es importante partir de la problematización de la realidad y adoptar una actitud crítica, buscar las causas para poder transformarlas, llegar a una toma de decisiones a través de una participación plural y horizontal, con modelos interdisciplinarios. Esto implica, finalmente, adoptar una postura ideológica y valores que orientan la acción, no se puede

hablar de la salud si no se habla del poder y la política. La Bioética para las transformaciones sociales, también llamada de la intervención, asume el tratamiento de la problemática ético-política en su enseñanza (HABERMAS: 1984, 47).

La educación problematizadora requiere del profesorado la habilidad para usar adecuadamente las situaciones concretas para hacer ver al estudiantado los valores involucrados, los problemas que existen y cómo aplicar los principios en las alternativas de respuestas ante el problema concreto; lo que lleva a plantearse un curso con un enfoque sistemático, racional y no intuitivo. Además, requiere actitudes ético morales hacia el estudiante (actitud de aceptación y de respeto, actitud de empatía, de orientación, de afecto y estima, así como de expectativas positivas hacia ellos) y hacia la profesión docente (vocación docente, actitud de investigación, actitud de permite que éstos comprendan y fomenten la participación apertura al cambio, actitud de trabajar en equipo).

Como lo menciona Cortina (1996, 74) el docente debe facilitar los medios para que el estudiante piense moralmente por sí mismo, se abra a nuevos contenidos y decida efectivamente a través de habilidades para la comprensión de situaciones y/o control de problemas con el compromiso de superar el egocentrismo natural del ser humano.

Se necesita, entonces, desarrollar en los y las estudiantes una serie de capacidades y disposiciones personales para poder pensar críticamente. Su crítica tiene un propósito claro y una pregunta definida. Cuestiona la información, las conclusiones y los puntos de vista. Se debe empeñar en ser claro, exacto, preciso y relevante, en la vida personal y profesional. Por tanto, se pretende, en definitiva, que a través de la enseñanza de la Bioética la persona pueda pensar críticamente desde la razón, la honestidad intelectual y la amplitud mental en contraposición a lo emocional, a la pereza intelectual y a la estrechez mental.

En consecuencia, pensar críticamente llevaría al futuro profesional a seguir el hilo de las evidencias hasta donde ellas lo lleven, tener en cuenta todas las posibilidades, confiar en la razón más que en la emoción, ser precisos, considerar toda la gama de posibles puntos de vista y explicaciones y sopesar los efectos de las viables motivaciones y prejuicios, estar más interesados en encontrar la verdad que en tener la razón, no rechazar ningún punto de vista, estar consciente de nuestros sesgos y prejuicios para impedir que influyan en nuestros juicios (BARRIO: 1998, 71)

La necesidad de reflexionar adecuadamente acerca de la ética tiene una finalidad práctica (GARRAFA: 2008), puesto que el conocimiento obtenido servirá para individualizar con mayor acierto cuáles bienes convienen más al ser humano y el fin de la acción libre es su razón de ser, la libertad, que equivale a decir razón práctica. Una vez aceptada la razonabilidad de la acción libre, se procede a caracterizar las motivaciones fundamentales, definir el éxito no sólo por parámetros externos a la persona, como posesiones materiales y

fama, sino por medio de indicadores que permitan deducir su calidad como persona. Y no es posible hacerlo sin tener en cuenta el efecto de sus actos respecto de su plena realización, de su capacidad como realizador de valores.

La formación de la Bioética como mecanismo para desarrollar la conciencia moral en los futuros profesionales permite que estos comprendan y fomenten la participación social y de las instituciones en la dinámica del fortalecimiento político institucional en el diseño de políticas a través de formulación de prioridades; aumentar la efectividad de las tareas del Estado y posibilitar el acortamiento de la brecha de la inequidad hacia la equidad; comprender que una herramienta útil para esto, es el uso de puntos de encuentro entre la comunidad/Estado, en el entorno propio de la comunidad, con el objetivo de lograr programas que contemplen la complejidad de cada grupo: infancia, mujer, juventud, ancianidad y los demás; un cambio de paradigma clásico de receptor pasivo que históricamente han tenido las personas no políticas, revalorizar la participación social, llevar a una responsabilidad compartida (democrática) entre el gobierno y la ciudadanía (GARRAFA: 1999, 263T269).

REFERENCIAS

- BARRIO, I. (1998). La ética del cuidado, un referente para la ética de enfermería. Madrid: Enfermería clínica: 9 (2)
- CORTINA, A. (1996). El quehacer ético. Guía para la educación moral. Madrid: Editorial Santillana.
- GARRAFA, V. (1999). Bioética, Saùde e Ciudadanía. Sao Paulo: O Mundo Da Saude; 23(5).
- GARRAFA, V. (2008). Bioética y salud pública. Módulo IV. ToT mado de <http://www.rebioeticaTedu.com.ar> (Consultado el 14 de Julio de 2010)
- GRACIA, D. (2000). Fundamentos y enseñanzas de la Bioética. 2a. edición, Bogotá: Editorial El Búho.
- HABERMAS, J. (1984) La teoría de la acción comunicativa. Londres: Beacon Pres
- HOTTOIS, G. (2007) ¿Qué es la Bioética? Santafé de Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.
- MARMOT, M. (2006). Social Determinants of Health: The Solid Facts. Revisado el 24 febrero del 2009 en <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf> Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París 2005
- SPAGNOLO, A. Principios de la Bioética Norteamericana y Crítica del Principismo. Bioética y Ciencias de la Salud, vol. 3, n. 1. Barcelona 1994.
- VIDAL, S. (2007). Una Propuesta Educativa de Bioética para América Latina. Recuperado el 13 Junio, 2010 en [http://www. redBioéticaTedu.com.ar](http://www.redBioéticaTedu.com.ar)

WENDHAUSEN, Á. (2002) Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil. Rev Esp Salud Pública 2006, Vol. 80, No. 6 Universidade do Vale do Itajaí.



Becas SISNe

Representaciones sociales del pueblo mapuche acerca de la tarea que realizan lxs trabajadorxs de salud mental del Hospital Junín de los Andes. Neuquén. Año 2012⁵

Noelia Sandoval⁶ y Eloisa Mussat⁷

Resumen

En este artículo se presenta una investigación, de tipo cualitativo, cuyo objetivo fue conocer las representaciones sociales de las personas que se autodefinen como pertenecientes al pueblo mapuche, acerca de la tarea que realizan lxs trabajadorxs de salud mental del Hospital Junín de los Andes. También se buscó describir las estrategias desarrolladas para la atención de la salud mental, relevar los motivos de consultas más frecuentes y las barreras de accesibilidad al sector de salud mental, identificar las expectativas de la atención de salud mental, identificar las valoraciones atribuidas a la tarea y el rol del trabajador/a de salud mental. La perspectiva conceptual siguió los aportes teóricos principalmente de la Psicología Social. A través de un muestreo intencional se entrevistaron usuarixs habituales del sector de salud mental que residían en la ciudad o el área rural de Junín de los Andes y también a aquellas que no estaban al momento de la investigación en contacto con el sector de salud

⁵ Fuente de financiamiento: Becas “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia” otorgadas por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación. Año 2012

⁶ Licenciada y profesora en Psicología (UNC). Magister en Salud Mental (UNER). Psicóloga del Sector Psicosocial del Hospital Junín de los Andes (Neuquén) desde el año 2005. Contacto: noesandoval23@hotmail.com.

⁷ Investigadora independiente. Licenciada en Antropología (Universidad París VIII, Francia), Doctora en Ciencias Humanas (Universidad de Caen, Francia-Universidad del Zulia, Venezuela). Contacto: eloisa.mussat@gmail.com

mental. Las técnicas utilizadas para obtener y analizar la información empírica fueron la entrevista abierta y el análisis de registros de sector de salud mental. Las técnicas de análisis utilizadas se corresponden con el método comparativo constante. Los resultados obtenidos constituyen antecedentes en el estudio de los determinantes socio-culturales de la salud mental entre los mapuche. Se concluye señalando la necesidad de aportar mejoras a la accesibilidad al sistema público de salud en contexto mapuche.

Palabras claves: Proceso salud enfermedad atención, Pueblo Mapuche, Salud mental

Motivaciones para investigar sobre salud mental y pueblo mapuche

La década de los noventa se reveló como un tiempo histórico para Latinoamérica en cuyo interior se dio la eclosión de los llamados nuevos movimientos sociales y, entre estos, los movimientos indígenas. La insurgencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en Chiapas y la asunción de Evo Morales como presidente de Bolivia pueden mencionarse como hechos destacados de esos momentos.⁸ También se desarrollan nuevos instrumentos legales como el Convenio 169 de la O.I.T. La “cuestión indígena” cobra visibilidad y alienta el interés por conocer aristas poco estudiadas.

La distribución poblacional y organización del Pueblo Mapuche en Argentina es heterogénea. Se estima que la mayor concentración demográfica se encuentra en la Provincia de Neuquén.

La llamada “conquista del desierto” dejó a la población mapuche desprovista de sus herramientas culturales para la supervivencia y reproducción social. Las herramientas propias que la hegemonía tendió al pueblo mapuche para atender los problemas de salud de este grupo de población fueron incompatibles con la cultura y la cosmovisión ancestral. Sin dudas el pueblo mapuche no tuvo -ni tiene- más alternativa que sujetarse de éstas y de todo lo que con ellas advino: nuevas significaciones de la salud y enfermedad, desvalorización de los propios saberes y referentes, dependencia de la medicina wingka, etc.

⁸ En las ciencias sociales se hace mención de estos hechos simultáneos que transcurren en América Latina, en diferentes países, pero que traslucen un mismo fenómeno: el de las luchas indígenas y las reivindicaciones en los ámbitos nacionales sobre la cuestión indígena que hasta ese entonces no era parte de la construcción de los Estados - Nación ya que estaban invisibilizados bajo una misma categoría de clase, los pobres. La cuestión étnica cobra visibilidad en esas décadas.

Dice el Plan Provincial de Salud Mental: “El Sistema de Salud de Neuquén se orientó, desde su creación en los años 70, a la población materno-infantil y a problemas prevalentes en aquel momento como la reducción de la carga de morbi mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. Aún sostiene esta capacidad y debe reorientar la atención a las demandas de la nueva realidad epidemiológica.”⁹

Se consideró a la población originaria como población vulnerable: en condiciones de existencia de pobreza extrema, deficiencia alimentaria, elevados índices de mortalidad materna infantil, etc. Había que revertir en el menor tiempo posible los índices de:

“enfermedades como la hidatidosis, brucelosis, desnutrición, bocio, y tuberculosis, especialmente en las agrupaciones indígenas, con altísimos índices de mortalidad infantil y otros padecimientos que provoca la pobreza, especialmente en el interior provincial” (Pág. 84)¹⁰

Las nuevas políticas sanitarias mostraron alentadores índices al poco tiempo de su implementación (la provincia logra el descenso de la mortalidad infantil del 180 por mil al 60 por mil en dos años y los partos domiciliarios pasan de 25% a 0.2%).

El campo de la salud mental ha quedado invisibilizado, aunque los nuevos perfiles epidemiológicos se imponen e interpelan las respuestas instituciones obligando a incluirlos en la agenda pública.

El derecho a la salud de los pueblos indígenas está enunciado en varios instrumentos jurídicos internacionales y en las legislaciones de algunos países de la región. No obstante, el cumplimiento del mismo implica el desafío de reconocer, promover, proteger y garantizar una atención de la salud acorde a las concepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-sanación propio de los pueblos indígenas.¹¹

El concepto de salud indígena va más allá del completo bienestar físico, mental y social, incorporando como elementos constitutivos de la misma la espiritualidad, lo colectivo

⁹ Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén. Plan Provincial de Salud Mental. 2007. Pág. 4 <http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2016/10/Plan-Provincial-de-Salud-Mental.pdf>

¹⁰ GOROSITO, J. DEMETRIO, T.; PERREN, J.; MASES E y col. (2008). El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento. Buenos Aires, FCE, 1993, Pág. 84 en *Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*. Editorial EDUCO Universidad Nacional del Comahue. Neuquén 1º edición.

¹¹ FISA (Foro de Investigación en Salud de Argentina) 2007. Abordaje en Salud con Pueblos indígenas: hacia la fijación de prioridades en investigación. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. www.fisa.anm.edu.ar

y la estrecha relación con el ecosistema. Dado esto, el derecho a la salud de los pueblos indígenas se relaciona con otros derechos, siendo dimensiones clave el control de sus territorios, el mantenimiento de sus ecosistemas y la integridad cultural.

El Hospital Junín de los Andes es el único lugar donde generalmente concurre a atender su salud la población mapuche tanto del área rural como de la ciudad.

En los últimos años la demanda en salud mental de la población mapuche urbana y rural se ha incrementado notablemente. Esto se corresponde con los procesos de cambios en las representaciones sociales de disciplinas como la psicología y la psiquiatría que se empiezan ver separadas lentamente del campo de la atención de la locura y la marginación exclusivamente y comienzan a verse asociadas a un nuevo concepto de salud mental. También la tarea del profesional de trabajo social se despega de ideas como “policía de familia” o “asistencialismo”.

No obstante este notable incremento de la demanda, al momento de pensar los objetivos de esta investigación, observamos que muchxs mapuche se niegan o demoran la consulta al sector de salud mental. También ocurre que consultan a otrxs profesionales o especialistas del hospital por cuestiones relacionadas a los padecimientos mentales. En muchas ocasiones, llegan al sector luego de un largo recorrido por los distintos sectores y/o agentes de salud, en otras cuando el problema de salud ya es muy grave o ha concluido en la enfermedad, el deterioro o muerte de algún miembro de la familia.

Dice Cristina García Vázquez que “sin duda que cualquier tipo de relación social entre dos individuos se da dentro de un marco sociocultural hegemónico, que en nuestro caso es el sistema capitalista, que constriñe a cada uno de los participantes, más aún si pertenecen a culturas dominadas. Por lo tanto, la relación entre un psicólogo con características étnico raciales de la mayoría blanca y un paciente de origen mapuche nos habla del encuentro o desencuentro de dos concepciones culturales diferentes, en donde están implícitas relaciones de dominación construidas a lo largo de la historia.”¹²

Se sabe de las resistencias y dificultades en la población general para consultar a un campo de reciente y progresiva inclusión en los hospitales generales, como es el de la salud mental. Pero tratándose de la población mapuche, se considera que es de particular interés conocer qué otros factores se ponen en juego en las representaciones sociales acerca de la tarea que realizan lxs trabajadrxs de salud mental. Se consideró que esto podría ser un aporte fundamental para la comprensión de la accesibilidad real de la población mapuche a

¹² GARCIA VAZQUEZ, C. (2008). Hegemonía e Interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Pág. 294. Prometeo Libros, Buenos Aires. 1° edición.

la atención de la salud mental. Entendiendo la accesibilidad al sistema de salud como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”¹³

La dimensión cultural de la accesibilidad como la posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales afecta tanto a trabajadores de la salud como a la población usuaria del sistema. En este sentido, se acuerda con la autora en la redefinición de la barrera cultural como barrera simbólica en tanto se considera que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

La perspectiva teórica de la investigación

La trama teórica de la investigación estuvo referida a conceptos como representaciones sociales, pueblos originarios: pueblo mapuche, salud mental, proceso salud/enfermedad/atención.

Nos afirmamos en la definición de Serge Moscovici sobre las representaciones sociales como formas de conocer que se constituyen como sistemas con una lógica propia, que se mantienen en el tiempo y son dinámicos. Señala que “poseen la naturaleza de un proceso psíquico apto para volver familiar, situar y hacer presente en nuestro universo interno lo que se halla a determinada distancia de nosotros, traducen la relación de un grupo con un objeto socialmente valorizado [...] motivan y facilitan la transposición de conceptos y teorías consideradas esotéricas al plano del saber inmediato e intercambiable, convirtiendo éstos en instrumentos de comunicación”¹⁴

Eduardo Menéndez¹⁵ define al proceso salud/enfermedad/atención desde una perspectiva relacional, que recupera los procesos históricos y considera que todo campo

¹³ STOLKINER, A. y Col. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales en COMES, Y. (2003) *Accesibilidad: una revisión conceptual*, documento laboris, proyecto de investigación Equity and Decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. Buenos Aires: International Development Research Centre of Canadá. Mimeo.

¹⁴ MOSCOVICI, S. (1961). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Pág. 42. Buenos Aires. Ed. Huemul.

¹⁵ MENÉNDEZ, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y Salud Colectiva. Vol. 8, N°1, p.185-207.

socio-cultural no es homogéneo, sino que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía/subordinación y operan procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud (mental) en un contexto sociocultural específico. Siguiendo a Menéndez definimos al proceso de salud/enfermedad/atención como la trayectoria desde que una persona o grupo percibe un problema de salud, un padecimiento mental en alguno de sus miembros hasta la instancia en la cual consulta a un servicio de salud y recibe o no atención para ese problema.

Desde una revisión crítica del efecto determinante del uso de los conceptos, se integró el concepto de **pueblo originario** para referir al pueblo mapuche. Se habla de pueblos originarios o pueblos indígenas, en el sentido de las 'primeras naciones', de autoctonía de sujetos colectivos, denominación que liga a ese colectivo social y humano a una posición de sujeto de derecho. En este sentido hablar de **pueblo indígena** significa no sólo reconocer a los **mapuche** derechos básicos individuales en el marco del respeto universal a los derechos humanos, sino también reconocer a ese grupo humano y social derechos de segunda generación, es decir, derechos de carácter colectivo, ligados a una cultura.

Juan Manuel Salgado dice:

“El carácter colectivo de los sujetos de derecho significa que las características deben buscarse en el conjunto del agrupamiento humano, de modo que sus miembros individuales puedan ejercer sus derechos en tanto se identifiquen o integren la colectividad, aun cuando en cada caso particular no reúnan los rasgos requeridos.”¹⁶

Y agrega que:

“Según Thornberry, los rasgos generales de los pueblos indígenas son 1) vínculos espirituales con la tierra, 2) sobrevivencia cultural pese a la persistente opresión estatal, 3) sufrimiento de la experiencia colonial.”¹⁷

¹⁶ SALGADO, J. M. (2006). Convenio 169 de la O.I.T sobre Pueblos Indígenas. Comentado y Anotado Material Bibliográfico de la Carrera de Especialización en Derechos Humanos. Universidad Nacional del Comahue. https://www.academia.edu/17491593/Convenio_169_Comentado_-_Salgado_Gomiz

¹⁷ Ídem

Al término salud mental lo definimos como campo de prácticas en el sentido que plantea Pierre Bourdieu, quien define los campos sociales como espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias.

Salud mental entonces, como campo porque en su interior se juegan¹⁸:

- Sistemas de pensamiento, es decir formas de comprensión, de explicación de problemas de los procesos de salud y enfermedad, de atención y cuidados;
- Se definen ciertas prácticas, ciertos modos de intervenir sobre esos problemas;
- Se define la producción de pensamiento que se origina en el ejercicio mismo de esas prácticas;
- Con agentes de ese campo: enfermos, profesionales, técnicos, etc.
- Se genera un sustrato legal-jurídico de la existencia social de ese campo, es decir lo que regula el conjunto de esas prácticas.

Nos afirmamos en que la salud mental es un campo que necesita del trabajo interdisciplinario e intersectorial.

En este sentido Enrique Pichón Rivière¹⁹ identifica la salud mental con la adaptación activa a la realidad, lo que implica relación con el mundo en términos de aprendizaje, transformación recíproca en función de necesidades. Los criterios de salud y enfermedades presentes y operantes son elaboraciones colectivas, con sustento en relaciones sociales fundantes. En tanto, representaciones sociales, tienen condiciones de producción económicas, históricas y políticas. Se elaboran desde una concepción del hombre y desde un proyecto social. Implican valores y normativas acerca de la subjetividad.

Perspectiva metodológica

A través de un muestreo intencional se entrevistaron usuarios/as habituales del sector de salud mental que residan en la ciudad de Junín de los Andes o el área rural y también a aquellos/as que no estén al momento de la investigación en contacto con el sector psicosocial. Se realizaron entrevistas a mapuche de las comunidades de Chiuquihúfn, Linares y San Ignacio. Las técnicas para obtener y analizar la información empírica fueron la entrevista abierta semi-estructurada.

¹⁸ Maestría en Salud Mental (2009). Ficha de cátedra Salud Mental: primera aproximación conceptual. Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social.
http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccc/archivos/catedras/2010/Salud_Mental_PP_Campo/ficha_catedra2009.pdf

¹⁹ RIVIERE, E. (1985). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires, Nueva Visión, 2ª edición.

La investigación fue realizada en cumplimiento con los requerimientos éticos de la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos del Ministerio de Salud de Neuquén. Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación, se pidió en primer lugar el asentimiento verbal y escrito del *lonko* de cada comunidad (Ley provincial 2207/97 CAIBSH) y se siguió lo pautado por la normas CIOMS para estudios epidemiológicos.

La muestra que se seleccionó a partir de los registros de los usuarios y usuarias del área psicosocial del Hospital y en el caso de los no usuarios, a través de la técnica “bola de nieve” quedó compuesta por un total de 14 (catorce) personas. De las cuales 8 (ocho) eran usuarixs del sector y 6 (seis) no, 7 (siete) residían en el área rural y 7 (siete) en el área urbana. Cada entrevistado/a firmó un consentimiento informado que establecía su participación voluntaria en la investigación.

Resultados

Uno de los resultados más llamativos fue que la mayoría de lxs entrevistadxs dijo no conocer el nombre del sector del hospital donde trabajan lxs psicólogxs y asistentes sociales, aunque sí en general reconocen estas disciplinas o han escuchado hablar de ellas.

Se menciona una sola referencia en relación al psiquiatra: *Te ayuda, pero no sé qué hace...*

También solo en una entrevista se mencionan a otrxs profesionales en el campo de salud mental además de lxs psicólogxs o trabajadorxs sociales: *los enfermeros, los médicos...*

Representaciones sociales acerca de la tarea y el rol de lxs psicólogxs

Lxs usuarixs del sector que fueron entrevistadxs señalaron los siguientes sentidos a la tarea del/la psicólogx:

- Regulador/a de los estados anímicos: “Uno va embroncado, fuera de su lugar y a través de pensar, sacar razón, comprender uno sale puesto en su lugar”.
- Tienen un rol activo y pasivo: Recibe emociones y extrae lo negativo “te saca tristeza, enojo”.
- Facilita la apertura: “se está cerrado, se lleva cosas dentro/ te abre otro panorama, uno se puede abrir, expresar”.
- Familiaridad vs. Externalidad. Es “como un familiar” pero a su vez de “afuera”.
- Da pautas, aconseja: “de cómo teníamos que actuar, que teníamos que charlar, me ayudó a decidir”.

- Cosas de locxs: “yo decía que no iba a ir porque no estoy loco”, “si empiezo con esto me voy a volver loca”.
- Generadorxs de malestar y peleas con la familia: “te vuelven más mal todavía”.

La diada de las emociones y el pensamiento: el acto de hablar de las emociones produce alivio. Esto aparece ligado a acciones como “entender”, “pensar”.

Por su parte, los no usuarixs entrevistadxs señalaron sobre la tarea del psicólogx:

- Definición de la tarea por la localización en el cuerpo: atienden “la matriz”, “los ojos”, “el corazón”, “los dientes” (entrevistadas del área rural que hace muchos años que no concurren al hospital).
- Definición de la tarea según problemáticas que se abordan: vínculos, problemas en la niñez, adolescencia, de aprendizaje, drogas, sexualidad.
- Revierte estados mentales: muestra otras formas, otro panorama: “le hizo ver las cosas de distintas maneras” (en relación a un familiar que consultó).
- Lugar al que se “es llevado”: se le supone a quien consulta un estado de gravedad que no podría decidir por sí mismo, se es llevado por familiares: “No van por si solas”.

Coincidencias usuarixs y no usuarixs sobre la tarea del psicólogx:

- Cuando no hay más salida: se concurre en situaciones críticas, alarmantes, emergencias.
- Para no parecer locx: la resistencia o el rechazo a la consulta asociado a un estado propio de la locura: “los que no van es porque piensan que ir es porque están locos y no quieren llegar a ese...”

Representaciones sociales acerca de la tarea y el rol de lxs trabajadorxs sociales:

Para los usuarixs entrevistadxs, la tarea/rol de lxs trabajadorxs sociales tiene los siguientes sentidos:

- Agente de control de la vida de las familias: visitar a las familias, recorrer, estar al tanto de lo que sucede al interior.
- Medidor de las condiciones de existencia: “¿tus hijos estudian? ¿Tiene trabajo? ¿Hay alimento suficiente? ¿Tiene subsidio?”. Viabiliza pedidos de asistencia.
- Hacer hablar y extraer lo negativo: con las visitas “hace hablar” y de esta manera se llevaría lo negativo de la vida cotidiana: “algún dolor, tristeza”.

- Realiza seguimiento del bienestar de los niños/as y también puede sacárselos a su madre y padre: rol de supervisión de la familia, garante del bienestar de los niños. Figura ligada a la justicia, al paradigma tutelar.
- Propician ayudas a lxs necesitadxs.
- Promete ayuda y no cumple: “me dijo que me iba a ayudar y me dio la espalda, desde ahí no confío más en las asistentes sociales/ te prometen una cosa y no cumplen”.

Para los no usuarixs entrevistadxs, la tarea/rol de lxs trabajadorxs sociales se asocia a:

- Resolver necesidades inespecíficas: “cualquier cosa que falte o necesite”, “a veces por cualquier cosita chica...”.
- Supervisar y acompañar personas desvalidas: ¿tarea relacionada a la de un acompañante terapéutico? ¿O domiciliario? Las personas solas, ancianas, enfermas, “para que le hagan cosas que ellas no pueden hacer... necesitan la atención de una asistente social”.
- Ser testigo /veedor de las condiciones de vida: “que viera mi casa, como uno vive, como está con su hijo...”
- Ser gestor/administrativo: “me estaba por hacer el papel para el subsidio”, “me ha hecho informes”

Coincidencias usuarixs y no usuarixs sobre la tarea/rol de lxs trabajadorxs sociales:

- Atención de la población vulnerable: ancianos, niñxs, madres solteras y de las personas que “más necesitan” en términos económicos.
- Asociada a los gobiernos de turno.
- Figura confusa con la tarea de lxs colegas de otras dependencias (Acción social municipal o provincial) o de la trabajadora social que se desempeña en Área Programa del Hospital.
- Se explicitan más reclamos y quejas sobre la tarea respecto de lxs psicólogxs.

Representaciones sociales del Proceso Salud/Enfermedad/Atención

- La identificación/ percepción del problema o padecimiento es entendido por lxs entrevistadxs como:
- Algo ajeno a quienes viven en el campo: “porque en el campo no hay personas que son así, que tienen esos problemas...”
- Algo que viene de familia: “está igual que yo cuando era chica...”
- Algo que se presenta distinto: “una de las nenas mías estaba pensando en quitarse la vida y eso me llamó la atención”

- Algo que trae consecuencias: “seguro que después de eso la nena va a estar mal, ¿cómo voy a hacer yo? Así que me vine...”

De 8 (ocho) usuarixs entrevistadxs, 3 (tres) consultaron de manera espontánea y 5 (cinco) derivadxs por otros agentes de educación y salud.

- Los motivos de consulta y las estrategias de atención relevadas de las entrevistas fueron:
- Población infantojuvenil: Las escuelas principalmente detectan y derivan
- Ideación suicida: Urgencias, situaciones límites, de riesgo.
- Estrategias de atención: se acude a lxs médicxs, lxs docentes y directivxs de escuelas, agentes sanitarixs.
- Otras estrategias: El rol de la familia, las abuelas y el *lonko* en las comunidades del área rural. La iglesia evangélica. La trabajadora social de Desarrollo Social.
- Temas que son silenciados y no tratados en las comunidades: violencias, adicciones

Respecto de la Atención en salud mental recibida: valoraciones atribuidas a la tarea y rol de lxs trabajadorxs de salud mental y las expectativas.

Valoraciones positivas:

- Hacer uso de la palabra: vaciar las cargas. “Hablar contar las cosas me hace bien”
- Ser atendido sin turno y por gente conocida ante la emergencia
- El aspecto vincular con lxs trabajadorxs de salud mental: La confianza, familiaridad, recibir aliento, compañía.
- Atributos positivos de la persona que lxs atiende: paciencia, buen trato, afecto, amabilidad, presencia constante, buena persona
- Aspectos técnicos de la atención: abrir otro panorama, darse cuenta, entender...
- Que se produzcan cambios favorables: en la conducta, en la relación con lxs demás, en el ánimo, en el pensamiento, en la disposición para expresar verbalmente las emociones, etc.
- Tarea preventiva de la intervención: “hubiera cometido algún error, me hubiera arrepentido”.

Valoraciones Negativas:

- Preguntas que hacen mal y son inesperadas: se refiere a no haber sido consultada antes de que se le hicieran preguntas sobre su pasado, el cual no quería recordar.
- Vivencia de pasividad e inferioridad: “se quieren hacer los que son grandes, y vos los tenés que escuchar, te tenés que quedar así...”

- Vivencia de ser engañada: “no confío más porque me mintieron”
- No fue suficiente la atención recibida: Por la amplitud del padecimiento y consecuencias

Las expectativas de lxs entrevistadxs en cuanto a la atención en salud mental:

- A futuro: mayor presencia en los lugares donde vive la gente, trabajo en prevención, coordinado con otras instituciones, mayor frecuencia en los turnos, no recordar el pasado sino dar aliento para el futuro, cumplir con la ayuda material que se prometa, que detecte y atienda situaciones de riesgo.
- Previa a la atención: atención similar a la de un/a médicx (que se hagan estudios), lograr una situación deseada (retomar la convivencia con su pareja).

En relación a la accesibilidad, las entrevistas realizadas permitieron identificar las siguientes barreras:

- Barreras geográficas: Falta de opciones institucionales en las comunidades del área rural para resolver una situación que requiere de atención psicosocial. Dificultades para llegar por la distancia hasta el hospital aquellxs entrevistadxs que residen en el área rural.
- Barreras organizacionales: Ningún entrevistadx expresó que tuvo dificultades en conseguir turno para la atención psicosocial así como tampoco que debió interrumpir el tratamiento por falta de turnos.
- Barreras simbólicas/culturales: Las estrategias de resolución “culturales” son: la familia y el Lonko. En algunas situaciones estas no alcanzan. Silenciamiento de algunas problemáticas. Desconocimiento del objeto de estudio de las disciplinas. La representación de que lxs psicólogxs atiende solo a lxs locxs y lxs trabajadorxs sociales pueden quitar lxs niñxs a sus madres y padres.

Consideraciones finales

Para la población mapuche entrevistada consultar al sector psicosocial no forma parte de las estrategias de resolución o alivio a un padecimiento psicosocial. Asimismo, la tarea de lxs trabajadorxs de salud mental y los motivos de consulta se asocian a situaciones límites. En relación con esto, existen barreras simbólicas/culturales para la atención de la salud mental.

Cabe poner en perspectiva el hecho de que el área de salud mental es un sector relativamente “nuevo” para la sociedad en general y puede referirse como más novedoso aún para los integrantes del pueblo mapuche.

Sin embargo, teniendo en cuenta la matriz de las políticas sociales y sanitarias neuquinas, es importante destacar en acuerdo con Favaro y col.²⁰ que las prestaciones no son percibidas por los destinatarios como parte de sus derechos. En ese sentido, solamente tres entrevistadxs del total de la muestra han expresado en sus discursos una perspectiva de derechos y, entre ellos, solamente dos referenciaron los derechos de los pueblos originarios como fundamento de sus expectativas en relación a la atención/servicio de salud pública.

Por otro lado, lxs entrevistadxs usuarixs del sector psicosocial, han encontrado resolución a su padecimiento y han valorado la atención recibida. A partir de dicha experiencia, estos usuarios pueden llegar a adoptar la consulta al sector como estrategia ante futuros padecimientos.

En relación a los factores de accesibilidad relacionados con lo “simbólico”/“cultural” es importante señalar que las estrategias de resolución “culturales” mencionadas son principalmente: la familia y el *Lonko*. Otro dato relevante que surge de este estudio es que “ciertos padecimientos” no pueden ser resueltos por estos dos tipos de actores. Se infiere que ante los padecimientos graves (abuso sexual infantil, ideación suicida, violencia familiar, maltrato infantil, suicidios, etc.) lxs entrevistadxs reconocen los límites de las estrategias de su propia comunidad.

Hay padecimientos que están relacionados con “nuevos” paradigmas de derecho como es el caso de la Violencia familiar y donde sería importante reforzar en lo preventivo a través de acciones en conjunto con los *lonkos* y comisiones directivas sobre esta temática, teniendo en cuenta la soberanía de los pueblos originarios, metodologías participativas, etc.

La existencia de padecimientos psicosociales en las comunidades ante los cuales “antes no se hacía nada” o en la actualidad “no se hace nada” se relaciona con varios factores, entre los cuales, el no querer denunciar a un “miembro” de su propia comunidad (entendiendo aquí que la comunidad es *Lof* y que por ende, esta unidad social está basada en vínculos de tipo familiar cuyos miembros comparten un mismo pasado, historia, territorio, etc.), el hecho de que ciertos padecimientos sean “nuevos”: como las adicciones por ejemplo.

Finalmente, en términos generales, en las poblaciones mapuche habitantes del área rural y del medio urbano de Junín de los Andes se identifican barreras simbólicas/culturales

²⁰ Favaro, O. y Vaccarisi, M. E. (2002). Poder político y políticas sociales en Neuquén, 1983-1990. Mimeo Presentado en el Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, Universidad Nacional de Quilmes, 30 y 31 de mayo 2002.

de accesibilidad a los servicios de salud mental. Un claro ejemplo de esto es que algunas personas desconocen o tienen una representación errónea de las tareas que realiza lxs trabajadorxs de salud mental del hospital, por ejemplo al creer que lxs psicólogxs se ocupan de la matriz, los ojos y el corazón. Se considera importante que el sistema de salud público genere programas y proyectos específicos para garantizar el derecho y acceso a la salud pensada de manera integral.

Sobre la presentación de los resultados:

En noviembre 2013 se realizó una presentación de los resultados de la investigación ante el equipo del sector de salud mental del Hospital de Junín de los Andes con el objetivo de socializar los mismos. Si bien, los participantes escucharon con atención, no surgieron propuestas para aportar y abordar los problemas de accesibilidad de las poblaciones mapuche a la salud mental. Se pudo hablar respecto de algunas preguntas que surgieron: ¿Qué pasa con aquellas personas que no saben de la existencia del sector de salud mental en el hospital? ¿O que desconocen nuestra tarea? ¿Deberían saberlo? ¿O es instalar una forma de atención formal donde hay formas propias? ¿Hay formas propias? ¿Nos sentimos reconocidxs en las representaciones sociales que surgieron? ¿Qué pasa con el consentimiento informado? Hacer preguntas, indagar sobre el pasado cuando el/la otrx no lo espera, no sabe de qué se trata nuestra forma de intervenir. ¿Qué hacemos con las expectativas de ir a la comunidad y trabajar en prevención? ¿Cómo intervenir con lo que se silencia e invisibiliza en las comunidades?

Finalmente, en marzo 2014 se presentó un resumen de la investigación ante 16 (dieciseis) agentes sanitarixs de dicha institución. Los resultados generaron interés e interrogantes acerca de los conocimientos que ellos mismos tienen acerca de las tareas que realizan quienes trabajan en el sector psicosocial del hospital. Esto permitió que solicitaran otras instancias para conocer e interiorizarse sobre el funcionamiento del sector psicosocial así como también visibilizar las problemáticas de salud mental en las comunidades mapuche. Desde esa fecha hasta la actualidad una psicóloga y una trabajadora social del sector de salud mental y psicosocial trabaja con agentes sanitarios en espacios de formación y planificación conjunta de acciones de promoción y prevención de problemáticas de salud mental (alcoholismo y violencia familiar fueron priorizadas) realizando talleres y otras acciones en las comunidades y en las escuelas. Así mismo desde enero de 2018 el mismo equipo psicosocial realiza salidas mensuales a las diferentes comunidades para realizar asistencia y atención individual y familiar.



**Caracterización del cuidado en relación al vínculo de apego
de madres y padres adolescentes en situaciones complejas,
con hijas e hijos menores de 24 meses de edad²¹**

María Pía Borghero ²²

Noelia de la Hoz²³

María Luz Gamboa²⁴

Resumen

Hace más de 7 (siete) años, en el centro de Salud San Lorenzo Sur, un equipo de trabajo, interviene con madres y padres adolescentes con sus hijas e hijos, observando cómo está presente “el cuidado”, atravesado por diversas aristas: consumo problemático, resiliencia, reservas de salud, desempleo, estrategias de supervivencia, deserción escolar, redes de sostén entre pares y violencias. “Algo”, cautivó la atención: cómo generan, producen y brindan cuidados, estos adolescentes en su historia vital.

Esta investigación de tipo cualitativa, retrospectiva, describirá la producción de los cuidados que brindan las madres y los padres adolescentes hacia sus hijas e hijos, inmersos en situaciones complejas y que viven en la zona Oeste de la ciudad de Neuquén.

A través de la búsqueda de relatos, entrevistas, inmersión subjetiva del equipo en sus contextos, observación participante y registros del Centro de Salud, se describen cuáles son los cuidados que recrean estas madres y padres para establecer un vínculo de apego, de sostén, así como las condiciones materiales concretas en contextos complejos, donde estos acontecen.

Se desgrana la información reunida, por medio de las variables de: cuidado, itinerancia, núcleos vitales, redes de sostén, situación problema, contexto, apego y reservas de salud. Se sistematizaron las resonancias y las reiteraciones que

²¹ El presente artículo forma parte de la convocatoria Becas SISNe 2016.

²² Trabajadora Social. Centro de Salud San Lorenzo Sur Correo: mariapiabor@gmail.com

²³ Enfermera. Centro de Salud San Lorenzo Sur. Correo: n_angeles_dlh19@hotmail.com.ar

²⁴ Lic. En Enfermería. Hospital Horacio Heller. Correo: mluzgamboa@hotmail.com

permitieron comprender las distintas formas y el contexto en la producción del cuidado, como insumo para los equipos de primer nivel de atención.

Palabras Claves: Adolescente, cuidado, apego, complejidad.

Introducción

El presente trabajo, se realizó con financiamiento de la Dirección de Bioética e Investigación, de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, mediante una Beca del Sistema de Investigación en Salud de Neuquén (SISNe), convocatoria 2016, categoría iniciación.

Metodología

La aplicación de la metodología planteada se amplificó por medio del diseño de tres instrumentos de sistematización de los datos, que en forma concatenada concentraron la información y facilitaron su análisis.

La grilla A: consolidación de las fuentes de datos, caso por caso, Esta plantilla, permitió analizar la población atendida en el centro de salud, tomando en cuenta los criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes menores de 21 años de edad (madre y/o padre) al momento de relacionarse con el equipo de Salud del Centro de Salud San Lorenzo Sur.
- ✓ Ser padres de niños y/o niñas menores a 24 meses, durante el periodo marzo 2012-septiembre 2017.
- ✓ Vivir en contexto de situaciones complejas.
- ✓ Vivir en la zona oeste de la ciudad de Neuquén.

Y los criterios de Exclusión:

- ✓ Adolescentes que hayan tenido contacto con el centro de salud, con los criterios de inclusión, en con menos de 4 (cuatro) consultas o visitas
- ✓ Aquellos que decidan atenderse en otra institución de salud que no sea San Lorenzo Sur.

La grilla B: contiene cada una de las 8 variables y sus categorías, en la frecuencia y descripciones de cada caso.

Y la grilla C: consolida todas y cada una de las variables sus categorías, identificando las resonancias y reiteraciones halladas.²⁵

Resultados: La producción de cuidados será el eje transversal de todas las variables siendo la centralidad de esta investigación, disponer de la mayor sensibilidad para hallar producción de cuidados, evitando la evaluación de su efectividad, haciendo foco en la producción y el contexto, En este relato se dará significado, simbolización del cuidado desde la intersubjetividad de estos padres y madres (atribuidos a un acto de cuidado) hacia sus hijxs.

Caracterización de la Población:

Iniciamos el proceso de sistematizar las diversas fuentes de datos, definiendo variables y categorías, a fin de buscar descriptores, regularidades o asintonías que describan el contexto de complejidad donde se producían cuidados y su caracterización.

Del universo, se hallaron nueve madres, cuatro padres de trece niñas y niños. En la Tabla N°1, se identifican las edades de cada adolescente y el sexo de las /los hijos

Tabla N 1²⁶: Edad de madres y padres y sexo de hijas e hijos, incluidas en la investigación, que se atienden en el Centro de Salud San Lorenzo Sur, durante el periodo 2012- 2017.

Edad de las/los adolescentes	Sexo de hijas/os
Mujer de 16 años	1 varón 1 mujer
Mujer de 14 años	1 mujer
Varón de 21 años	
Mujer de 17 años	1 mujer
Varón de 19 años	
Mujer de 16 años	1 varón
Mujer de 15 años	1 varón
Mujer de 16 años	1 varón y 1 mujer
Mujer de 17 años	2 varones (padre de uno de los varones)
Varón de 21 años	
Mujer de 15 años	2 varones
Mujer de 16 años	1 varón
Varón de 35 años	

²⁵ Los datos fueron analizados con el conocimiento y aplicación de las normas legales y éticas Internacionales. Fueron analizados en su conjunto y no se difundirán en ningún momento de la investigación ni en la publicación de trabajos, los datos personales de las y los sujetos de estudio.

²⁶ Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Centro de Salud San Lorenzo Sur. Neuquén.

Se observan tres varones adolescente, y un adulto con presencia paterna responsable.

Condiciones materiales de vida:

En cuanto a su economía de subsistencia, ninguno del universo, tiene trabajo formal, ni oficios. Viven de trabajos informales (changas), subsidios (planes nacionales, provinciales, etc) y algunos ejercen otras formas de conseguir dinero. (Robos, ventas ilegales, punteros). El 100%, presenta una economía insuficiente e inestable, ingresos que no solo no llegan a completar la canasta básica (\$21.000 según Indec)²⁷, incluyéndolxs en la línea de pobreza, sino que además que presentan irregularidad en su flujo.

Tabla N 2²⁸: Economía de subsistencia, de las y lo adolescentes, incluidas e incluidos en la investigación, que se atienden en el Centro de Salud San Lorenzo Sur, durante el periodo 2012- 2017.

ECONOMIA DE SUBSISTENCIA	EMPLEO FORMAL	SUBSIDIO	TRABAJO MENOR E INFORMAL	OFICIO	OTROS
Adolescente 1		x			
Adolescente 2			X		x
Adolescente 3			X		
Adolescente 4			X		
Adolescente 5			X		
Adolescente 6		x	x		
Adolescente 7	X				
Adolescente 8			x		x
Adolescente 9		x			
Adolescente 10			x		
Adolescente 11		x	x		
Adolescente 12					x
Adolescente 13					x

Se analizó la situación conyugal de las y los adolescentes: ninguno se casó, tres vivieron en situación de parejas y un adolescente sin convivencia, ejerce paternidad responsable. La mitad de la población alcanzó a terminar los estudios primaria; un 35 % cuentan con secundaria incompleta, y un porcentaje mínimo, no terminó la primaria.

Ninguna de las familias cuenta con vivienda propia, tampoco responde a las necesidades básicas. Presentan: inadecuadas eliminación de excretas, provisión de agua,

²⁷ Valores tomados de Indec, Junio 2019.

²⁸ Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del C. de salud S. Lorenzo Sur. Neuquén.

equipamiento, cantidad de habitaciones con menos de 4 personas durmiendo por cada una, sin servicios básicos e instalaciones en condiciones de inseguridad.

También se presentan problemáticas en comorbilidad social: en más del 66% hay presencia de consumo problemático de sustancias, en alguno de los integrantes del grupo conviviente. Más de la mitad del universo transita violencia familiar, en alguna de sus expresiones, el 55% convive a diario en situación de violencia social y en el 22% padecen enfermedades crónicas con riesgo vital.

Una de las madres con VIH, en cada embarazo tomo la medicación correspondiente al tratamiento de su enfermedad, y de prevención; siendo los únicos momentos en que adhiere sistemáticamente a la toma del mismo.

Algunas cotidianidades de la inequidad social como condicionante en la producción de cuidados:

Tres madres que viven en la misma toma guardan alimentos secos en una caja incluyendo leche, fideos, etc. “estos alimentos son exclusivamente para los pibes en caso de que no tengan para comer” refieren que lo hacen para que no les falte comida a sus hijos e hijas.

Este acto, da a conocer como ante la carencia económica, administran que no falte el alimento para sus hijos e hijas, como una forma de cuidado, también se gestiona colectivamente con otros pares, otras madres con el mismo fin.

La cama de su hija está del lado de la única pared de material, que tiene la precaria vivienda. Del registro de la visita domiciliaria, se desprenden dos razones: “para que no le dé tanto el frío”...para protegerla, “por si se arma cachengue en la toma”²⁹, haciendo referencia a las balas.

“Se armó cachengue...”, llama a la abuela paterna a la medianoche, quien espera en un taxi por la parte de atrás de la toma y se lleva a lxs niñxs a un lugar seguro. Con respecto a estos últimos dos relatos se observa que este contexto hostil condiciona la producción de cuidados suficiente, se ponen en fondo-figura todas aquellas acciones llevadas a cabo para preservar la vida de otro y responder ante las necesidades de sus hijos e hijas.

“Por cuidados se entiende en general el conjunto de la atención del niño ya se centre en lo que el adulto proporciona al niño, o en el cuidado corporal o cualquier otra actividad; bajo este término está también incluida la observación.

²⁹ Palabras textuales, registradas en los informes de las visitas de servicio Social.

Aquí se trata de cuidados corporales por ejemplo comidas y baño” (Fomasi-Tavaglini, 2016)³⁰

Llega el invierno: “la llevo por un tiempo o por las noches, que no hay donde dormir, a la casa del papá que está calentita”; hay acuerdo de los padres en cuanto a una tenencia compartida de la niña. Lo mismo sucede si los víveres se terminan y no hay que comer; ambos accionan y deciden en pos del cuidado de las necesidades básicas de su hija.

”...Trabajando para la política ganamos unos pesos...”, compra ropita nueva para el control de niño sano y gustosamente la muestra a la espera de un halago hacia su hija.

En este caso no solo le proporciona vestimenta y aseo a su hija como forma de cuidado, sino que también experimenta sentimientos de alegría y amor hacia su hija, fortaleciendo el vínculo entre ambas con gestos, miradas, sonrisas y abrazos que se ponen en juego; y lo comparte junto a quienes ha construido una relación de referencia: su hija y “las chicas de la salita”.

Otra arista en la producción de Cuidado: seguimiento del crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas.

EL 100% realiza el cuidado y seguimiento de la salud de sus hijos e hijas en el Centro de Salud San Lorenzo Sur, sostenidos en forma permanente en su contexto de inmediatez, en la Itinerancia, en la sobrevivencia (sin comida, sin casa, sin abrigo, en situaciones disruptivas como incendio de casilla en contexto de violencia social) los traen igual, evidenciando la relación de referencia establecida con el equipo. Más de la mitad de las niñas y niños presenta controles oportunos adecuados, el resto se clasifican como inoportunos a destiempo del calendario pre fijado por el sector Salud. Si el 100% se encuentran en seguimiento de crecimiento y desarrollo, con el esquema de vacunas completo.

La población de atención supera las líneas imaginarias de áreas programas y varios viven por fuera de éstas, sin embargo, los turnos en el centro de Salud, son dados a las ocho de la mañana. Cuando llueve y las calles se vuelven intransitables, no hay dinero para tomar un colectivo y el frío encrudece la situación, esta madre quiera proteger a su niño de la exposición al frío, barro y lluvia para que no enferme y prefiere “quedarse en la cama calentitos”. Una vez que pasa el mal tiempo, vuelve al centro de salud a pedir otro turno.

30

https://www.piklerloczy.org/sites/default/files/documentos/paulette_jaquet_travaglini_inge_chardon_fomasi_cuidados_corporales_de_acuerdo_con_los_principios_de_pikler.pdf

Ante la falta al turno programado, desde la institución se evalúa éste accionar como un acto irresponsable de la madre en cuanto a la salud de su hijo, por no asistir a la visita.

La evidencia de la asistencia de estas niñas y niños a los controles en salud, propone mirar desde otra perspectiva superando el modo “evaluativo, “indicativo” y hasta a veces moralista, común a los que trabajamos en salud.

Las instituciones tienden a pensarse a sí mismas:

“...La constitución de toda cultura institucional supone cierta violentación legítimamente acordada, que permita establecer las normas indispensables para el funcionamiento de las actividades de esa institución. Esto es un principio general de la cultura y constituye un justo precio, por tratarse del pasaje de lo privado a lo público -y de hecho a las pautas que deben ser consensuadas-. En estas condiciones es difícil que alguien a cargo de un paciente, cualquiera que sea su rango y el tipo de prestación que brinde, pueda considerar la singularidad personal y la particular situación de quien lo demanda sufriente, traducida en una red de normas administrativas. La institución tal vez se transforme en clienta de sí misma, muy alejada de sus objetivos específicos. Puede pensarse que una institución donde lo instituido ha cristalizado y obstaculizado los dinamismos instituyentes” (Ulloa, 1995)³¹

Itinerancia: vínculos en movimiento, en el contexto de la inmediatez

El modo de vivir, y su relación entre el lugar donde vivir, coincide con una espíritu de búsqueda de mejora en los espacios donde vivir (mejor oferta laboral, mejora de las condiciones). Pero estos cambios, cuando se producen por situaciones de inestabilidad o violencia, las hemos considerado como complejos y presentes en la nueva formas de producir cuidados.

El 66 % de estas madres, padres, niños y niñas viven en situación de Itinerancia constante, se, mudaron 3 o más veces en el transcurso de 2 años con características de alta precariedad, donde se arman y desarman los espacios vitales, las redes vinculares, los equipamientos, los servicios básicos, cambios de guarderías, permaneciendo la asistencia en anclaje al centro de Salud San Lorenzo Sur. El 33% permanece en la vivienda de crianza con su familia de origen en estabilidad, sin itinerar.

La falta de acceso a la vivienda para las familias jóvenes es una constante que condiciona la crianza de su prole, van adaptándose a esta itinerancia, al cambio de vivienda y de convivientes con facilidad en el marco de la supervivencia.

³¹ ULLOA, O. Fernando. “Novela Psicoanalítica. Historial de una práctica”. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1995.

“Al organizar cuidados continuos: comida-cambios, es decir comida-cambio-sueño, la relación niño/adulto puede crearse y desarrollarse, sin interrupción hasta la saciedad para el niño quien ya está perfectamente satisfecho en el plano psíquico dispuesto a continuación para disfrutar de su actividad libre” (Fomasi-Tavaglini, 2016).³²

Ante las circunstancias del contexto en el que crecen, tanto padres o madres e hijos e hijas se observa como se ve afectada la rutina, que funciona como organizador y estructurador de la subjetividad.

Reservas de Salud: la vida siempre se hace lugar de alguna manera

Se registró un momento de intensa proyección en función de sus hijos hijas: el festejo de los cumpleaños, sobre todo el primer año de vida. En torno a ello las madres se juntan con pares para realizar distintas manualidades decorativas para aquel día, en algunas queda solo en un deseo o en un imaginario de lo que quisieran dar y no poseen los recursos para convertirlo en realidad. En esos momentos quedan al descubierto distintos sentimientos que experimentan recordando la llegada de estos/as hijos e hijas a sus vidas, retomando el vínculo de apego inicial con los mismos. Algunos deseando “llevar una torta a la salita y festejar juntos el cumple”, haciendo referencia a las personas por quienes se han sentido acompañados, esto también habla del papel que ha jugado en el trayecto de intervención el equipo de salud.

La gestión de los recursos se consideran en complementariedad: por ejemplo madres que conviven en la misma toma comparten electrodomésticos básicos como cocina y heladera, es decir, la que tiene heladera guarda los alimentos de las que no tienen, y quien tiene cocina propicia la realización de las comidas importantes de sus hijos e hijas del día y se preparan allí, mientras “comparten unos mates”, lo cual fortalece lazos y resuelve carencias.

Redes de sostén...derribando el mito de la soledad.

De la totalidad de este grupo, el 80% presenta diversas redes de sostén, el 20% están en soledad, con una red insuficiente. Se registran las crianzas en manada donde comparten madres y de alguna forma padres el cuidados de sus hijos e hijas, se observa como un niño es traído por la tía para que le “pongan las vacunas porque esta re atrasado”, ya que la madre no puede dejar sola la casa de la toma porque “las cosas en la toma están complicadas”; también en otro caso ante una pelea intrafamiliar la madre decide (sin opción,

³² Ídem cita 6.

en riesgo vital) abandonar el hogar por un tiempo, dejando sus hijos con la tía, quien suma 9 niños bajo su cuidado; "...ellos se quedan contentos porque juegan con sus primos y la tía los cuida bien"; esta tía asiste al "control de niño sano" con sus hijos e hijas y sobrinos. "...mi mamá la cuida re bien..." haciendo referencia a las abuelas maternas. Se observa que en estas crianzas hay otros, que juegan roles de importante vínculo con el niño y/o niña, para diferentes situaciones: para poder "salir a bailar con amigas", cuando la situación de pareja esta violenta, el consumo de sustancia es moneda de todos los días, y es peligroso para su hijo o hija, o para que "no vea o viva lo mismo que me pasó a mí". Estos niños/as se sienten seguro con estas abuelas y esa seguridad habla del vínculo que han generado hacia quienes responden ante sus necesidades. "Destacan un funcionamiento matriarcal de las familias pobres,...donde se hiper-valora el lugar de la mujer como madre, prescindiendo de otros soportes psicosociales" (Marotta Mendez-2017)³³

Estas madres adolescentes están acompañadas, crianzas compartidas, familiares presentes, tramas vinculares que sostienen, auxilian, se evidencian en los momentos de crisis agudas. Nunca aceptaron refugiarse institucionalmente, siempre encontraron otras alternativas, atravesando la primera aproximación a estas vidas en contextos complejos, se identifican con claridad la existencia de otros sistemas de apoyo, que podrían poner en tensión las categorías que pre conciben los equipos de salud en los enfoques de riesgo: madres solteras solas, pobres, con consumo, adolescentes, etc.

Núcleos Vitales: claves en el diseño de intervención.

Del total de las adolescentes, la mayoría se centran en la crianza de sus hijos e hijas como núcleo vital, como eje organizador deseante en sus vidas, además de ser un organizador identitarios y de pertenencia social, de "no soy nada" y "no tengo nada propio", a soy madre y empezar a ver un rol en la guardería, el jardines, la salita, desarrollo social, el barrio. "Se entiende que no es posible abordar el vínculo temprano sin considerar el lugar simbólico que tiene su hijo al darle una identidad propia: la de ser madre..." (Marotta Mendez, 2017)³⁴

Se identifica en algunas, un fuerte interés por retomar la escuela, interrumpida por los embarazos. En algunas es una expresión de deseo. Un hecho nos reveló el valor puesto allí: en el incendio de una casilla por violencia social, una integrante de este grupo de estudio, ingresa a la casilla incendiándose, con la prioridad de rescatar, para que no se

³³ MAROTTA MENDEZ, Ana Cecilia. Adolescencia y maternidad en sectores de pobreza de Montevideo. Un estudio del vínculo temprano. Universidad de la República, Uruguay.

³⁴ Ídem cita 9.

destruyan, sus útiles escolares. Estos últimos se habían gestionado desde el centro de Salud.

Vínculo de Apego

La teoría formulada por John Bowlby y Mary Ainsworth (1993) sobre el apego o vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional. Desde la actualización de la Guía de niños y Niñas en la Provincia del Neuquén, el desarrollo psicomotor toma una especial atención, considerando al Apego, como uno de los ejes organizadores del desarrollo.

Analizando las fichas de las visitas de los niños y niñas al Centro de Salud, podemos deducir, que el 80% presenta un sostén y manipulación adecuados según los parámetros de observación y el 20% es inadecuado. En la neutralización de la ansiedad el 60% se observa adecuada y el 35% inadecuada, el 5 % restante no se encontraron datos.

“A lo largo de la historia, los niños que mantienen la proximidad a una figura de apego tenían más probabilidades de recibir comodidad y protección, y por lo tanto más probabilidades de sobrevivir hasta la edad adulta. Un niño que sabe que su figura de apego es accesible y sensible a sus demandas les da un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alimenta a valorar y continuar la relación” (John Bowlby, 1993).³⁵

DISCUSIÓN

Tensiones creativas:

A través de este proceso de investigación, confirmamos la posibilidad de describir y reconocer las diferentes formas de cuidado, de este grupo de adolescentes, en contexto de complejidad. Se refleja con el aporte de Minayo:

“La Investigación cualitativa...se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad, que no puede ser cuantificado. O sea trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes lo que corresponde a espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los

³⁵ BOWLBY, J. (1993). El apego. El apego y la Perdida I. Editorial: PAIDÓS. IBERICA: Barcelona.

fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de las variables". (Minayo, 2003)³⁶

Los resultados ponen en discusión, en tensión las categorías que se pre conciben en los enfoques de riesgo: "madres solteras solas, pobres, con consumo, sin posibilidades", donde las descripciones son solo por las carencias absolutas versus la resiliencia y los factores de protección.

Estas madres adolescentes están acompañadas, crianzas compartidas, familias presentes, tramas vinculares que sostienen, auxilian, que se evidencian en los momentos de crisis agudas. Nunca aceptaron refugiarse institucionalmente, siempre encontraron otras alternativas, se identifican con claridad la existencia de otros sistemas de apoyo (vecinas en misma situación, abuelas, pares, etc).

Coincidiendo con Menéndez que sostiene:

"todo saber popular es dinámico, en determinados contextos puede ser el que evidencie mayor cambio, dada la necesidad de producir estrategias de supervivencia, es decir que paradójicamente sería el menos "tradicional" y no a patologizar todo proceso social sea conflictivo- contradictorio o no". (Menéndez, 2009)³⁷

Se demuestra en las formas que producen supervivencia este grupo de adolescentes. En los registros de las prácticas de las visitas domiciliarias y de trabajo comunitario, se observó desde lo territorial, donde en la encarnadura de lo cotidiano de estas crianzas, develaron otras dimensiones desconocidas para la lógica institucional-céntrica, interpelando las prácticas del equipo de salud.

La ficha de la guías de visitas de niños y niñas de 0 a 6 años, encontramos un ítem donde se registra los factores de protección, pero no contiene espacio específico, para registrar datos del padre/ progenitor, limitando el derecho a la identidad de esto chicos (Ley 2302). Esta investigación, da cuenta que hay un efectivo ejercicio de la paternidad.

Tampoco en las Historias Clínicas, se identifica la perspectiva de la resiliencia y los factores de protección, que abren claves de intervención. Encontramos ineficientes registros que puedan "contener" el amplio espectro de estos contenidos.

³⁶ MINAYO DE SOUZA M.C. (org.), DESLANDES S., CRUZ NETO O, y GOMEZ R. "Investigación Social: teoría, método y creatividad" Buenos Aires. Lugar Editorial. 2003

³⁷ MENENDEZ Eduardo. "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". Editorial Lugar. 2009.

Los enfoques de riesgo en clave de eficiencia, hacen que los abordajes sean en la perspectiva de la vulnerabilidad, que inhabilita, cosifica, genera imposibilidad y dependencia, coloca en lugar de pasividad al “paciente”.

Conclusión

Finalizando el proceso de la investigación, evidenciamos, que fue posible describir minuciosamente, haciendo foco íntimo en las situaciones que presentan regularidad, la creativa y diversa gama de posibilidades de producción de cuidado.

En el contexto descrito con alta itinerancia, con necesidades básicas insatisfechas, con presencia de violencias y consumo, con una coherencia en el sostenimiento de la atención en salud de sus hijas e hijos, y en el desarrollo de sin número de cuidados no preguntados en las grillas, es donde el vínculo de apego y cuidado, se construye y constituye como tal.

Observamos la develación del cuidado, en este juego de fondo figura (contexto-cuidados) que da insumos al equipo de salud, para desprejuiciar en su práctica cotidiana, supuestos de imposibilidad e intervención.

Hace falta replantear y reconocer nuevas formas de cuidados: como fomentar lazos, redes y descubrir acciones que fortalezcan los vínculos entre estos cuidadores y sus hijas e hijos.

Así estas madres se acercan al centro de salud relatándonos, dándonos a conocer el “fondo figura” de lo que hablamos y mostrar en esta investigación. Cuando hablamos de cuidado y vínculo de apego en este grupo etario y con las características mencionadas, en cuanto al entorno y zona donde viven, dan cuenta de que no hablamos de cualquier adolescente; nos lleva a detenernos a mirar desde otra perspectiva que no se basa solo en la teoría de cómo “mirar”, “evaluar” ni al “modo indicativo” común de los que trabajamos en salud.

Desafíos: ¿Cómo develamos los cuidados que se producen, en tensión con los marcos teóricos que podrían inferir como insuficientes?

No hay otra Universalidad para el sistema de salud, que esta condición de estar sujeto al suelo, de ahí el arraigo, las transformaciones, hacer salud es en el sentido del domicilio aquí y ahora. La tensión es entre la misma dosis de antibiótico, el mismo vapor indicado, pero en contexto, en la cultura, el modo de ser y estar, hace a la particularidad, a la ineludible condición de reconocer, y recorrer sistemáticamente el territorio de cada área programa, es el mundo de lo particular en la cobertura universal. Por esto es necesario Jugar estratégicamente la libertad a conquistar de los equipos de 1er nivel de atención, desarrollando la micropolítica del trabajo vivo en acto.

La inserción de este equipo en territorio, desde hace más de siete años, llamó nuestra atención y nos cautivó. Este proceso nos llevó a redescubrir otras formas de cuidado, otras prácticas afirmando nuestros supuestos ante los interrogantes planteados en esta investigación. Estamos convencidas de la existencia y de la posibilidad de brindar cuidado en medio de situaciones de vulnerabilidad social.

Queremos terminar, invitándonos a transitar el desafío, a que el sistema de salud no nos coapte en función de sí mismo y sea posible jugarlos por la construcción colectiva de la salud.

Bibliografía

-ALMEIDA-FILHO Naomar. "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones". Salud Colectiva. 2006;2(2):123-146.

-ANDER EGG Ezequiel. "Metodología del trabajo Social". Editorial el ateo. España. 1982. 4ta edición corregida y aumentada.

-AYRES, José Ricardo. "Acerca del Riesgo. Para comprender la epidemiología". Lugar Editorial. 2005. Buenos Aires Argentina.

-BOWLBY, John. "El apego. El apego y la Perdida I". Editorial: PAIDÓS. IBERICA. Barcelona 1993

-DIAZ, Guillermina. Hillert, Rebeca. "El tren de los adolescentes". Editorial Lumen/Hvmanitas. 1998 Argentina.

-CONKLIN, Jeff, Ph.D. "Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems." Editorial. Wiley, 2006.

-FOMASI, Igne, TRAVAGLINI, P. "Cuidados corporales, de acuerdo con los principios de Pikler.

https://www.piklerloczy.org/sites/default/files/documentos/palette_jaquet_travaglini_inge_chardon_fomasi_cuidados_corporales_de_acuerdo_con_los_principios_de_pikler.pdf

-GAGNETEN, María Mercedes. "Hacia una metodología de Sistematización de la Practica". Editorial Hvmanitas. 1986.

-MERHY, Emerson Elías. "Salud: cartografía del trabajo vivo." 1° Edición. Lugar Editorial. 2006. Buenos Aires Argentina.

-KRAUSKOPF, Dina Participación social y desarrollo en la adolescencia / Dina Krauskopf. -- 3a. ed. -- San José, C.R.: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2.003.

-LAMFRE L, HASDEU S. "Construcción de un indicador de privación como marco de referencia para guiar intervenciones sanitarias en la ciudad de Neuquén". Rev. Argent Salud Pública. 2016; Sep;7(28):7-11.

-MADEL, Luz. "Natural, Racional, Social. Razón Medica y Racionalidad Científica Moderna". Lugar Editorial. 1997. Buenos Aires Argentina.

-MAROTTA MENDEZ, Ana Cecilia. Adolescencia y maternidad en sectores de pobreza de Montevideo. Un estudio del vínculo temprano. Universidad de la República, Uruguay.

Disp.en:https://www.researchgate.net/publication/326630527_Adolescencias_y_maternidad_en_sectores_de_pobreza_de_Montevideo_Un_estudio_del_vinculo_temprano

-MENENDEZ Eduardo. "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". Editorial Lugar. 2009

-MINAYO DE SOUZA, María Cecília. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 251-261, dec. 2010. ISSN 1851-8265. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/283/289>.

-MINAYO DE SOUZA M. C. (org.), DESLANDES S., CRUZ NETO O, y GOMEZ R. "Investigación Social: teoría, método y creatividad" Buenos Aires. Lugar Editorial. 2003.

-MINAYO DE SOUZA M. C: "El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en Salud". Buenos Aires. Lugar Editorial. 1997.

-MORENO, E. CRIBELLI, V. KESTELMAN, N. y col. "Calidad de la atención primaria, Aporte metodológico para su evaluación". Proyecto Universidad de Tucumán. Tucumán, 1998.

-MORIN, Edgard. "Introducción al Pensamiento Complejo". Editorial Gedisa. 1990

-ONU. 2003. Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°12. "Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 4 y 42, párrafo 6 del art. 44)". Ginebra: CRC/CG/2003/5)

-PICHARDO MUÑIZ, Arlete. "Evaluación del Impacto Social, El valor de lo humano ante la crisis de ajuste". Editorial Hvmánitas. Costa Rica. Año 1993.

-PRADO SOLAR, Liana Alicia; GONZALEZ REGUERA, Maricela; PAZ GOMEZ, Noelvis y col. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electrón. [Online]. 2014, vol.36, n.6 pp. 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-8242014000600004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1684-1824.

-QUIROGA, Ana. RACEDO Josefina. "Critica de la vida cotidiana". Segunda edición Ediciones Cinco. 1990. Argentina.

-RIVIERE, Pichón; QUIROGA Ana. "Psicología de la Vida cotidiana". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires . 1985.



Concreción de una unidad de trasplante renal para adultos en un hospital público de la Provincia de Neuquén, Argentina. Estudio de caso³⁸.

López, Claudia³⁹; Dip, Matías⁴⁰, Escobar, Oscar⁴¹

Resumen

Este estudio de caso aborda los procesos político-institucionales que posibilitaron la concreción y desarrollo de la primera Unidad de Trasplante Renal (UTR) del subsector público en Neuquén, Argentina. Mejorar la posibilidad al trasplante para los pacientes con enfermedad renal crónica es clave dado que Neuquén presenta tasas elevadas de dicha enfermedad y dificultades en la equidad para el acceso de los tratamientos sustitutos. El proceso de consolidación de la UTR tiene dificultades. Por tal motivo se revisaron los procesos sociohistóricos y político institucionales actuales para identificar vulnerabilidades que deben revertirse. El marco teórico estuvo enfocado en las políticas de las necesidades sociales a través de la Etnografía Institucional como metodología. La investigación permitió visibilizar procesos y vulnerabilidades desde la compleja trama discursiva institucional y resaltó en ellas la multiplicidad de trayectorias yuxtapuestas, dimensiones temporo espaciales y la escasa participación activa de los pacientes como colectivo. Los procesos por los que se definen tradicionalmente las políticas de las necesidades poblacionales en salud no siempre resultan bastos por sí solos, se requiere de una coyuntura y una masa crítica de adeptos que colaboren a concretar y llevar adelante la innovaciones necesarias que la institución puede resistir y evitar.

³⁸ El presente estudio de Caso se realizó con financiamiento de la Dirección de Bioética e Investigación, de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, mediante una Beca del Sistema de Investigación en Salud de Neuquén (SISNe), convocatoria 2017.

³⁹ Mg. Médica epidemióloga, jefa del Servicio de Epidemiología. Mail clopezenator@gmail.com

⁴⁰ Psicólogo del Servicio de Nefrología y Unidad de Trasplante Renal. Mail: matias-dip@hotmail.com

⁴¹ Médico Nefrólogo del Servicio de Nefrología y Jefe de la Unidad de Trasplante renal. Mail: oaescobar@gmail.com

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, trasplante de riñón, etnografía institucional

Introducción y justificación

Dada la riqueza y extensión del trabajo original, este artículo se enfocará sobre todo a los aspectos conclusivos de nuestra investigación.

La enfermedad renal crónica terminal (ERC) es un problema de Salud Pública que afecta entre el 10 y 11% de la población mundial (de Francisco, 2011⁴²; OMS 2015⁴³). En Argentina, la incidencia de ERC se ha duplicado en los últimos 10 años condicionando a los sistemas de salud a contar con respuestas terapéuticas acordes (OMS/MSAL, 2010, p.59⁴⁴). Actualmente se disponen de tres tipos de terapia de reemplazo: la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (TR). De las tres opciones, el trasplante renal es el que mejores resultados ofrece en términos de sobrevida, calidad de vida y costos (Go, Chertow, Fan y col. 2004⁴⁵; OPS, 2006⁴⁶, Escobar, Melideo 2014⁴⁷; García, Harden, Chapman, 2012⁴⁸). La accesibilidad a los mismos se encuentran atravesadas por

⁴² DE FRANCISCO, A. (2011) Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. *Editorial Nefrología*; 31(3):241-6. [Versión electrónica]. Recuperado el 15 de septiembre de 2017. Disponible <http://www.revistanefrologia.com/Editorial>.

⁴³ OPS/OMS y Sociedad Latinoamericana de Nefrología (2015). Declaraciones en la página oficial en el Día Mundial del Riñón. [Versión electrónica]. Recuperado el 10 de octubre de 2017. Disponible http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015

⁴⁴ OMS/MSAL (2010). Plan Federal de Salud 2010-2016 (Borrador) [Versión electrónica]. Recuperado el 15 de marzo de 2017. Disponible <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ARG%202010%20Plan%20federal%20de%20salud%202010-2016.pdf>

⁴⁵ GO AS, CHERTOW GM, FAN D, et al. (2004). Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*; 351:1296-305. [Versión electrónica]. Recuperado el 20 de agosto de 2017. Disponible <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa041031>

⁴⁶ OPS (2006). Situation in the Americas. Basic Indicators. Recuperado el 20 de Agosto 2017. [Versión electrónica]. Disponible <http://www.paho.org/english/dd/ais/BI-brochure-2006.pdf>

⁴⁷ MELIDEO, M; ESCOBAR, O. (2014). Incorporación del Trasplante Renal para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en el Hospital Provincial Neuquén. Trabajo final, de posgrado en Evaluación de Tecnología Sanitaria. Neuquén. No publicado.

⁴⁸ GARCÍA-GARCÍA, G; HARDEN, P; CHAPMAN, J. (2017). El papel global del trasplante renal. *Rev. Nefrología* 2012;32(1):1-6. [Versión electrónica]. Recuperado el 8 de septiembre de 2017. Disponible <http://www.revistanefrologia.com>

vulnerabilidades individuales e institucionales que pueden constituirse en barreras económicas, geográficas, epistemológicas, culturales, formales, comunicacionales, subjetivas y/o políticas que impactan en la accesibilidad al tratamiento (Maffia, 2017⁴⁹; Silva y col, 2017⁵⁰; Seguí, Peri, Ramos, 2010⁵¹; De Oliveira, 2012⁵²).

En la provincia la oferta institucional de tratamientos dialíticos se encuentra distribuida en dos centros en el subsector público con dos centros, y seis centros en privados. En relación a trasplante se contaba con un centro privado de 23 años de experiencia hasta el 2017. Para entonces el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA)⁵³, mostraba que Neuquén sostenía las tasas de prevalencia de ERC más altas del país con muy baja trasplantabilidad⁵⁴. En ese contexto acontece el desarrollo y la concreción de la primera Unidad de Trasplante Renal (UTR) del Hospital Provincial Neuquén (HPN) a inicios del 2017.

A un año del primer trasplante se percibieron ciertas dificultades en su funcionamiento e integración del equipo, por lo cual el desafío actual se encuentra en identificar y en lo posible revertir las situaciones de vulnerabilidad que atraviesa la UTR.

En Neuquén hasta la actualidad, el acceso al trasplante renal desde el subsector público no había sido priorizado como política de salud y no había formado parte de la agenda hospitalaria. Como contrapartida en la última década los informes del INCUCAI-CUCAI NQN, mostraron una subutilización de los recursos y tasas de trasplante por debajo de lo esperado con impacto desfavorable en los pacientes sin cobertura social (INCUIAI,

⁴⁹ MAFFIA, D. (2015). Barreras en el ejercicio de los Derechos Humanos. Poder judicial de la Ciudad de Buenos Aires. Consejo de la Magistratura Observatorio de Género en la Justicia de la Ciudad de Buenos Aires. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género UBA. Boletín N.º 7. [Versión electrónica]. Recuperado el 2 octubre de 2017. Disponible https://cdconsejo.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/articulo_boletin_7.pdf

⁵⁰ SILVA DOS SANTOS, C; HOSSNE, W; FABRI DOS ANIOS, M. (2017). Trasplante de riñón en Alagoas: mirada bioética acerca de la vulnerabilidad de quien lo necesita. Rev. bioét. (Impr.); 25 (1): 123-29. [Versión electrónica]. Recuperado el 28 de agosto de 2017. Disponible <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251173>

⁵¹ SEGUÍ GOMÁ, A; AMADOR PERIS, P; RAMOS ALCARIO, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis Kidney Centers Holding S.L.Tarragona Rev Soc Esp Enferm Nefrol; 13 (3): 155/160 [Versión electrónica] Recuperado el 30 de agosto de 2017. Disponible revistaseden.org/files/2395_15428%20CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf

⁵² DE OLIVEIRA SOARES, I. (2009). Caminos de la educomunicación: utopías, confrontaciones, reconocimientos. Nómadas, (30). [Versión electrónica]. Recuperado el 10 de julio de 2017. Disponible <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105112060015>

⁵³ Disponible en <https://sintra.incuciai.gov.ar>. Acceso inicios de octubre 2017.

⁵⁴ Desde el año 2009 al 2015 no se registraron trasplantes en pacientes sin obra social.

2016. P. 22⁵⁵, SAN 2014 p. 9⁵⁶; Dip, 2015⁵⁷). Para mitigar dicha conflictividad ética y disminuir la inequidad se dieron mecanismos que hicieron posible el accionar hacia la concreción de la UTR (mecanismos de politización). Esto no fue fácil ni armoniosos y aún hoy se deben sortear una serie de mecanismos, y procesos que tienden a desestimar al trasplante como una necesidad prioritaria (mecanismos de despolitización) (Fraser, 1991⁵⁸, 2005⁵⁹; Pecheny, 2009⁶⁰).

Marco teórico: Según Fraser, los terrenos discursivos especializados de las instituciones atrincheran en sus propias lógicas la interpretación política de las necesidades subordinando a los grupos afectados, incluso contra sus propios intereses, a través de mecanismos naturalizados de despolitización. Cuando estas necesidades logran traspasar dichos límites se transforman en necesidades fugitivas ya que logran escurrirse de los enclaves discursivos establecidos y entran en territorios institucionales nuevos donde pasan a ser parte de las demandas que requieren acción gubernamental. Esta pensadora, esquematiza en tres momentos el análisis respecto a la génesis de las políticas sobre las necesidades los cuales podemos trasladarlos a nuestro caso de estudio: 1-establecer o negar el estatuto político de una necesidad (legitimar o validar la necesidad como política para mejorar la accesibilidad al trasplante renal a la población beneficiaria sin cobertura social); 2-Luchar por definir la necesidad, interpretarla y determinar cómo se va a satisfacer

⁵⁵ INCUCAI (2016) Procuración y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Argentina. Memoria 2016 [Versión electrónica] Recuperado el 10 de julio de 2017. Disponible https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/informes-estadisticos/memoria_2016.pdf

⁵⁶ SAN (2014) Trasplante renal. Informe 2013 [Versión electrónica] Recuperado el 10 de julio de 2017. Disponible en http://san.org.ar/2015/docs/2015/registro_dialisis/9_TRASPLANTE_RENAL_2013.pdf

⁵⁷ DIP, M. (2015) Promoción del trasplante renal dirigido a pacientes beneficiarios de Incluir Salud (Ex Pro-fe) y Subsecretaría de Salud en situación de diálisis y equipos de salud intervinientes. Informe integrador (no publicado). CUCAI Neuquén. No publicado.

⁵⁸ FRASER, N. (1991). La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-femenina de la cultura política del capitalismo tardío. [Versión electrónica]. Recuperado el 5 de septiembre de 2017 Disponible <http://www.debatefeminista.com/descargas.php>

⁵⁹ FRASER, N (2008). Escalas de justicia. Ed. Pensamiento Herder. Barcelona, España. Lectura online Recuperado el 19 de febrero de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/read/351482701/Escalas-de-justicia>

⁶⁰ PECHENY, M. (2009). La construcción de cuestiones políticas como cuestiones de salud: la “desexualización” como despolitización en los casos del aborto, la anticoncepción de emergencia y el VIH/sida en la Argentina. Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Internacional de LASA, Río de Janeiro, 11 y 14 de junio de 2009. [Versión electrónica] Disponible http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/6jornadasjovenes/EJE%205%20PDF/eje5_palopoli.pdf

(generar un proyecto factible, respaldado por los otros organismo involucrados); 3-luchar por satisfacer las necesidades (implementar y sostener la unidad de trasplante)⁶¹. Estas tres etapas suelen darse en un espacio de contienda donde hay intereses en juego de diversos grupos con distribuciones desiguales del poder. Cuando se logra abrir el debate e instalar en la agenda pública institucional necesidades que se hicieron “fugitivas”, se determinan nuevos límites, se admite el cuestionamiento de lo establecido y se generan probablemente nuevas contiendas con otros grupos de necesidades. Ya sea temporalmente o de manera sostenida, dichas necesidades fugitivas pueden convertirse en objetos de intervención estatal y ser niveladoras de equidades.

En este caso identificamos a la UTR como el catalizador-satisfactor de una necesidad fugitiva. Ella replantea su propuesta sobre justicia social que en un principio la vinculaba a la re-distribución (dimensión económica relacionada al concepto de igualdad) y al re-conocimiento (dimensión cultural, refiriéndose especial y conceptualmente a las diferencias) e incorpora la tercera dimensión, la re-presentación de carácter esencialmente político. Sin la re-presentación pública e institucional o civil no se podría lograr pensar en la justicia social, porque ésta se vincula fuertemente con los no re-presentados, con aquellos que quedan fuera de los márgenes de las políticas públicas, las conciudadanías y los niveles de participación como sujetos de derecho. Lo que para Fraser serían los desmarques del poder (Ibáñez, 2010⁶²; Fraser, 1997⁶³, 2007⁶⁴; Fraser, Honnet, 2006⁶⁵). Por lo tanto las preguntas que atravesaron este estudio de caso fueron: ¿Cuál fue la trama institucional que posibilitó el desarrollo de la unidad de trasplante renal para adultos en el HPN?; y ¿qué vulnerabilidades deben ser identificadas y revertidas para su continuidad? El propósito de responderlas es colaborar con el procesos de consolidación del equipo y sostener la habilitación lograda para continuar mejorando la accesibilidad al trasplante renal.

⁶¹ El resaltado es nuestro.

⁶² IBÁÑEZ, F. (2010). Nancy Fraser: Escalas de Justicia, Barcelona: Herder, 2008, 294 pp. Areté, 22(2), 303-310. [Versión electrónica] Recuperado el 30 de enero de 2019. Disponible http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1016-913X2010000200007&lng=es&tlng=es.

⁶³FRASER, N. (1997). *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes. Facultad de Derecho. Nuevo Pensamiento Jurídico.

⁶⁴ FRASER, N. y HONNET, A. (2006). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico Ediciones Morata y Fundación Paideia Caliza, Acoruña. [Versión electrónica] Recuperado el 7 de octubre de 2018. Disponible <https://es.scribd.com/document/286704119/Fraser-Y-Honnet-Redistribucion-O-Reconocimiento>

⁶⁵ FRASER (2007). Reconhecimento sem ética? *Lua Nova: Revista de Cultura y Política*, (70), 101-138. [Versión electrónica] Recuperado el 27 de febrero de 2019 Disponible <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452007000100006>

Metodología: La propuesta para abordar la trama institucional relacionada a las políticas sobre las necesidades fue la Etnografía Institucional (*EI*)⁶⁶ propuesta por Dorothy Smith⁶⁷. Con este enfoque se buscó identificar, situar y comprender las relaciones sociales que influyen, modelan y normalizan la vida institucional produciendo modos de hacer y pensar naturalizados (no reflexivos) que se explicitan a través de los discursos. Las relaciones sociales institucionales fueron el punto crucial del análisis. Estas relaciones en su cotidianeidad definen espacios de encuentros/ des-encuentros entre las políticas y los derechos legislados para optar por el trasplante como alternativa óptima de tratamiento. Para Smith, el concepto de Institución no parte de definir una estructura edilicia, sino que se define desde un entretejido social específico que genera un conjunto de relaciones discursivas complejas que se organizan en torno a una función particular. En este caso la institución está conformada por las personas del equipo de la UTR, el Servicio de Nefrología (incluye equipos asistencial y pacientes), jefes de servicios que participan y personal directivo y el conjunto de otros actores que contribuyeron a su concreción y habilitación⁶⁸ (Smith, 1987:160⁶⁹).

Esta metodología propone una forma de conocimiento para el abordaje de las relaciones sociales histórica y espacialmente situadas. (Yañez, 2011⁷⁰). No hay un camino pautado, pero sí un proyecto analítico que se realiza combinando diversas estrategias. Se tuvo en cuenta los posibles sesgos generados, sobre todo por el grupo investigador ya inserto en una institución a la cual teorizaron brevemente (Meira Verás, 2010⁷¹). La *EI*

⁶⁶ Método de investigación sociológico alternativo propuesto por Dorothy Smith.

⁶⁷ Smith advierte que conceptos como el de “relaciones sociales” u “organización social” no se corresponden directamente con una realidad estática, sino que se trata de maneras de “congelar” para el análisis las dimensiones de actividad de las personas, por lo cual se debe evitar siempre la reificación de estos.

⁶⁸ Referentes CUCAI NQN, INCUCAI y Unidad de Trasplante del Centro Regional de Ablación e Implante Hospital Interzonal General de Agudos “San Martín” de La Plata (UTR CRAI SUR). Se tuvo en cuenta la Organización No Gubernamental (ONG), Asociación Regional del Enfermo Renal (ARDER) por su potencial influencia en el grupo de pacientes y su enlace institucional.

⁶⁹ SMITH, D. (1987). *The Everyday World As Problematic. A Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de agosto de 2017. Disponible <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/089692059101800112>

⁷⁰ YAÑEZ, S. (2011). Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social. *Rev Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Salud*. Ed. Logos. Universidad Nacional de San Luis. Fac. Ciencias Humanas, Vol2, N°1. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de abril de 2017. Disponible <https://es.scribd.com/doc/121021555/Aportes-de-Dorothy-Smith-y-la-etnografia-institucional>

⁷¹ MEIRA VERÁS, R. (2010). Etnografía institucional: conceito, usos e potencialidades em pesquisas no campo da Saúde. *Universidade Federal da Bahia Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.2, p.58-66. [Versión electrónica] Recuperado el 15 de julio de 2017. Disponible www.redalyc.org/pdf/2653/265319571009.pdf

buscó identificar, situar y explicar la vida institucional desde los modos de decir, hacer y pensarse naturalizados, y la manera de responder ante acciones disruptivas como la UTR (Smith, 1987, 1999, 2005)⁷².

Los discursos institucionales se transformaron en prácticas textuales y experiencias rutinarias que funcionaron como ejes organizadores por su carácter replicable, reproducible e incuestionable conectando diferentes espacios, contextos y periodos (Smith, 2005⁷³). Estas prácticas institucionales se convirtieron en procedimientos documentados y documentables mediante el estudio de las representaciones sociales y el sentido común (Meira Veras, Rosado Morais, Fernandes de Medeiros, de S. Pinheiro, 2016). La *EI* como metodología requirió triangular métodos cualitativos que dieron lugar a la contrastación de dimensiones /categorías propuestas a priori (Schettini, P; Cortazzo, I. 2015).

Para este estudio se combinaron: análisis de documentación oficial y notas relacionadas a la conformación de la UTR; un mes de observación participante en el Servicio de Nefrología; diario de campo y registros informales; entrevistas en profundidad realizadas a grupo de pacientes (11) y equipos de atención/gestión (38); y grupos focales conformados por el personal de enfermería del servicio de HD (2).

Un aspecto central de este estudio ha sido la interpretación intertextual y sus cambios evolutivos que permitieron generar acciones sobre políticas de trasplante renal en el hospital. A través del análisis de contenido se ha podido develar, indagar, confrontar y relacionar estas articulaciones discursivas y visibilizar los niveles de conflicto, controversia y adhesión existentes ante la UTR. Los criterios de fiabilidad y validez se buscaron a través de la triangulación metodológica (Andréu Abela, 2010⁷⁴).⁷⁵

Como se explicitó al inicio, se desarrollarán en este artículo los aspectos conclusivos de nuestro trabajo haciendo hincapié en los descentramientos encontrados y en lo que el marco teórico y metodológicos nos aportó para que así sea.

⁷² Para Smith las relaciones de dominación son formas de conciencia socialmente diferenciadas y constituidas externamente a las personas y lugares particulares y que poder ser objetivadas en el sentido de ser reproducidas como independientes de individuos o relaciones particulares.

⁷³ SMITH, D. (2005). Punto de vista (standpoint) de las mujeres: conocimiento encarnado versus relaciones de dominación. Temas de mujeres. Revista del CEHIM. Año 8; N.º 8 (pp. 5 a 27) . [Versión electrónica] Recuperado el 15 de julio de 2017. Disponible <https://es.scribd.com/.../Dorothy-Smith-El-punto-de-vista-standpoint-de-las-mujeres-p>

⁷⁴ ANDRÉU ABELA, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro Estudios Andaluces, Universidad de Granada, v.10, n. 2, p. 1-34. [Versión electrónica] Recuperado el 20 de octubre de 2017. Disponible <http://www.public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

⁷⁵ Los aspectos éticos, consentimientos informados y conflicto de intereses, así como otros aspectos metodológico se explicitan en el trabajo completo.

Desarrollo y conclusiones

Las instituciones de salud del subsector público de la provincia están organizadas por su complejidad y relacionadas entre sí y con el subsector privado por los sistemas de derivación y de referencia y contrarreferencia. Nuestro hospital tiene la mayor complejidad y es centro de derivación para la mayoría de las subespecialidades médicas. Su dependencia administrativa y la articulación de políticas es directa con el Ministerio de Salud de la Provincia a través de la Subsecretaría de Salud como eje articulador. Si bien tiene capacidad autogestiva, cambios en la misión y visión organizacional así como la incorporación de tecnología (ya sea de infraestructura, estructural o de recursos humanos especializados) requiere el apoyo de los niveles políticos y de gestión superiores a él. Así, una política en salud como el acceso al trasplante renal desde un hospital público debió cumplir con aspectos normativos y prescriptivos e implicó la intervención y participación de una cadena de actores, algunos de los cuales no estuvieron en congruencia con los contenidos normativos de dicha propuesta. Durante su concreción se sumaron los procesos de burocratización técnica y administrativa, relaciones hegemónicas y cambios de gobierno, que no siempre compartieron los objetivos e intereses de quienes habían formulado el proyecto y su implementación. Se observaron ambigüedades, resistencias, lógicas contrapuestas que convivieron e hicieron visibles otras necesidades que se concatenaron para dar curso a las acciones concretas, quedando al día de la fecha aspectos pendientes o sin resolución desde la gestión (Fraser, 1991).

Un aspecto central fue desnaturalizar lo que vivimos como dado dentro de las instituciones de salud y que está relacionado a quienes evalúan necesidades, cómo se priorizan, quiénes participan y en base a qué se definen las acciones. La lógica epidemiológica cuantitativa ha sido clave en el caso de acceso al trasplante como necesidad a abordar desde las políticas de salud pero no fue suficiente en otras etapas que precedieron a la UTR actual. Años previos, estando esta justificación e incluso la financiación y los indicadores desfavorables de Neuquén en procuración, lista de espera y trasplante, no había un contexto provincial y hospitalario adecuado. Las repercusiones de conflictos políticos sindicales-gremiales y las crisis sucesivas no generaron el plafón relacional-vincular adecuado para asumir ese desafío. La UTR tuvo antecesores alejados por varios años del proyecto actual, nuestra hipótesis es que el contexto y los actores sociales fueron insuficientes para conformar una masa crítica que desde direcciones distintas involucraran organizaciones diferentes para que su ejecución termine siendo posible.

Por otro lado ni la ONG ARDER que representa a este grupo poblacional, ni los pacientes individualmente han sido parte de la discusión. Es más nosotros como

investigadores nos centramos en los pacientes para este estudio y reproducimos la omisión de no incluir en el grupo de trabajo a ninguna persona con ERC atendida en el HPN.

Las diferentes espacialidades implicadas permitió reconocer un mayor grado y tipos de diferenciación de los grupos y niveles de decisión (Massey, 2004⁷⁶; 2005⁷⁷). En este sentido la accesibilidad al trasplante requirió de la incorporación de tecnología y un desarrollo hacia la alta complejidad, por ende no solo se estaba atravesando un proceso de cambio desde la UTR sino que la organización hospitalaria en su conjunto estaba modificando sus propósitos, objetivos y estrategias de funcionamiento. Esto trajo aparejado un posicionamiento político institucional diferente hacia la alta especialización y diversificación cuyas consecuencias inmediatas se vivieron como fragmentación de disciplinas, prácticas y espacialidades. Acompañando a este proceso, el perfil y las formas de atención del ERC se fueron modificando (Tobar, 2008⁷⁸).

La UTR está formada por personas de diferentes servicios los cuales tienen diferentes dependencias e influyen en múltiples sectores del hospital y fuera de este, pero el Servicio de Nefrología es el espacio por excelencia donde la necesidad del trasplante se vuelve palpable. Este servicio representa el espacio donde se establece el contacto inicial y posterior con los pacientes trasplantados.

En este sentido hay que situarse en el tipo de relaciones peculiares que se suscitan y exigen por parte de los pacientes una relación constante con los equipos de salud. Sin discriminar tratamiento, se conforma un vínculo permanente paciente-técnico/enfermero-profesional de por vida. Si bien es cierto que las significaciones que resultan de ese vínculo son específicas a cada quien, hay procesos identitarios comunes relacionados a su enfermedad y los tratamientos que realicen. La cronicidad de la enfermedad y los tratamientos constriñen las relaciones sociales dentro de la institución y la traspasan convirtiéndose en ejes ordenadores de la vida, se quiera o no.

El Servicio de Nefrología organiza un sinfín de actividades y tareas que entran en una tensión constante entre los pacientes con sus variados recursos para transitar su

⁷⁶ MASSEY, D. (2005). Política de la espacialidad. Algunas consideraciones en Arfuch (comp.) Pensar este tiempo. Espacios, afectos, pertenencias. (pp. 101-128) Ed. Paidós, Buenos Aires [Versión electrónica] Recuperado el 23 de abril de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/98439585/Filosofia-y-politica-de-la-espacialidad-algunas-consideraciones-Doreen-Massey>

⁷⁷ MASSEY, D. (2004). Lugar, identidad y geografías de la responsabilidad en un mundo en proceso de globalización. Treballs de la Societat Catalana de Geografia, 57, pp. 77-84. [Versión electrónica] Recuperado el 23 de abril de 2019. Disponible <http://revistes.iec.cat/index.php/TSCG/article/viewFile/54650/54846>

⁷⁸ TOBAR, F. (2008). ¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales. [Versión electrónica] Recuperado el 30 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/document/378932960/Tobar-2008-Hacia-Donde-Va-el-Hospital>

enfermedad y el grupo técnico-profesional con sus características, recursos creativos y modos de intervenir. El poder profesional y técnico se instituye y naturaliza en los modos de control y las formas de ordenamiento social dentro del servicios y en la vida de los pacientes. Todos estos aspectos y otros más se expresan en el lenguaje, en esas tramas discursivas institucionales rutinarias e impersonales (Meira Veras y col, 2016⁷⁹).

En este sentido, la observación participante permitió hacer legibles las múltiples interacciones de experiencias cotidianas colectivas e individuales, territorialidades, articulaciones y resistencias como una forma de ejercer y lidiar con situaciones de poder concretos (Oslender, 2002⁸⁰; Lefebvre, 1976⁸¹, Becker, 1997⁸²).

El Servicio de Nefrología funcionan en un anexo fuera de la estructura hospitalaria principal. La sala de HD es un lugar donde los pacientes parecen poner su vida en pausa, pero es un tiempo vital necesario para continuar. En esas salas los modo de existencia individual parecen protegerse dentro de una aparente pasividad para que no se desdibuje el valor potencial como personas y que siga siendo posible cierta "reanudación" al salir del sillón-máquina. La HD es el tratamiento sustitutivo más frecuentemente utilizado y sobre el cual pesan las comparaciones más crudas sobre las ventajas del trasplante. La observación participante fue un insumo valioso para comprender el espacio no solo como estructura edilicia, continente y depósito, sino como frontera, límite, lenguaje no verbal, como construcción vincular (Roussillon, 1991⁸³). La compartimentalización, la territorialidad, las

⁷⁹ MEIRA VERÁS, R; ROSADO MORAIS, F.; FERNANDES DE MEDEIROS, L; DE SOUZA PINHEIRO, V. (2016). Etnografía Institucional: possibilidades e limites na investigacao qualitativa em saúde. Atas CiaiQ. Investigación qualitativa em saúde. Vol 2. [Versión electrónica] Recuperado el 15 de julio de 2017. Disponible <https://www.escavador.com/sobre/.../fatima-raquel-rosado-morais>

⁸⁰ OSLENDER, U. (2002). Espacio, lugar y movimientos sociales: hacia una "espacialidad de resistencia". Scripta Nova Revista Electrónica Vol. VI, núm. 115, [Versión electrónica] Recuperado el 11 de febrero de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/document/12591657/Espacio-Lugar-y-Movimientos-Sociales-Hacia-Una-espacialidad-de-Resist-en-CIA>

⁸¹ LEFEBVRE, H. (1976). Reflexiones sobre la política del espacio. En Espacio y Política. (pp.43-62) Editorial Península. Serie Universitaria. Historia/Ciencia/Sociedad (1ª Ed.). Barcelona. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/112004867/Espacio-y-Politica-H-Lefebvre>

⁸² BECKER, H. (1997). Evidências de Trabalho de Campo em Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. (3a ed.) Editora HUCITEC, São Paulo. [Versión electrónica] Recuperado 20 de agosto 2018. Disponible http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/M%E9todos%20de%20pesquisa%20em%20Ci%EAncias%20Sociais.pdf

⁸³ ROUSSILLON, R. (1991). Espacios y practicas institucionales. La liberación y el intersticio, In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. & VIDAL, J.P. (orgs.). A instituição e as instituições. Traducción de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo. (pp. 188-212). [Versión electrónica] Recuperado el 23 de marzo de 2019. Disponible <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/institucional/ex%20schejter/UNIDAD%2010/Unidad%2010%20Kaes R - La Institucion Y Las Instituciones-libre.pdf>

separaciones disciplinares, el sentido de propiedad, la apropiación de roles y las representaciones sobre la HD y el trasplante.

El espacio como estructura perimida, sectorizada, anexa, distanciada y requiere generar puentes, líneas de comunicación e intercambio. La falta de privacidad, la incomodidad en la atención, las interrupciones naturalizadas y los lugares multifunción son parte del escenario cotidiano de la institución en los cuales resulta difícil habilitar la palabra de manera abierta y plural promoviendo el trasplante como opción. Hay que tener en cuenta la ruptura relacional que produce el paciente que se trasplanta y dejan la sala de diálisis, sobre todo enfermería. Este grupo de profesionales en su mayoría manifestó su resistencia a colaborar con la UTR de manera implícita y explícita. Malestares contenidos y consciencia de su poder como grupo de trabajadores los llevaron a tomar otro posicionamiento ante aquello que modifica, irrumpe y se convierte en arena de nuevas conquistas.

La resistencia, amenazas y conflictos generados ante la UTR no fueron ni son homogéneos y tienen diferentes protagonistas como lugares desde donde manifestarse. Uno de los sentires explicitados tuvieron que ver con la sensación de lo impuesto, lo inconsulto, lo convidado, lo no gestado desde el adentro de cada servicio⁸⁴. Otras resistencias estuvieron centradas en las dificultades que tiene un trabajo de equipo desde diferentes dependencias. También ha jugado el temor a no poder responder al nuevo desafío, hacer circular la palabra, reorganizar la atención, tener que responsabilizarse de más trabajo por la misma remuneración. Pero ha sido muy intensa la percepción del poder y uso de los espacios, las territorialidades no solo estructurales sino disciplinares llegando a generar “exilios, nomadismos y extranjerismos” sobre todo entre el grupo de enfermería y cirugía.

Los tiempos para gestar y gestionar nuevos proyectos o modificar lógicas/abordajes a problema al ser disruptivos institucionalmente, requieren de una temporalidad diferente que va más allá de las modificaciones edilicias, capacitaciones, contratos y habilitaciones, y que se extiende en general más allá de dos gestiones de gobierno. Esto parece repetirse desde diversas experiencias de otros servicios y de la UTR de CRAI SUR y que nos fueron compartidas durante la investigación. Para apoyar la elaboración de proyectos un formato técnico y tecnológico queda estrecho. El proyecto y su posible existencia siempre tendrán

⁸⁴ El proyecto actual de la UTR surge en el contexto de un postgrado de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y fue requisito para la aprobación del curso. Por eso no fue gestado desde diversos servicios sino que fue elaborado por los dos nefrólogos que luego coordinaron la puesta en marcha del proyecto.

que ver con los sujetos envueltos en su desarrollo y las relaciones intersubjetivas. Todo proyecto requiere abrirse a otros referenciales disciplinarios (Onocko Campos, 2004⁸⁵).

Las necesidades de equipamiento y recurso humano, insumos, disponibilidad de lugares son requisitos para su óptimo y fluido funcionamiento y requieren coordinar niveles de gestión diferentes, esparcidos en edificios separados. Estas distancias se naturalizan como también la discontinuidad de la palabra escrita o verbal. Estos produce dilaciones, postergaciones y hasta indiferencia en ciertos niveles de la gestión, siendo modos de despolitizar deslegitimando el reclamo claramente justificado. Permear lentamente estas “barreras” requiere poner en marcha otros dispositivos o prácticas.

Ver organizacionalmente las representaciones de un grupo significa incorporar al análisis los aspectos estructurales, burocráticos, códigos profesionales, actividad y características de los usuarios (Becker, 1997⁸⁶). Para su concreción, puesta en marcha y actual proceso de consolidación también se requirieron y requieren formas de distribución, reconocimiento y representación que tienen que ver con los equipos asistenciales y auxiliares para evitar la generación de otras inequidades. El conflicto, las diversas luchas por los derechos, el poder intra e intergrupar, las conquistas y jerarquías, son relaciones dinámicas cuya estabilidad ha sido variable y pusieron en jaque más de una vez los cambios de escenarios y el protagonismo de ciertos actores sociales. A esto se suma el contexto de los últimos años en el cual la superposición de protestas, paros activos y pasivos, quite de colaboración, impregnaron la vida hospitalaria (Fraser, 2008⁸⁷).

Las modificaciones estructurales que la UTR debió generar para su funcionamiento nos hace volver sobre las políticas del espacio y la planificación (Lefebvre, 1976⁸⁸). Las contradicciones del espacio no son producto de su forma racional sino del contenido práctico y social que contiene y sostiene. El plano institucional se encuentra lidiando entre las necesidades de ordenación y los proyectos parciales que conllevan negociación

⁸⁵ ONOCKO CAMPOS, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del ma-estar en la institución hospitalaria Publicado en: Salud Colectiva, Spinelli (coord.) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina; pp.103-120.

⁸⁶ BECKER, H. (1997). Evidências de Trabalho de Campo en Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. (3a ed.) Editora HUCITEC, São Paulo. [Versión electrónica] Recuperado 20 de agosto 2018. Disponible http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/M%E9todos%20de%20pesquisa%20em%20Ci%EAncias%20Sociais.pdf

⁸⁷ FRASER, N. (2008). Escalas de justicia. Ed. Pensamiento Herder. Barcelona, España. Lectura online Recuperado el 19 de febrero de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/read/351482701/Escalas-de-justicia>

⁸⁸ LEFEBVRE, H. (1976). Reflexiones sobre la política del espacio. En Espacio y Política. (pp.43-62) Editorial Península. Serie Universitaria. Historia/Ciencia/Sociedad (1ª Ed.). Barcelona. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/112004867/Espacio-y-Politica-H-Lefebvre>

territorial entre servicios como Clínica Quirúrgica, Quirófano, Terapia Intensiva de Adultos, y enfermería de la UTR (Lefebvre, 1976⁸⁹; Baremlitt, 1992⁹⁰). Respecto a la planificación de la UTR, Lefebvre (1976⁹¹) sigue aportándonos otros modos de pensar. Él hace referencia a tres aspectos cruciales a la hora de planificar modificaciones edilicias: 1) el aspecto material (matrices); 2) los aspectos financieros (estudio de costes y fuentes de financiamiento), y 3) los aspectos temporo-espaciales. Los dos primeros predominaron en el proyecto y la concreción. El tercer aspecto fue incompleto y estuvo privilegiado por quienes tuvieron que generar las adhesiones correspondientes. Los aspectos temporo-espaciales suponen: estructuración de localizaciones, redes de intercambio, comunicación, fluctuaciones y profundizar sobre el conocimiento de las prácticas de equipos de trabajo diferentes. Esto es debido a la representación del espacio como objeto, como medio y no como mediación. Parte de este déficit en la planificación fue casi inevitable y llevó a priorizar explícitamente los aspectos relacionados los momentos perioperatorios y quirúrgicos en esta etapa de consolidación.

Quienes planificaron las acciones e intervenciones para dar lugar a la realización de los trasplantes renales en nuestro hospital, tuvieron claridad y consciencia del lugar organizacional. Poner en marcha la UTR implicó movilizar recursos, voluntades y crear las condiciones de viabilidad (esfera política). Los problemas detectados y los que surgieron, no se dieron en abstracto y requirieron un conjunto de acciones estratégicas que consistieron en ampliar y aprovechar los grados de libertad disponibles dentro de las restricciones existentes. Aparecieron también dificultades adicionales que interfirieron en la comunicación entre los diferentes niveles de decisión por sus lógicas de abordaje distintas y el amplio campo de conflictos que se abrió a partir de estas diferentes perspectiva. Aumentar las condiciones de gobernabilidad implicó abandonar cualquier pretensión de totalidad, focalizando el accionar en el número mínimo de procesos de mayor impacto y factibilidad, compatibles con las restricciones existentes en la coyuntura y previsibles dentro del horizonte de lo exigido para la habilitación del INCUCAI (Chorny, 1998⁹²). Estuvo y sigue estando restringida la disponibilidad y flexibilidad de los recursos requeridos que ayudarían a potenciar los procesos de cambio y la confianza del equipo.

⁸⁹ LEFEBVRE, H. (1976). Reflexiones sobre la política del espacio. En Espacio y Política. (pp.43-62) Editorial Península. Serie Universitaria. Historia/Ciencia/Sociedad (1ª Ed.). Barcelona. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/112004867/Espacio-y-Politica-H-Lefebvre>

⁹⁰ BAREMBLITT, G. (1992). Compendio de análisis institucional y otras corrientes: teoría práctica. Rio de Janeiro. Sao Pablo: Livraria Atheneu [Versión electrónica] Recuperado el 30 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/299130006/BAREMBLITT-ANALISIS-INSTITUCIONAL>

⁹¹ Ídem.

⁹² Ídem

La falta de comunicación y respuesta oportuna y suficientemente argumentada respecto a los reclamos generaron diversos tipos de sufrimiento institucional y pueden hacer perder de vista lo logrado y las fortalezas grupales emancipadoras y transformadoras. La no palabra también puede ser acto (Onocko Campos, 2004⁹³; Kaes, 1991⁹⁴). Esto puede acentuarse cuando se atraviesan cambios de gestión o predominan la burocratización de las prácticas forma de alienación profesional basada en la repetición acrítica de acciones (Kaës, 1991⁹⁵; Liñan Viña y Bottaro, 2016⁹⁶). Así las necesidades de los servicios se constituyen en demandas, que generan presiones para obtener una respuesta (Pastorini, 2000⁹⁷).

Superar las fragmentaciones y las dilaciones no debe ser azaroso ni bien intencionado debe ser parte de las políticas institucionales pues a la espera de tiempos más propicios los costos sociales pueden resultar más elevados que su puesta en práctica (Lefebvre, 1976⁹⁸; Torres 2016⁹⁹). El acento en los resultados puede ser una efectiva coraza política, el problema es más profundo que eso (Albert y Benach, 2012, p.242¹⁰⁰).

⁹³ ONOCKO CAMPOS, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del ma-lestar en la institución hospitalaria Publicado en: Salud Colectiva, Spinelli (coord.) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina; pp.103-120

⁹⁴ KAES (1991). La liberación y el intersticio, In: Kaës, y col.(orgs.). A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo. (pp. 188-212). [Versión electrónica] Recuperado el 23 de marzo de 2019. Disponible <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/institucional/ex%20schejter/UNIDAD%2010/Unidad%2010%20Kaes R - La Institucion Y Las Instituciones-libre.pdf>

⁹⁵ Ídem.

⁹⁶ LIÑAN VILA, M.; BOTTARO, M. (2016). Las prácticas y la cultura institucional. Una tensión que atraviesa las intervenciones en salud. Producciones de fin de grado Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Año 6 - Nro. 12 [Versión electrónica] Recuperado el 23 de marzo de 2019. Disponible <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/12/Revista-debate-publico-Nro.-12.pdf#page=175>

⁹⁷ PASTORINI, A. (2000). ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría "Concesión-conquista". En Borgiani, E y Montaña, C. (coord.) La Política Social hoy. Cortez Editora. Sao Paulo. [Versión electrónica] Recuperado el 24 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/97805798/PASTORINI-Quien-Mueve-Los-Hilos-de-Las-Politicas-Sociales>

⁹⁸ LEFEBVRE, H. (1976). Reflexiones sobre la política del espacio. En Espacio y Política. (pp.43-62) Editorial Península. Serie Universitaria. Historia/Ciencia/Sociedad (1ª Ed.). Barcelona. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de marzo de 2019. Disponible <https://es.scribd.com/doc/112004867/Espacio-y-Politica-H-Lefebvre>

⁹⁹ TORRES, F. (2016). Henri Lefebvre y el espacio social: aportes para analizar procesos de institucionalización de movimientos sociales en América Latina—La Organización Barrial Tupac Amaru (Jujuy-Argentina). Sociologías, 18 (43), 240-270. [Versión electrónica] Recuperado el 10 de abril de 2019. Disponible <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004311>

¹⁰⁰ ALBERT, A. & BENACH, N. (2012). Doreen Massey. Un sentido global del lugar. Icara, Espacios críticos. Barcelona (1º Ed).

El enfoque desde los niveles de gestión debería estar dirigido a colaborar en que el funcionamiento de la UTR del HPN se dé con la mayor fluidez posible y revisar qué resultados se deberían tomar como indicadores de su desarrollo en esta etapa de consolidación y crecimiento.

Otro aspecto reiterado y sentido, es la falta de reconocimiento económico de algunos miembros de la UTR. La base de este particular reclamo está sustentada en el plusvalor que implica el desempeño en campos muy especializados en un hospital de alta complejidad y la doble dependencia (servicio de pertenencia inicial y la UTR).

Lo heteromorfo y heterogéneo que resulta de esa multiplicidad de actores y lugares decisorios que conformaron y hacen posible el desarrollo de la UTR, fue también lo que a su vez construyó, posibilitó. Desde nuestro análisis desde los espacios micro sociales posibilitó distinguir la existencia de redes relacionales y una pluralidad de actores que en definitiva hicieron posible mejorar el acceso al trasplante renal desde el subsector público de salud.

Llegado a este punto en este trabajo fueron más que nada mujeres las que más acompañaron y generaron cambios desde los modelos de gestión. Movieron de manera diferente las piezas en todos los niveles desde lo participativo, estratégico, el accionar. Probaron modos novedosos porque creemos se atrevieron a cambiar las preguntas.

Respecto a ARDER sería muy importante su presencia e inclusión para trabajar en conjunto. Esto requiere pensar estrategias y contar con referentes hacia el interior de la provincia y en el subsector público de salud donde las situaciones de distancia y posibilidades de atención especializada se encuentran más acotadas.

Un aspecto que tocamos casi de soslayo es la necesidad de fortalecer la red de referentes para el estudio pre-trasplante y el seguimiento postrasplante.

Sobre los orígenes de la UTR del HPN existieron diferentes trayectorias relativamente independientes entre sí. Massey (2005¹⁰¹) nos dice que en los espacios institucionales coexisten multiplicidad de historias simultáneas que al articularse potencian la posibilidad de concretarse como una polifónica. Es ese espacio como proceso del devenir, incompleto e inconcluso el que da lugar a pensar en el futuro favorable para la consolidación de la UTR del HPN. Laclau (citado por Massey, 2005, p.109¹⁰²) agrega “solo si concebimos el futuro como genuinamente abierto podríamos aceptar o adherir a una noción genuina de política”.

¹⁰¹ MASSEY, D. (2005). Política de la espacialidad. Algunas consideraciones en Arfuch (comp.) Pensar este tiempo. Espacios, afectos, pertenencias. (pp. 101-128) Ed. Paidós, Buenos Aires [Versión electrónica] Recuperado el 23 de abril de 2019 Disponible <https://es.scribd.com/doc/98439585/Filosofia-y-politica-de-la-espacialidad-algunas-consideraciones-Doreen-Massey>

¹⁰² Idem.



Novedades



Finalizando el año se realizaron los dos últimos seminarios presenciales, en el marco del Curso de Actualización en Bioética y Salud Colectiva organizado desde la Dirección de Bioética e investigación. El primero de ellos se denominó “Derechos sociales en salud – La tarea de los agentes sanitarios”, y se desarrolló en la ciudad de Senillosa. El segundo, abordó el tema “Suicidio: impacto en la comunidad, abordaje interinstitucional”, y se desarrolló en el Hospital de la ciudad de Junín de los Andes.

A continuación compartimos sus respectivas reseñas.

- 3^{er} Seminario: “Derechos sociales en salud: La tarea de los agentes sanitarios”

Se realizó el día 30 de agosto en la casa de la Juventud, Senillosa. La organización estuvo a cargo de los integrantes del Comité de Bioética Asistencial de Zona Sanitaria Metropolitana Oeste - Zona 1.

Participaron de la jornada trabajadorxs de salud de distintos sectores y hospitales del Sistema Público de Salud, integrantes de la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial y se contó con la presencia del Director del Hospital Néstor Miranda y el Jefe de Zona Sanitaria Metropolitana Horacio Ciavatti. La apertura y bienvenida estuvo a cargo de lxs Coordinadores de la Red Provincial de CBA, Ximena Fuentes Zuñiga, Mauricio Ojeda y Fernando Martínez.

La jornada se centró en los relatos de los procesos asistenciales que acompañan lxs agentes sanitarios de cada una de las Zonas Sanitarias. Los objetivos de la misma fueron:

Difundir la tarea que desempeñan lxs agentes sanitarios y su relación con los derechos de las personas en la atención sanitaria.

Promover el conocimiento de los derechos de las personas que deben ser garantizados en la atención de salud.

Propiciar el debate y la reflexión acerca de las prácticas e intervenciones que realizan lxs agentes sanitarios y su implicancia en los derechos de las personas en la atención sanitaria.

Expusieron por Senillosa Nélda Miqueas, Elio Muñoz, Estefanía Rivera y Estela Villamonte en representación de Zona Sanitaria I; Marianela Romero, de Plottier por la Zona Sanitaria Metropolitana; Susana Lillo en representación de Zona Sanitaria III; Castillo Miriam de Rincón de los Sauces y Verónica Mellado de Cutral Co, por Zona Sanitaria V; de Zona Sanitaria II, Leonardo Salinas de Zapala; y de Zona Sanitaria IV, Lucas Neira y Ayelén Andrade.

El enfoque de derechos recorrió cada una de las experiencias relatadas. Profundizando sobre la importancia de entender cómo las intervenciones y prácticas involucran los derechos de las personas asistidas. Así por ejemplo, se advirtió que lxs integrantes de los equipos de salud tienen acceso a la intimidad de las personas en razón de la necesidad de éstas para resolver un problema de salud. Igualmente, otros derechos señalados como implicados en las intervenciones que realizan lxs agentes sanitarios fueron, la accesibilidad a la atención sanitaria, la confidencialidad y el respeto a las decisiones acerca de la propia vida y/salud.



- 4^{to} Seminario: “Suicidio: impacto en la comunidad, abordaje interinstitucional”

El mismo se dictó el día 8 de noviembre en el Salón de Usos Múltiples del Hospital de la ciudad de Junín de los Andes. La organización estuvo a cargo de lxs integrantes del CBA de Zona Sanitaria IV. Asistieron a la jornada aproximadamente 80 personas, entre las cuales se encontraban: trabajadorxs de salud de distintos sectores y hospitales del Sistema Público de Salud, integrantes de la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial, integrantes de la Red interinstitucional de Prevención del Suicidio y el Equipo de Investigación local interdisciplinario en la temática y personas pertenecientes a otra

instituciones de la localidad. Acompañaron la Jornada el Director del Hospital, Dr Agustín Fagés y el Jefe de Zona Sanitaria IV, Nestor Saenz.

De la red Interinstitucional expusieron lxs asesorxs pedagógicos Laura Costa, Marina Pollitzer, Astier Mauro, el docente Antonio de Bernardín, el docente y antropólogo Skliar Mariano, el antropólogo Romero Martín de la Subsecretaría de la Niñez y Adolescencia, y la trabajadora social del hospital Sandoval María de los Angeles. Fue de gran interés compartir los procesos de trabajo y las experiencias que vienen desarrollando y significó un aprendizaje para todxs la manera de abordar un tema tan complejo que preocupaba a la población en su conjunto.

Se destaca, su desarrolló en forma de proceso que involucró a diferentes actores sociales partiendo de una problemática dolorosa y compuesta por múltiples aspectos.

Luego, Sandoval María de los Ángeles, Skliar Mariano, Pollitzer Marina, Astier Mauro, Asato María Eugenia y Hadad María Fernanda del equipo Interdisciplinario de Investigación en la temática, ganador de una beca SiSNe, compartieron los primeros hallazgos en su proyecto “Aspectos psicológicos y socioculturales del fenómeno del suicidio en

Junín
de los
Andes,
2016-
2018”





Revista Patagónica de Bioética

Instrucciones para lxs autorxs

Especificaciones

1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5.

2. Título del artículo centrado en letra negrita, utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda.

3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.

4. Resumen de hasta 150 palabras. Palabras Clave tipo: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.

Optativo:

- Resumen en inglés, en letra Arial tamaño 9 con interlineado 1,5.

- Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas.

5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.

6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).

7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.

8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres

líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.

9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.

10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (año). título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año). Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). *Ética y derechos Humanos*. Ed. Astrea, Buenos Aires.

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en:

<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.