CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR DESDE LAS EPISTEMOLOGÍAS DEL SUR. CONCEPTOS, MÉTODOS Y CASOS

editorial FEDUN

CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR DESDE LAS EPISTEMOLOGÍAS DEL SUR. CONCEPTOS, MÉTODOS Y CASOS

editorial FEDUN

Cárcamo, Silvia Noemí
Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos / Silvia Noemí Cárcamo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FEDUN, 2021.
Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3640-33-9

1. Enfermería. 2. Teorías Científicas. 3. Medicina Comunitaria. I. Título.
CDD 610.7301

Equipo Editorial:
Director Editorial: *Daniel Ricci*
Director Ejecutivo: *Claudio Di Tocco*
Coordinación Editorial: *Miguel Petridis*
Asistencia de Producción: *Julián Talledo*
Diseño Gráfico y Maquetación: *Edgardo Chanquia*

©2021 Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de esta publicación pueden reproducirse, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin previa autorización escrita del editor.

Editorial Fedun
Azcuénaga 770, CABA
Tel. (011) 4961-9132/5834
Hecho el depósito que establece la ley 11.723

CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR DESDE LAS EPISTEMOLOGÍAS DEL SUR. CONCEPTOS, MÉTODOS Y CASOS

CONTENIDO

	Contenido	004
	Editorial	008
	Prólogo	010
	Autoras/es	012
	Introducción	022
CAPÍTULO I	De pandemias, resistencias y oportunidades (I): América latina en el espejo de la historia ***Ojeda Alejandra, Moyano Julio***	047
CAPÍTULO II	De pandemias, resistencias y oportunidades (II): El desafío de ser uno con otros. ***Ojeda Alejandra, Moyano Julio***	073
CAPÍTULO III	Acercamientos filosóficos en relación al buen vivir y bienestar ***Benitez Alfredo, Fortunato Mabel***	103
CAPÍTULO IV	Pensar la pandemia en clave nacional. Reflexiones en torno al rol del estado y la comunidad organizada en tiempos de crisis ***Mara Espasande, Bonforti Emmanuel, Di Vincenzo Facundo***	126
CAPÍTULO V	De las tramas invisibles del cuidado, al cuidado como acto político ***Luzuriaga María José, Zunino Marina Gabriela***	149
CAPÍTULO VI	Política de cuidados de la vida en tiempos de pandemia-reflexiones sobre el legado del movimiento de derechos humanos en argentina ***Garaño Santiago***	206
CAPÍTULO VII	Salud mental y trabajo en contexto de pandemia-experiencias y resultados preliminares del plan nacional de cuidado de trabajadores y trabajadoras de la salud en argentina ***Aguirre José Luis, Medina Arnaldo, Silberman Pedro, López Guadalupe***	214

CONTENIDO

CAPÍTULO VIII	Transformación del modelo de cuidados a partir de la intervención en la micropolitica ***Carcamo Silvia, Alcaráz María Del Carmen***	233
CAPÍTULO IX	Diagnostico e intervención en la micropolitica del cuidado-metodología basada en la teoría de sistemas ***Carcamo Silvia***	249
CAPÍTULO X	Hacia un horizonte integral de la dolencia humana y su cuidado ***Arndt Emma, Azcurra Julio***	268
CAPÍTULO XI	Salud mental desde la perspectiva del buen vivir y el bienestar ***Fortunato Mabel, Antonioli Claudio, Fontenla Javier, Benítez Alfredo, Fiumara María***	292
CAPÍTULO XII	Padecer, expresar y cuidar ***Jacquier Nora, Dos Santos Luisa***	334
CAPÍTULO XIII	Retazos, hilos y agujas que tejen salud mental: experiencias de cuidado comunitario ***Arias López Beatriz Elena***	362
CAPÍTULO XIV	Activos de salud para el bienestar y buen vivir ***Martínez Riera José Ramón, Sainz Ruiz Pablo***	391
CAPÍTULO XV	Determinación social de la salud: tensión epistemica y ético política ***Franco Alex, Carcamo Silvia***	406
CAPÍTULO XVI	La educación para un buen vivir ***Fernández Carlos Antonio***	432
CAPÍTULO XVII	Formación de los profesionales de salud. Reflexiones ético-políticas ***Agüero Lucas***	439
CAPÍTULO XVIII	Paradigma emergente y buen vivir- reformar el pensamiento humano para poder reformar las instituciones educativas desde el paradigma emergente ***Sanabria María Del Carmen***	453

CONTENIDO

CAPÍTULO XIX	Los cuerpos que modelamos, idealizamos, encarnamos, descartamos. Una posible cartografía del buen-vivir, diseñada desde el sur de los cuerpos y sus resistencias ***Martinez Gladyz***	469
CAPÍTULO XX	Cuerpos, Vejeces Y Pandemia Por Covid-19. Reflexiones Desde La Perspectiva Del Buen-vivir ***Martinez Gladyz***	498
CAPÍTULO XXI	Entorno y practicas corporales de las personas mayores desde la perspectiva del buen vivir ***Alvarez Maria Jose***	491
CAPÍTULO XXII	Practicas corporales vinculadas al buen vivir ***Orero Mariana***	498
CAPÍTULO XXIII	El desafío del deporte en la actualidad como una forma de juego sin exclusiones para los adultos mayores ***Etkin María Elena***	514
CAPÍTULO XXIV	Tecnología y sociedad. Reflexiones sobre el rol de las tecnologías en contexto del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) ***Donati Juan Ignacio***	533
CAPÍTULO XXV	El buen vivir y la buena alimentación ***Gonzalez Manriquez Claudia***	551
CAPÍTULO XXVI	Alimentación basada en plantas ***Esliman Celeste***	567
CAPÍTULO XXVII	Pensar las lactancias desde la perspectiva del buen vivir ***Millenaar lara***	581
CAPÍTULO XXVIII	Cuidado y espiritualidad ***Fiumara María Dominga, Loray Maria Fernanda***	602
CAPÍTULO XXIX	Interculturalidad en las celebraciones ancestrales ***López Liliana***	610

CONTENIDO

CAPÍTULO XXX — Sobre la transición ecológica. Cuidado del ambiente — 614
Cervera Novo Luis Alberto

CAPÍTULO XXXI — Diálogos entre el genero y el buen vivir — 632
Martinez Riera Jose Ramon

CAPÍTULO XXXII — Aproximaciones de género y diversidad sexual con el buen vivir y el bienestar — 642
Pérez Edgardo Martín, Loray María Fernanda, Silvia Carcamo

CAPÍTULO XXXIII — La maternidad, un camino hacia la humanización del proceso reproductivo — 667
Schanz Mónica Graciela , Camanduli Zully , Sosa Stella Maris

Anexo: Teoría de cuidados del buen vivir y el bienestar — 689
Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería

DANIEL RICCI
Secretario General FEDUN

Nos llena de una profunda satisfacción y de un sincero orgullo presentar este magnífico compendio de trabajos que fueron producidos por los integrantes del Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús, en el contexto del proyecto de investigación teórica: "Debates actuales desde la perspectiva nacional y latinoamericana en torno a los conceptos "buen vivir" y "bienestar", cuya Directora, Mtr. Silvia Cárcamo, oficia de coordinadora y editora de la presente obra, fruto del trabajo ininterrumpido de más de seis años acerca de la teoría y la praxis de este campo del conocimiento tan particular.

Este presente título, "CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR DESDE LAS EPISTEMOLOGÍAS DEL SUR. CONCEPTOS, MÉTODOS Y CASOS" es el fruto que este grupo de investigación fue realizando desde sus inicios, más orientado a la investigación y a la producción de teoría, hasta llegar a ésta, que consideran su tercera fase, donde profundizan aspectos puntuales, no solo con especialistas del propio campo, sino con profesionales de otras disciplinas, mayormente de nuestro país, pero con importantes colaboraciones del resto de Iberoamérica, para generar la primera Teoría de Cuidados de Enfermería desde un marco conceptual propio, ya que hasta el presente, todas las teorías utilizadas en este campo, fueron concebidas desde los países centrales, fundamentalmente los EEUU.

Nuestro esfuerzo como Editorial FEDUN, se encuentra enmarcado dentro de la filosofía de apoyar la construcción de herramientas conceptuales de excelencia que resulten accesibles a la comunidad universitaria, multiplicando así el efecto del esfuerzo didáctico de los docentes, ya que uno de los principales

objetivos de la Asociación de Docentes de la UBA y de la Federación de Docentes de las Universidades, es poder acompañar a nuestros docentes en el desarrollo de sus carreras académicas y aportar los recursos institucionales para que sus trabajos puedan difundirse apropiadamente.

La Editorial FEDUN ha sido creada para acompañar en este esfuerzo y facilitar la producción y circulación de las publicaciones originales de los docentes, siguiendo el espíritu de los Estatutos que dieron forma a nuestras universidades.

Es de primordial importancia para la Editorial FEDUN este acompañamiento a la producción científica e intelectual y al desarrollo de la carrera académica de nuestros docentes, que refuerza nuestro compromiso de seguir apoyando día a día, la construcción de Universidades de calidad e inclusivas.

Mgter. JAIME PERCZYK
Ministro de Educación de la Nación Argentina

En sus manos tienen un ejemplar de "Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del Sur", un libro que reúne las voces de enfermeros y enfermeras de distintos puntos de nuestro país y desde el que se abordan temas de gran actualidad, varios de ellos relacionados con la pandemia que iniciara en marzo de 2020, pero también cuestiones filosóficas y epistemológicas, que trascienden la agenda de los últimos años y se insertan en los grandes debates en torno al cuidado, la salud mental, la alimentación, el buen vivir, la maternidad y, también, cuestiones ligadas al género y la diversidad sexual.

Más allá de la pluralidad de tópicos y enfoques que se tocan en la presente obra, es posible encontrar hilos conductores que plasman los ejes fundamentales desde los cuales se escribe y se investiga y en ellos, no puedo dejar de rememorar el texto de Eduardo Galeano "Una clase de medicina", de su libro "Bocas del tiempo". Allí, el autor rioplatense escribe sobre Rubén Omar Sosa, un estudiante de medicina y "la lección de Maximiliana", a la que define como la "más importante de todo lo que aprendió". Cuenta Galeano que dicha lección la contó un profesor en un curso de terapia intensiva. Doña Maximiliana era una mujer adulta, que se encontraba internada en el hospital y que, permanentemente, pedía al personal sanitario que le tomaran el pulso. Día tras día, repetía el pedido y se lo cumplían. Le tomaban la muñeca y con una suave presión, medían. Setenta y ocho. Estaba bien. Sin embargo, ella insistía una y otra vez con la misma solicitud. ¿Me toma la presión? El médico, que hoy es

profesor y le imparte la clase de terapia intensiva a Rubén Omar Sosa, cuenta que por entonces pensaba en lo excesivamente "demandante" que resultaba esta señora, pero que siempre obedecía ya que "un médico debe ser paciente con sus pacientes". Sin embargo, tiempo más tarde, entendió que lo que realmente quería la señora era que alguien la tocara, le hablara, la tuviera en cuenta, en fin, que alguien la cuidara.

Es esa mirada, profundamente humanista, la que se encuentra a lo largo de todo este libro. Los enfermeros y las enfermeras trabajan con otros. Y no con cualquier "otro", sino con uno que se encuentra disminuido, o con alguna dolencia, o enfermo o enferma.

El acceso a la salud es un derecho humano universal y es imposible darle cumplimiento sin la labor, la dedicación, el esfuerzo y la formación de un personal sanitario que ponga al ser humano en el centro y un Estado que acompañe, invierta y dinamice la salud pública para que, realmente, sea accesible a todos y a todas.

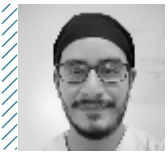
EDITORAS Y EDITOR

Directora: Mgter. Carcamo Silvia
Esp. Armand Ugon Ester
Esp. Fortunato Mabel
Mgter. Schanz Mónica Graciela
Esp. Alvarez Daniel
Lic. Di Rado Isabel

GRUPO DE MODELOS Y TEORÍAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Directora: Mgter. Silvia Carcamo
Co-Directora: Esp. Ester Armand Ugon
Integrantes por orden alfabético:
Alcaráz, María del Carmen
Alvarez, Daniel Odilio
Alvarez, María José
Alvarez, Ramón Aristides
Camandulli, Zully
Di Rado, Isabel
Ferrero, Tamara
Fiumara. María
Fortunato, Mabel
Loray, Fernanda
Parma, Federico
Rosas, Augusto Maximiliano
Schanz, Mónica Graciela
Sosa, Stella Maris

AUTORAS Y AUTORES

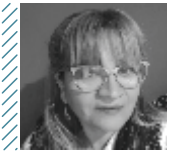


AGÜERO
Lucas Hernan

Licenciado en Enfermería (UNLa). Investigador en ética e interculturalidad. Docente investigador (UNLa). Miembro de RAIIS (Red Argentina de Investigadoras e Investigadores en Salud) y RECyT (Red Universitaria Ética en Ciencia y Tecnología).

AGUIRRE
José Luis

Psicólogo. Especialista en Epidemiologia. Magister en Salud Pública (UNR). Dr. en Salud Colectiva (UNLa) Coordinador Formación de Personal de Salud (MSAL). Rector Universidad del Gran Rosario (Argentina). Coordinador de Formación de Personal de Salud, MSAL.



ALCARÁZ
María Del Carmen

Lic. en Enfermería, Especialista en Metodología de la Investigación científica, Maestranda en Maestría de la Investigación Científica (UNLa). Esp. en epidemiología y control de infecciones (INE y ADECI). Docente (USAL). Docente investigadora (UNLa).Docente (UNDAV). Desempeño en supervición- Docencia en H.Z.G.A. Dr. A. Oñativia de R. Calzada. (Pcia. De BS. As.).

ALVAREZ
Daniel Odilio

Lic. en Enfermería, Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa), Especialista en Formación de Formadores, España. Maestrando en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente Investigador (UNLa), Enfermero del área de emergencias del Hospital Santojanni. Bs. As. Argentina.

ALVAREZ
María José

Licenciada en Educación Física. Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente investigadora (UNLa). ex-Coordinadora Técnica del Departamento de Salud Comunitaria. (UNLa) (2015-2016), Equipo de Gestión de la Carrera de Enfermería (UNLa) (2014-2015) .

ALVAREZ
Ramon Aristides

Lic. en Enfermería (UBA). Doctorando Salud Mental Comunitaria (UNLa). Miembro del Consejo Provincial de Enfermería, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. Ex Director del Departamento de Salud Comunitaria (UNLa), Ex Director de la Carrera de Licenciatura en Enfermería (UNLa); EX Director de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y de la Escuela de Salud (UNdeC).

ANTONIOLI
Claudio

Psicólogo. Dr. en Salud Mental (Universidad de Granada), Magister en cuidados comunitarios a personas con trastorno psicótico de larga evolución (Universidad de Granada). Docente Investigador grado y posgrado (UNLa).

ARIAS LÓPEZ
Beatriz Elena

Enfermera y costurera.Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario. PhD en salud mental comunitaria. Profesora y miembro Asociación Campesina de Antioquia y Observatorio sobre ruralidad, pandemia y pospandemia de la Universidad de Antioquia (Colombia). Cogestora Red de Tejedoras por la Memoria y la vida e investigadora en temas de salud mental colectiva, conflicto armado y social y construcción de paz.

ARMAND UGON
Ester

Lic. Enfermería, Especialista en Metodología de la Investigación. Docente investigadora (UNLa).Docente Universidad Nacional de Chilecito (UNdeC), La Rioja, Argentina.Red Argentina de Enfermería Familiar y Comunitaria.

ARNDT
Emma Ana

Licenciada en Psicología (UBA). Perito psicologa de Oficio y de Parte. Becaria de Investigación, Docente y Ex Directora del área de neuropsicología (UBA) .Ex Docente del programa de educación a distancia -Pro-Ciencia CONICET. Coordinadora del área de Psico-oncologia de LALCEC (Liga Argentina de Lucha contra el Cancer). Miembro fundadora y coordinadora psicológica del equipo asistencial de Cuidados Paliativos.

AZCURRA
Julio Marcos

Medico (UBA). Doctor en Ciencias Biológicas (FCEN-UBA). Farmacologo Molecular Universidad de Michigan-USA. Ex Profesor (FCEN-UBA). Ex Investigador Senior en Biología Molecular, Universidad de Michigan, Consultant del Dt of Biochemistry. Medical School.U.of Massachussets (1988). Investigador Principal CONICET. Trabajos en revistas internacionales y libros especializados de neuroquimica y neurofarmacologia.

BENITEZ
Alfredo Ruben

Licenciado en Enfermería. Docente Carrera Licenciatura en Enfermería Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Investigador y Extensionista en el área de Salud Socio Comunitaria. Miembro del Comité del Instituto de Salud e Interacción Socio Comunitaria. Miembro del Consejo Asesor de la Escuela de Enfermería.

BONFORTI
Emanuel

Sociólogo (UBA), Periodista Universidad Abierta Interamericana, Maestrando en Historia (UNSAM). Especialista en Pensamiento Nacional y Latinoamericano (UNLa). Docente investigador (UNLa).Coautor del libro Introducción al Pensamiento Nacional, ISBN: 9789871987351. Autor de numerosos artículos y ponencias.

CAMANDULLI
Zully Beatriz

Lic. en Enfermería (Unla). Maestranda Maestría en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente (USAL). Docente Investigadora (UNLa). Supervisora de Enfermería (Hospital Oñativia, Rafael Calzada, Almirante Brown, Pcia de Buenos Aires. Ex Coordinadora del Servicio de Maternidad y Partos. Hospital Arturo Oñativia. Argentina.

CARCAMO
Silvia

Lic. en Enfermería por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Metodología de la Investigación (UNLa). Master en Metodología de la Investigación(UNLa). Secretaria General ADUNLA. Co-cordinadora Red Argentina e Internacional de Enfermería Familiar y Comunitaria. Líder Grupo Coordinador Redes Argentinas de Enfermería (RADE).

CERVERA NOVO
Luis Alberto

Licenciado en Gestión Ambiental Urbana (UNLa). Maestría en Gestión de la Energía (UNLa-CONEA). Docente investigadopr (UNLa). Ex Asesor en la Cámara de Diputados de la Nación. Perito Apicultor, Perito en Cunicultura, especialista en Huerta Orgánica. Autor de numerosas publicaciones recientes.

CHANQUIA
Edgardo Rafael

Diseñador Gráfico – (ESAV) - Lino Enea Spilimbergo, Bahía Blanca. Diseñador Industrial (UNLP), Facultad de Bellas Artes, La Plata. Profesor en diseño Industrial (UNLP), Facultad de Bellas Artes, La Plata. Maestrando en Metodología en Investigación Científica, (UNLa). Docente Investigador, Licenciatura en Diseño Industrial, Departamento de Humanidades y Artes, (UNLa).

DI RADO
María Isabel

Licenciada en Enfermería (UnLa). Especialista en Formación de Formadores, España. En Italia fue enfermera en áreas Guardia - Emergencias, en hospitales públicos y/o subvencionados. Fue docente investigadora (UNLa).

DI VICENZO
Facundo

Profesor de Historia (UBA), Especialista en Pensamiento Nacional y Latinoamericano (UNLa). Doctorando en historia (UNSaI). Docente investigador (UNLa). Investigador del Instituto de Cultura y Comunicación y del Centro de Estudios de Integración Latinoamericana" Manuel Ugarte"(UNLa).

DONATI
Juan

Licenciado en Audiovisión y Licenciado en Enseñanza de las Artes Combinadas (UNLa). Diploma en Ciencias Sociales con mención en Educación y Especialista en Educación y Tecnologías (Flacso). Doctorando en la UNLa. Docente investigador (UNLa y UNAJ).

DOS SANTOS
Luisa

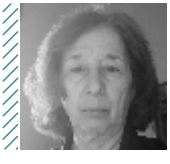
Licenciada en Enfermería (UNaM). Magister en Salud Publica (UNNE). Terapeuta Comunitaria. Gestión Hospitalaria y del Primer Nivel de Atención en el Ministerio de Salud Pública de Misiones. Docente (UNaM). Investigadora categoría III. Coautora del libro Introducción a la Enfermería Comunitaria. Co-Directora de la Especialización en Promoción de Salud Integrativa-FCEQyN-UNaM.

ESLIMAN
Celeste

Médica Neuróloga (UBA) .Miembro Fundador Sociedad Argentina de Medicina de Estilo de Vida (SAMEV). Miembro Latin American Lifestyle Medicine Association (LALMA). Miembro Sociedad de Neurología Argentina. Posgrado en Nutrición Vegetariana y Vegana (UBA). Docente (Universidad Ricardo Palma y Latin American Lifesty le Medicine Association. Docente (IUCS). Docente en Pregrados (UBA y UCES).

ESPASANDE
Mara

Licenciada en Historia (UNLu). Especialista en Pensamiento Nacional y Latinoamericano (UNLa). Docente investigadora (UNLa). Docente en el Instituto de Servicio Exterior de la Nación (ISEN), UBA, Universidad Provincial de Ezeiza (UPE), Universidad Pedagógica (UNIPE), Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo y UNDAV. Directora del Centro de Estudios de Integración Latinoamericana "Manuel Ugarte" (UNLa).

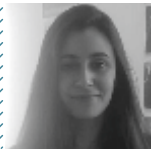


ETKIN
Maria Elena

Licenciada en Planificación y Desarrollo del Deporte. Profesora Nacional de Educación Física. Directora de la Carrera "Ciclo de Licenciatura en Educación Física" (UNLa). Docente Investigadora. Miembro Consejo Asesor Revistas "Apuntes- Educación Física y Deportes" Instituto Superior de Educación Física (Barcelona, España). Ex Directora Técnica Selección Nacional de Gimnasia Rítmica. Ex Juez Internacional de Gimnasia Rítmica.

FERNANDEZ
Carlos

Lic. y Profesor en Sociología (UBA). Especialista en Educación (FLACSO). Ex miembro del CEES-CGT y Dossier Geopolítico. Ex-docente investigador UBA y UNLa. Investigación y docencia: Movimiento Obrero, Geopolítica Sur americana, formación educativa y política. Autor de numerosas publicaciones recientes.

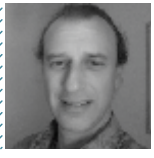


FERRERO
Tamara Daniela

Licenciada en Enfermería (UNLa). Docente investigadora (UNLa). Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Becaria doctoral CONICET/UNLa.Ex- Miembro Equipo de Gestión Carrera de Licenciatura en Enfermería (UNLa).

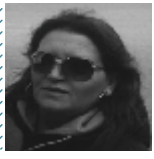
FIUMARA
María Dominga

Lic. En Enfermería (UBA), Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente Universitaria (UBA). Docente investigadora (UNLa).



FONTENLA
Javier Luis

Lic. en Psicología en el área clínica de adolescentes y adultos, discapacidad y trastornos severos. Docente Investigador, Carreras de Enfermería y Medicina en distintas asignaturas de Salud mental y psicosociales (UNLa, UNLaM y UBA).



FORTUNATO
Mabel Alicia

Lic. en Enfermería (Universidad Nacional de Rosario). Especialista en Investigación Científica y Salud Mental. Ex Coordinadora de Políticas y Gestión en APS y Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente-Investigadora Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Provincia de Buenos Aires.

FRANCO
Alex

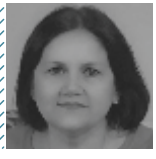
Lic.en Comunicación Social (UCSE). Lic. en Enfermería y Profesorado Universitario (Maimónides). Especialista y Maestrando en Metodología de la Investigación científica (UNLA). Docente Tecnicatura en Enfermería Escuela Cecilia Grierson (2016/2018). Docente (UNPAZ), tutor Diplomatura en Liderazgo y Gestión en Enfermería (Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara).

GARAÑO
Santiago

Doctor en Antropología y Licenciado en Ciencias Antropológicas (UBA)). Integra Equipo de Antropología Política y Jurídica (FFyL-UBA). Coordinador Red de Estudios sobre Represión y Violencia Política (RER). Miembro Consejo Académico del Núcleo de Estudios sobre Memoria (IDES). Investigador CONICET.Docente Investigador (UNLa y UNTREF). Autor de publicaciones recientes. Activismo de los DDHH en Argentina.

GONZALEZ MANRIQUEZ
Claudia Elisa

Licenciada en Nutrición (UBA), Docente (UBA). Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Docente investigadora (UNLa). Coordinadora de Redes de Integración de la Dirección de Proyectos Sociales Integrales, de la Dirección Nacional de Desarrollo Humano, de la Subsecretaría de Desarrollo Humano. Ex Secretaria del CFP N°406. Trabajó en Centros de Atención Primaria de la Salud.

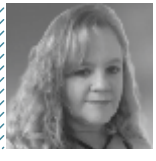


JACQUIER
Nora

Licenciada en Enfermería. Magister en Salud Pública (UNNE). Terapeuta Comunitaria. Profesora Titular Cátedra Enfermería Comunitaria, Escuela de Enfermería (UNaM), investigadora categoría III, Co-autora del libro "Introducción a la Enfermería Comunitaria". Terapeuta Comunitaria. Directora de la Especialización en Promoción de Salud Integrativa (FCEQyN-UNaM).

LÓPEZ
Guadalupe

Lic. En Trabajo Social. Coordinación de proyectos, Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento. Responsable del área de gestión del conocimiento, Centro Universitario de Investigaciones en Telemedicina y e-Salud, Facultad de Medicina, UBA. Docente de la Carrera de Trabajo Social de la UBA. Consultora en gestión de proyectos, Fundación Caminando Juntos.



LÓPEZ
Liliana

Licenciada en Enfermería. Asesora en Interculturalidad en Salud. Integrante de área de salud, de la Comunidad Guarani Areteguasu bsaspe liderada por el Mburuvicha Alejandro Borjas. Miembro de Comisión Salud y Espiritualidad de la Asamblea de Articulación de Pueblos del Qollasuyu. Organizaciónes indígenas de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

LORAY
Maria Fernanda

Licenciada en Enfermería (UNLa), Diplomada en Enfermería en Neonatología (APUBA). Diplomada en docencia por Región VI (Hospital L. Gandulfo). Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente investigadora (UNLa) . EX Docente del programa "Ellas hacen" (UNLa).

LUZURIAGA
Maria Jose

Licenciada en Sociología (UBA), Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Río de Janeiro. Docente-investigadora (UNLa). Vicepresidenta de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS). Integrante del Grupo de Pesquisa e Documentação em Empresariamento da Saúde (GPDES) de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

MARTINEZ
Gladys

Lic. Nutrición (UBA). Docente (UBA). Maestranda en Epidemiologia, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Docente investigadora (UNLA). Coordinadora de Redes de Integración de la Direccion Nacional de Desarrollo Humano de la Subsecretaría de Desarrollo Humano del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Ex Secretaría del C.F.P. N°406 Nestor Kirchner de Lomas. Trabajo en Centros de Atención Primaria de la Salud y organizaciones.

MARTINEZ RIERA
Jose Ramon

Profesor Titular Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencias; Director de Secretariado Universidad Saludable; Presidente Comité Seguridad y Salud y Director Cátedra Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de Alicante. Vicepresidente II de la Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana. Redactor Jefe Revista ROL de Enfermería. Presidente Asociación Enfermería Comunitaria (AEC).

MEDINA
Arnaldo

Especialista en Salud Pública (UBA).Magister en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD). Secretario de Calidad en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Docente de posgrado (UNLP).Ex Presidente de la Asociación Argentina de Economía de la Salud (AES); Ex Vicerrector (UNAJ). Ex Director del Instituto de Ciencias de la Salud, Docente (UNAJ). Fundador y ex Director del Hospital El Cruce, Dr. Néstor Carlos Kirchner.

MILLENAAR
Iara

Médica (UBA), Especialista en Pediatría (Residencia en Formosa). Servicio en Centro de Salud Luis M. Codda (Formosa Capital). Diolomatura superior en Pediatría enfoque en Prevención de enfermedades crónicas -DOHAD. Presentación de trabajos de investigación sobre Lactancia Materna en Congresos de Lactancia Materna y de Pediatría Ambulatoria. Argentina.

MOYANO
Julio

Doctor en Comunicación (UNLP). Magister en Metodología de la Investigación y Licenciado en Comunicación (UNER). Investigador regular, Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe; Docente (UBA), Docente investigador (UNLa). Autor de numerosas publicaciones recientes.

OJEDA
Alejandra

Doctora en Comunicación (UNLP). Magister en Metodología de la Investigación y Licenciada en Comunicación (UNER). Docente investigadora UNLa). Docente (IEALC-UBA). Autora de publicaciones recientes.

ORERO
Mariana

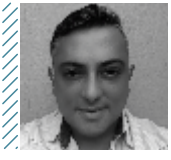
Profesora de Educación Física INEF N°1. Licenciada en Educación Física UNLa. Docente de Práctica Docente del Instituto Terciario Profesorado de Educación Física del Club Atlético Lanús. Docente y tutora de Trabajo final en el CCC- Licenciatura en Educación Física (UNLa).

PARMA
Federico Hernan

Licenciado en Enfermería (UNLa). Docente Investigador (UNLa). Docente Orientador (UNLa). Ex integrante del equipo de gestión de la Licenciatura en Enfermería (Unla),2017-2021.

PÉREZ
Edgardo Martín

Licenciado en Enfermería (UNC). Especialista en Salud Social y Comunitaria. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Diplomado en Enfermería Familiar y Comunitaria (Hospital Italiano). Profesor catedra Investigación Enfermería. Actualmente Centro de Salud n°91 Villa Bustos, Municipalidad de Córdoba. Argentina.



ROSAS
Augusto
Maximiliano

Licenciado en Enfermería (UNLa). Maestrando en epidemiologia, gestión y políticas de salud (UNLa), Especializando en Educación con orientación en Investigación Educativa (UNLa), Docente investigador (UNLa).Enfermería en cuidados intensivos en instituciones del ámbito público y privado.

SAINZ RUIZ
Pablo

Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Alicante (España). Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección de Salud Pública, Consumo y Cuidados de La Rioja (España). Miembro socio de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja (España).

SANABRIA
Maria Del Carmen

Licenciada en Enfermería por Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ). Consejera Superior docente y Miembro de la Comisión de Enseñanza (UNAHUR). Docente y Directora de Carrera de la Licenciatura en Enfermería (UNAHUR).Ex docente de la Carrera de Profesionalización de Enfermería (UNER). Docente UNLZ y UNLP). Autora de publicaciones científicas.

SCHANZ
Mónica Graciela

Licenciada en Enfermería (UBA). Magister en metodología de la investigación en ciencias sociales (UNER). Docente investigadora (UNLa). Directora y codirectora en diversas investigaciones. Ex Docente concursada (UAI) del área de investigación. Representante del claustro docente en el Consejo del Departamento de Salud Comunitaria (UNLa.)

SILBERMAN
Pedro

Magister en Salud Publica (UNLP). Pediatra. (Colegio Médico de la Pcia. de Bs. As.). Profesor de Salud Colectiva (UNS). Director Nacional de Talento Humano y Conocimiento, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Ex Decano Departamento de Ciencias de la Salud (UNS).

SOSA
Stella Maris

Lic. en Enfermería (UNLa). Maestranda en Maestría en Epidemiologia, Gestión y Políticas de Salud (UNLa) . Especialista en Hemodiálisis (UBA).Docente investigadora (UNLa). Ex coordinadora del equipo de gestión de la Licenciatura en Enfermería (UNLa).

ZUNINO
Marina Gabriela

Licenciada en Ciencias Biológicas (UBA). Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Doctora en Salud Pública (ENSP/FIOCREUZ, Brasil). Docente investigadora (UNLa) y (UNDAV). Coordinadora de la Especialización en Salud Pública (UBA). Docente de la Maestría en Salud Pública (UNR) y otros posgrados. Integrante de la Red Argentina de investigadoras e investigadores de salud (RAIIS).

Este libro surge en la tercera etapa de un proceso de trabajo del grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, que se constituye a partir de 2015, cuando nos presentamos catorce enfermeras y enfermeros a una convocatoria Amílcar Herrera de la Secretaría de Ciencia y Técnica de Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

La Dirección del equipo estaba a cargo del Lic. Ramón Álvarez y la Co-dirección a cargo de la Mgter. Silvia Cárcamo, en ese entonces, ambos a cargo de la Dirección y Coordinación Técnica de la Carrera de Licenciatura en Enfermería respectivamente.

En esa primera etapa, el trabajo de investigación se desarrolló a partir de preguntarnos ¿Cuáles son los debates actuales en torno a los modelos conceptuales y teorías del conocimiento contemporáneo de la enfermería Año 2016 – 2017?

En la segunda etapa nos preguntamos ¿Con qué modelos conceptuales y teorías de enfermería se vinculan los indicadores de la práctica social de enfermería, en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires- año 2018-2019? Desde aquí se presenta un cambio de funciones dentro del equipo, quedando Silvia Cárcamo a cargo de la dirección del grupo y Ester Armand Ugon en la co-dirección, debido a la asunción de funciones de Ramón Álvarez como Director (Decano) del Departamento de Salud Comunitaria de la UNLa, por lo que continúa como investigador del equipo, integrándose al mismo además, nuevas investigadoras. Estas dos investigaciones respondieron a una de las líneas de investigación del Instituto de Salud Colectiva: Modelos de atención y cuidado, que comprende las formas en que los saberes disciplinarios se transforman en prácticas y en función de las mismas establecen vínculos con los usuarios de los servicios y los sistemas sociosanitarios.

En la tercera etapa, vinculada a la producción de este libro, la pregunta de investigación fue ¿cuáles son los debates actuales, desde la perspectiva nacional y latinoamericana, en torno a los conceptos "buen vivir" y "bienestar"- año 2020 – 2021? Responde a la línea de investigación del Instituto de Problemas Nacionales de la UNLa.: Pensamiento Nacional y Latinoamericano. En esta etapa se incorpora una investigadora, quedando conformado actualmente el Grupo por dieciséis personas.

Este proceso de trabajo investigativo, surge a partir de entender que la enfermería se ha convertido en una disciplina, y como tal ha generado un cuerpo de conocimientos de referencia para su práctica y en coherencia con las Políticas Argentinas de Enfermería que adoptó la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA) desde el año 2000 y que fueron ratificadas en el año 2014, señalando, que es necesario estimular el desarrollo de investigaciones teóricas orientadas a crear, revisar, contrastar y/o discutir modelos teóricos de enfermería con el objeto de proveer de manera crítica a la comprensión y constitución de bases teórico/filosóficas de la enfermería.

Por ello nos propusimos en la primera etapa, identificar estos debates, y los contextos socio-históricos en que se generaron esas teorías, las perspectivas de esos componentes desde los metaparadigmas de enfermería y los paradigmas actuales de salud. Y allí ya nos planteamos, de ser posible, la redefinición de esos modelos y esas teorías, con apoyo en los pensadores y pensadoras de salud de Argentina y Latinoamérica.

En la segunda etapa nos propusimos identificar y describir los indicadores de la práctica social de enfermería y establecer las vinculaciones de éstas con los modelos conceptuales y las teorías de esta disciplina. En la tercera etapa buscamos identificar cuáles son los debates actuales desde la perspectiva

nacional y latinoamericana en torno a los conceptos "buen vivir" y "bienestar", año 2020 – 2021.

Para alcanzar esos objetivos, tanto en el primer trabajo como en el tercero se utilizó una discusión teórica, un estudio en base a la hermenéutica y la semiótica, por constituir éstas, herramientas adecuadas para realizar una valoración discursiva de los actores que intervienen en el debate. Entendíamos y entendemos, que los textos son materia significante, portadoras de sentido. Indudablemente si utilizamos esa metodología cualitativa para la investigación, es porque la enfermería pertenece al campo de las ciencias sociales, por consiguiente, se trata de un constructo histórico, ha existido y existe en un determinado espacio y tiempo, conformado por actores/actrices sociales que mutan, modificando en consecuencia las instituciones, visiones del mundo, leyes, formas de vida, creencias. Como consecuencia de ello, el objeto de estudio está conformado como un proceso dinámico de conciencia histórica con visiones del mundo determinadas, que responden a la ideología dominante. En síntesis, las ciencias sociales, dentro de la cual ubicamos a la salud y por lo tanto a la enfermería, están sometidas a las características de la época y sus límites lo establece el desarrollo social del momento. Se buscó desentrañar, entonces, desde ese estudio, el discurso escrito de especialistas e interrogarlos, entendiendo que el lenguaje es el medio que permite el vínculo entre el sujeto que procura entender y el sujeto que dona el objeto- texto a través del cual tiene algo que decir (Souza Minayo, 2004; Enrici y Firpo, 2008). En la segunda etapa se propuso recurrir a entrevistas y grupos de discusión, con profesionales de enfermería de todos los niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, de la Provincia de Buenos Aires, analizando su propia práctica. La metodología cualitativa y en este caso la entrevista en profundidad, metodología

que prevaleció en el estudio, es el recurso para el conocimiento de "otros" y la validez de los datos está fuera de discusión en las ciencias sociales. Resalta un rasgo del proceso de conocimiento de la epistemología del Sujeto Conocido, que es el de la construcción cooperativa del conocimiento, donde se evidencia que disímiles formas de conocer producen un conocimiento igual de legítimo (Vasilachis de Gialdino, 2009). De esta manera nos adentramos en lo que Merhy (2016) llama "producción del cuidado" y que finalmente, a partir del análisis de la micropolítica, se comprenden los procesos que gobiernan las instituciones.

Al finalizar el primer estudio (2017), nuestra hipótesis quedó confirmada, el debate actual en torno a los modelos conceptuales y teorías del conocimiento contemporáneo de enfermería, tienen perspectivas centradas en realidades y tiempos muy diversos, la mayoría, alejadas de nuestra realidad y tiempo. Se logró acordar una definición común de cada concepto del metaparadigma enfermero desde la perspectiva latinoamericana (ver Anexo), que fue ajustándose a partir de diversas actividades científicas. Así quedaron definidos los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: ambiente, persona, salud y cuidado de enfermería, a partir de autores/as latinoamericanos/as, denominándola "Teoría de cuidados de enfermería del Buen Vivir y el Bienestar". Al finalizar el segundo estudio (2019), se confirmó la hipótesis de que los modelos conceptuales y teorías de enfermería vinculadas con las prácticas sociales de enfermería, en la Región Sanitaria VI, del Ministerio de Salud, de la Provincia de Buenos Aires, son diversas y hasta contradictorias. Se generaron así dos grandes categorías: 1) contexto de la práctica social de enfermería según los tres niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, años 2018-2019 y 2) indicadores de la práctica social de enfermería según los tres niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, años 2018-2019. La primer

categoría con 8 subcategorías de análisis: caracterización del sistema de salud, interacción entre instituciones del mismo nivel o con otro nivel, trabajo en equipo, impacto de los cambios políticos, organización y gestión, enfermería en la vanguardia y retaguardia, formación y capacitación, patologías más frecuentes; y para la segunda categoría: indicadores de la práctica social de enfermería según los tres niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, años 2018-2019, 4 subcategorías; vinculación con la comunidad, gestión del cuidado, características del vínculo cuidadora/or – persona cuidada y enfoque teórico (de esas prácticas). La tercera etapa finalizará el 31 de diciembre de 2021.

Los/as autores y autoras de este libro, son profesionales de enfermería y otras disciplinas, de Argentina, Colombia y de España, que están vinculados/as a las áreas de interés para explorar diversos aspectos del "cuidado" y vinculaciones con los conceptos "buen vivir" y "bienestar", en la mayoría de los casos pensados en contexto de pandemia y en clave nacional y latinoamericana. Ellas y ellos son docentes e investigadores de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Universidad Nacional de Hurlingham (UNAHUR), Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), Universidad Nacional del Sur (UNS), Universidad Nacional de la Patagonia Austral- Unidad Académica San Julián (UNPA- UASJ), Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad Nacional de Misiones (UNaM), Universidad de Antioquia-Colombia (UdeA), Universidad de Alicante-España (UA), y se desarrollan, como dijimos antes, en diversas disciplinas y campos además de la enfermería: comunicación, medicina de diversas especialidades (general, pediatría, neurología, biología molecular), sociología, terapia ocupacional, educación física, nutrición, psicología, diseño, historia, ciencias biológicas, trabajo social, artes combinadas y audiovisión, género, gestión ambiental urbana, antropología, en algunos casos, no solo realizan

docencia e investigación universitaria, sino que también trabajan en el cuidado y atención directa de las personas, en territorio, Organizaciones No Gubernamentales y gestión gubernamental.

Presentamos a continuación algunos pensamientos de estos/as autores/as, recortando aspectos del trabajo realizado, con señalamiento de los capítulos en los cuáles están expresados.

CUIDADOS, BUEN VIVIR Y BIENESTAR

Los y las autores/as de este libro, han realizado interesantes aportes en términos de aproximarnos a los debates en torno a los conceptos puestos en juego: buen vivir, bienestar, cuidados, enfermería y a la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar que busca integrar esos conceptos. A su vez, como se aplican y vinculan estos conceptos, en y con diferentes actividades, hechos de la vida cotidiana.

Según Fortunato, Antonioli, Fontenla, Benítez y Fiumara (Cap. XI), los procesos de construcción conceptual, se basan en las experiencias individuales, sociales, culturales. Son términos comunicables a través del lenguaje, que se otorgan al conocimiento abstracto, sobre elementos de interpretación de la propia realidad. Los términos, se ajustan a un determinado contenido, ordenan el mundo de las ideas, y a la vez es necesario considerar que no siempre las mismas palabras tienen la misma significancia para la persona que la decodifica. Asimismo, un mismo concepto en un mismo ámbito puede expresarse de manera diferente, o sufrir modificaciones. Con esa perspectiva presentamos los conceptos que siguen, presentes en el libro.

¿QUÉ SIGNIFICA "BUEN VIVIR" Y QUÉ SIGNIFICA "BIENESTAR"?

Buen vivir tiene múltiples definiciones. Benítez y Fortunato (Cap. III) nos dicen que según Hidalgo Capitán y Cubillo Guevara (2017) existen al menos tres maneras de entender el Buen Vivir: una indigenista y pachamamista, que prioriza como un objetivo la identidad; otra socialista y estatista, que prioriza la equidad; y una tercera, ecologista y posdesarrollista. que prioriza la sostenibilidad. Millenaar (Cap. XXVI) plantea que específicamente la corriente ecologista, considera el buen vivir como una utopía en (re)construcción que se nutre de la cosmovisión indígena ancestral e incluye también los aportes de múltiples formas de pensamiento en el mundo. Comprende la armonía con la naturaleza, el respeto a la dignidad humana y la mejora en la calidad de vida de las personas y comunidades. El concepto del buen vivir retoma principios éticos y conocimientos ancestrales en busca de la plenitud de la vida.

Ardnt y Azcurra (Cap. X) sostienen que seguimos viendo que todos los seres humanos buscan la felicidad. El arquetipo del individuo exitoso autoconstruido sin deber nada a su medio social y con la ganancia en valor monetario como dogma, se impuso junto al modelo económico neoliberal en el mundo. Paradójicamente, 35 años más tarde, la epidemia del COVID-19 muestra a los países originarios del modelo, como los que sufren un mayor número de decesos. Y una profunda crisis sistémica poco antes iniciada, desnuda las falencias del modelo neoliberal y preanuncia el inescapable cambio estructural en el mundo. Millenaar (Cap. XXVI), va contra ese modelo neoliberal y contrapone la perspectiva denominada como el buen vivir o vivir bien, que se aleja de posicionamientos antropocéntricos y de una buena vida ligada a la acumulación y al consumo de bienes materiales; perspectiva que entiende a las relaciones entre

los seres humanos y la naturaleza como relaciones de reciprocidad, en una comprensión circular y armónica del tiempo y del mundo. Como plantea Orero (Cap. XXI) un pensamiento pegado al suelo y en comunidad. Categorías como buen vivir a partir de un marco lingüístico e histórico específico, dicen Ojeda y Moyano (Cap. I y II), es compartido por colectividades que en otro tiempo pudieron tener conflictos o reticencias entre sí. Los entornos históricos y políticos configuran una particular tensión con las categorías del buen vivir; categorías que aquí entenderemos como de las resistencias. El buen vivir, según Orero (Cap. XXI), tracciona hacia una mirada latinoamericana, en un intento por sustraerlo de los entendimientos ligados a las formas de producción capitalista, y de consumo.

Pérez, Loray y Cárcamo (Cap. XXXI) expresan que intelectuales quechuas y aymaras difundieron los conceptos Sumak kawsay/Suma qamaña como una forma de organización económica, social y cultural alternativa al desarrollo y a sus formas de vida. Schanz, Camanduli y Sosa (Cap. XXXII) muestran como hace un poco más de una década, en diversas regiones de Latinoamérica, han surgido conceptualizaciones de teóricos/as indígenas en torno al buen vivir, que se basan en epistemologías propias de la región andina que están siendo reivindicadas por las mujeres indígenas para cuestionar entre otras cosas la violencia de género y la del Estado. En ese sentido el buen vivir no es un sinónimo de una cultura indígena especifica ni defiende un regreso al pasado andino precolonial, el buen vivir, desde sus ideas iniciales se encuentra determinado por contextos culturales, históricos y ecológicos particulares, cuyas concepciones no son idénticas entre regiones, presentan diferentes tendencias y énfasis, así como también enfrentan distintas resistencias y críticas. González Manríquez (Cap. XXIV), explica que el buen vivir es sistematizado y conceptualizado en 1994 por los kichwas amazónicos de la Organización de los

Pueblos Indígenas de Postaza (OPIP). Otros conceptos indígenas semejantes son el kume mogñen, de origen mapuche, y el ñande reko, de origen guaraní. En la búsqueda de una traducción para el Sumak Kawsay, Huanacuni Mamani (2010) señala que sumak significa "plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso (a), superior, integral, simbiótico y holístico", mientras que kawsay, es "vida, ser-estando, estar-siendo". Por lo tanto, la traducción que más se aproxima es "vida en plenitud" o "buen vivir". Se trata de un concepto nacido en el Abya Yala y todo lo que ha significado la lucha de los pueblos originarios contra la exclusión y el despojo que trajo consigo el colonialismo. López (Cap. XXVIII) nos presenta el buen vivir como un principio que integra la relación de varias culturas milenarias y propone recuperar nuestra vida en plenitud, en armonía con la madre naturaleza. Adentrándonos en la interculturalidad y en particular desde la Espiritualidad, los guaraníes mencionan el teko kavi, el buen vivir para una tierra sin mal; el kume mogen, volver a reconstruir nuestra forma de vida dice el pueblo Mapuche; Sumak Kawsay, el buen vivir del mundo andino; los sabios y sabias nos recuerdan que estamos en tiempo de Pachakutec, tiempo de cambios o tiempos de renovación, así lo vivencian guaraníes: volver al origen. En esa misma dirección y desde la espiritualidad Fiumara y Loray (Cap. XXVII), plantean su surgimiento como un mecanismo de "re encantamiento del mundo", de defensa y de recuperación del ciudadano actual frente al agobiante mundo materialista, racional, tecnológico, de la civilización industrial. Frente al narcisismo, y al individualismo promocionado por la civilización consumista y materialista, la sabiduría de la especie, encara una visión que fomenta un cambio radical en los sistemas de valores y en los estilos de vida de los sujetos.

Fortunato, Antonioli, Fontenla, Benítez y Fiumara (Cap. XI), presentan algunos de los principios sobre los cuales se constituye el buen vivir en salud (bio-

psico- social- espiritual), diciendo que se erigen sobre la base del buen pensamiento, del buen sentir y del buen actuar, la ley de recompensa y una plataforma. Martínez Riera y Sainz Ruiz (Cap. XIV), relacionan buen vivir con los activos en salud, recordando que estos últimos son los que otorgan una mirada no solo centrada en los "factores de protección", como fortalezas intrapersonales o estrategias que previenen a la comunidad de enfermar, sino contemplan también el capital (construido, natural, social, político, y financiero) del territorio. Activos de salud o todo aquello que la comunidad identifica como propio y con potencial beneficio para su convivencia, desarrollo y salud y, por tanto, para su buen vivir. Una parte significativa de la literatura sobre el diseño de entornos urbanos sostenibles, o la planificación de vecindarios y comunidades promotoras de la salud y buen vivir, hace referencia o estudia el capital construido, recogiendo valores como la conectividad o la caminabilidad, el diseño de los recursos que mejoran nuestra percepción y disfrute de los mismos, e incluso el capital financiero en referencia a la distribución de los recursos con equidad, diversa y saludable medio-ambientalmente. En ese sentido cabe destacar la definición que sobre la salud hizo Jordi Gol (citado por Borrell-Carrio, 2005) y que expresaba como "aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y es feliz"(parr.2), concepto que se acerca más a una realidad dinámica, diversa y multicultural, que encaja mucho más con el concepto de buen vivir que según Macas (2010, p 452) es "la vida en excelencia material y espiritual, la magnificencia y lo sublime expresado en la armonía, en el equilibrio interno y externo de una comunidad".

En este libro, raramente se encontrará el concepto de bienestar analizado de forma aislada, y estará muy frecuentemente relacionado con los conceptos de cuidado y salud. Sanz y Martínez Riera (Cap. XIV), a partir de realizar

una específica vinculación de "bienestar" con la Teoría de Salutogénesis, encuentran una explicación, de porqué "bienestar" no puede ser analizado, sino en relación a otros constructos, tales como el de "salud". Estos autores, expresan que la orientación salutogénica presupone dejar de ver la salud como un fin último para entenderla como un recurso de la vida cotidiana y un medio para lograr el completo estado de bienestar, en palabras de Mathie y Cunningham. La Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky representa el inicio de un amplio marco de modelos y teorías ("paraguas salutogénico") que exploran la salud en términos positivos desplazando el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción. La salud es comúnmente definida como un estado de total bienestar físico, psicológico y social. Si bien Antonovky cuestiona el acercamiento que se le está dando a ambos conceptos, bienestar y salud, por tratarse el primero de un concepto cargado de moral, que no siempre tiene que ver con aquello que da salud. Refieren que Antonovky entiende la dimensión de la salud como un continuum más entre otros tantos que conforman el constructo de bienestar. Arndt y Azcurra (Cap. X), vinculan el bienestar con mecanismos moleculares, y definen que la expresión del genoma es más sensible a variaciones cualitativas de la calidad de bienestar del ser humano que su apreciación afectiva consciente. En otras palabras, es posible identificar los mecanismos moleculares subyacentes asociados con el bienestar psicológico ventajoso para la salud o eudaimonia.

¿DE QUÉ HABLAMOS, CUANDO HABLAMOS DE CUIDADOS?

Luzuriaga y Zunino (Cap. V), realizaron un profundo y extenso análisis del cuidado a partir de un trabajo de investigación cualitativa que buscó la

palabra de las y los enfermeras/os. Caracterizan el capítulo diciendo que el mismo, parte de varios supuestos: el de entender el cuidado como una construcción vincular, a la enfermería como una práctica social y política y a la salud como un derecho que, a partir de su ejercicio, hace posible la lucha por otros derechos. Y nos contextúan, la pandemia del COVID-19 puso en cuestión innumerables aspectos de la vida social, entre ellos diversas prácticas y sentidos vinculados con la gestión del cuidado, principalmente del cuidado en los sistemas de salud. El rol de la enfermería cobró particular interés entre esos cuestionamientos, por ser la profesión que concentra las tareas de cuidado en el campo de la salud. Sin embargo, nuestra sociedad tiene todavía un amplio camino por recorrer para valorar la importancia de esta profesión. Si puede rescatarse algún aspecto positivo de esta pandemia, es el hecho de hacer visible la complejidad y la relevancia de esta tarea, así como denunciar fuertemente la precariedad y la desvalorización de dicha categoría profesional, tanto por parte del Estado como por parte de la sociedad. Martínez Riera (Cap. XXX) hace una crítica, considerando que este contexto estereotipado, influye de manera clara en el buen vivir y en el bienestar de enfermeras y enfermeros, al impedir o dificultar una relación saludable que permita incorporarlos social y profesionalmente. Santiago Garaño (Cap. VI), desde los derechos humanos nos lleva a pensar la cuestión de cómo cada sociedad construye siempre qué sujetos son considerados como "humanos" y quiénes no; quiénes son incluidos como ciudadanos, y quiénes son excluidos de esa categoría y gozan de menos derechos; cuáles son los umbrales de violencia y muerte que caracterizan a cada país y a cada región; y qué formas de represión social y política se rechazan y cuáles, en cambio, se avalan, toleran y hasta se exigen.

Zunino y Luzuriaga (Cap. V), definen el cuidado en salud con un alto

potencial, por una parte, porque supone la construcción de un vínculo con las y los sujetos de cuidado y, por otra parte, porque su práctica cotidiana está fuertemente relacionada con el trabajo comunitario. Esta práctica otorga a quienes la ejercen la capacidad de acrecentar la experiencia y contar con conocimientos que les permiten identificar las problemáticas sociales y los recursos disponibles en la comunidad en la que trabajan. Tanto en el campo clínico como en el comunitario, el intercambio entre las/los trabajadores de la salud y las/los sujetos de cuidado posibilitan la construcción de prácticas dirigidas a hacer efectivos ciertos derechos. En este sentido, el cuidado en el campo de la salud tiene la capacidad de contribuir a la construcción de sujetos capaces de ser parte de procesos colectivos y transformadores de su realidad, es decir, de aportar a la construcción de sujetos políticos. Pérez, Loray y Cárcamo (Cap. XXXI), subrayan el sentido político del cuidado, pensado desde el bienestar, en tanto búsqueda de transformación de necesidades, en derechos.

Fortunato, Antonioli, Fontenla, Benítez y Fiumara (Cap. XI), nos plantean que la experiencia de cuidado es personal y está determinada por la historia de cada persona, como parte del enfoque de cuidado transcultural, integral, enmarcado en el respeto y la dignidad de cada persona y es muy significativo entender que en algunas comunidades esto implica una construcción social, no personal. Cuidar es más que la aplicación de técnicas y procedimientos, es fundamentalmente una acción comunicativa y personal, basada en el respeto y reconocimiento del otro. La mayor contrastación con la cosmovisión del mundo capitalista, occidental y cristiano en términos del concepto de salud mental y, por ende, de cuidado, se pone de manifiesto en la forma o las formas en que el cuidado era y es prodigado por los indígenas.

Fiumara y Loray (Cap. XXVII), defienden de la mano de Boff, dos ideas

principales: el respeto y cuidado. Respeto por todo lo que vive y existe. Cuidado como el principio rector, que es previo a todas las conductas, entendiendo que todo lo que hagamos con cuidado está bien hecho; mientras que el descuido, es destrucción. El cuidado practicado con entendimiento, es una forma de amor, porque solo amamos lo que conocemos. "El cuidado es una relación amorosa y no agresiva con la realidad. El cuidado está atento a los procesos vitales y se preocupa de todos los seres para que éstos puedan continuar participando en la comunidad de la vida de tal manera que ninguno esté excluido ni abandonado en su sufrimiento" (Boff, s/f).

Ojeda y Moyano (Cap. I y II) han realizado en dos capítulos un extenso y profundo análisis de las nociones de "cuidados", "buen vivir" y "bienestar", y entre otras ideas expresan que es un signo de vitalidad la variedad de tradiciones intelectuales y discursivas en las que se sostiene la apropiación y trasvase de un campo de intervención a otros de conceptos como cuidado, buen vivir y bienestar, y el modo en que, inevitablemente, estos conceptos han debido también ser objeto de luchas por el sentido y por su apropiación. Es evidente el potencial de diálogo con las nociones de bienestar y cuidado provenientes tanto de tradiciones políticas y epistemológicas diversas. La presencia identitaria de estos conceptos incluso en el juramento Nightingale originado en un ciclo histórico anterior "Dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado", aparece naturalmente en la conformación contemporánea del campo profesional que, no casualmente, convoca a este libro. La noción de bienestar y cuidado deja definitivamente de ser limitable a una noción unidireccional de servicio, incluso sacrificio individual, para elevarse a la noción de construcción de lazos de salud como sinónimo de construcción de lazos de comunidad.

Surge con Franco y Cárcamo (Cap. XV), una vinculación entre cuidados,

interculturalidad y poder, tomando en cuenta la concepción de los determinantes planteada por Breilh, retrayéndolos a nivel de condicionantes, si se genera un pensamiento sobre cuidados, coherente con la acción emancipadora de integración de fuerzas y culturas contra hegemónicas y de construcción de poder simbólico alternativo

TEORÍA DE CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y EL BIENESTAR

Desde la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar se entiende que el acto interpersonal del cuidar (con una o más personas) implica un posicionamiento –posiblemente diferente y/o complementario e interdependiente- que "presupone" cumplir determinados objetivos. Esta interrelación, además, incluye un reconocimiento de la "vulnerabilidad" de todos/as los/as incluidos/as en la misma, abriéndose paso a una construcción de subjetividad que va a estar determinada por los valores socio-históricos de ese preciso momento.

Una situación que ya se plantea compleja porque puede tener una significación diferente partiendo de la historia de vida de cada sujeto implicado y sus acopios culturales. Aquí entra, a nuestro entender, la contraposición entre dos (o más) formas de comprender y por ende proceder con respecto a la salud. Se acuerda con Breilh (2003) cuando dice que es necesario incorporar una concepción epistemológica sobre la complejidad y las relaciones de producción, propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determinan la salud. (Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería; Franco A.; Cárcamo, S. N., Cap. XV). Álvarez (Cap. XX), sintetizando el paradigma de la complejidad, nos presenta a Morín (1990), que postula que las relaciones

surgen de un movimiento circular en donde los efectos retroactúan sobre las causas modificándolas, surgiendo una causalidad en bucle que irrumpe la causalidad lineal simple. Es posible decir que la vida de cada una de las personas que habita el planeta Tierra es resultante de múltiples bucles de retroalimentación que se producen por el sólo hecho de vivir. En todos los casos, dicen Pérez, Loray y Cárcamo (Cap. XXXI), el buen vivir plantea una interrelación de la persona con el todo, que genera armonía y con ello la vida en plenitud. Sus modelos éticos fortalecen las relaciones interculturales y miran a los otros como iguales, en estos tiempos buscan aportar soluciones que pongan freno a la desigualdad social, y en ese punto genera una intersección con la idea de bienestar.

Arias López (Cap. XIII), encuentra acercamientos a modelos teóricos basados en las propuestas filosóficas del buen vivir (Álvarez et al,) o propuestas soportadas en los legados de la salud colectiva/medicina social latinoamericana (Arias López, 2019), que permiten avizorar planteos situadas en el contexto latinoamericano y sus problemáticas, pero además en las respuestas sociales particulares, donde las enfermeras han mostrado su potencial para generar conocimientos historizados, bajo miradas sociopolíticas críticas, que abogan por la transformación hacia formas de vida más solidarias, respetuosas e incluyentes.

Analizan Fortunato, Antonioli, Fontenla, Benítez y Fiumara (Cap. XI), una idea teleológica de la salud, que muestra que la misma, en el cristianismo consiste en la pérdida del Edén, en el marxismo en la búsqueda de la sociedad sin clases y en la cosmovisión de los pueblos originarios la finalidad se halla en mantenerse en común unión y en estrecha relación con su cosmogonía. El buen vivir, entonces tiene que ver con la capacidad de fortalecer e integrar la historia,

mediante la potenciación de grupos comunitarios. Quiere decir que las formas de cuidado en los pueblos originarios, son mitos que se expresan plásticamente en ritos, en estrecha relación con la antropogonía y en sujeción a ella, la condición para alcanzar salud.

Según Ojeda y Moyano (Cap. I y II), se encuentran presentes, en la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar, las teorías y movimientos ligados al socialismo indoamericano hasta la producción teórico política de los movimientos nacional-populares del continente; desde la irrupción de los movimientos ecologistas en la década de 1970 hasta la circulación e influencias cruzadas entre tradiciones de oriente y occidente, de sur y norte. Así la teoría del Buen Vivir pasa de texto a comunidad viva en el marco de amplios procesos de transformación política en la América Latina del siglo XXI. Buen Vivir y bienestar como producciones teóricas -y sus praxis- ejemplifican muy bien la tensión compartida junto a otros cuerpos de ideas respecto de cómo promover una idea y praxis de la vida humana en tiempos del capitalismo avanzado, es decir, en tiempos de deshumanización de relaciones, visibilización de grupos, sectores y comunidades, destrucción del medio ambiente y con él de todo habitat posible.

Adherimos a la concepción planteada por Luzuriaga y Zunino (Cap. V), en el sentido de que el vínculo generado a partir del cuidado es una relación fuertemente legitimadora de derechos y una instancia política ciudadana. Y por ello, el trabajo en salud, tiene el potencial de cuestionar las prácticas que reproducen desigualdades sociales a diferentes niveles de clase, de género, y de otras subordinaciones. Es el potencial que podría producir un movimiento que promueva prácticas orientadas a la ampliación de derechos y al involucramiento de diversos actores sociales, a partir de un discurso aglutinador como es el

derecho a la salud. Son discursos y prácticas dirigidas a lo que Mouffe (1996) denomina una ciudadanía democrática radical.

¿CÓMO SE APLICAN AQUÍ, LAS CONCEPCIONES SOBRE: CUIDADOS, BUEN VIVIR Y BIENESTAR?

Espasande, Bonforti y Di Vincenzo (Cap. IV), ponen pie en el Pensamiento Nacional y Latinoamericano (PNL) y proponen plantear una matriz epistemológica surgida al calor de la resistencia a la opresión social y/o colonial. A diferencia de la matriz eurocéntrica, el PNL aparece con perspectiva "situada", en la que busca respuestas a partir de nuestra propia realidad. Si bien el PNL es heterogéneo presenta características comunes que permiten hablar de una "matriz", en el sentido de constituir una forma de pensar, analizar, actuar sobre la realidad social. Ojeda y Moyano (Cap. I y II), dicen que la producción teórica adquiere potencia en la medida que las praxis sociales las sostienen y extienden: la Teoría del Cuidado expande su visibilidad y conforma agendas cuando, todo un campo profesional, pero también todo un proceso de reformulación de relaciones de poder entre géneros, activan su validez y multiplican sus conexiones.

Cárcamo y Alcaraz (Cap. VIII), proponen cuidados del Buen Vivir y el Bienestar, al diagnóstico e intervención en la micropolítica, y se apoyan en Merhy (2016) desde el concepto de "autogobierno", que se plantea la posibilidad de la "privatización" del uso del propio espacio de trabajo cotidiano, sin tener que rendir cuentas de qué hace y porque se hace, y siguiendo esta idea, entienden que necesariamente, en el esfuerzo por mejorar la calidad de los cuidados, es importantísimo abordarlos desde la micropolítica, en eso que Merhy (2016) denomina el "acto vivo en salud". Y en ese sentido la investigación- acción,

permite diagnosticar en los micro-espacios (hospital, centro de salud, comunidad), y habilita a generar instancias de capacitación, que, en la última etapa de los estudios del Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados, fue muy bien valorada por la mayoría de los/as entrevistados/as, lo que permitiría obtener un mayor conjunto de saberes, del cual se dispondría para la producción de cuidados de salud. Ratificando esa dirección, Cárcamo (Cap. IX), presenta un esquema, que se utilizó en las dos experiencias en hospitales de la Región Sanitaria Sexta en el período 1998-2000, que responde a la lógica de la teoría de sistemas, y permite hacer un análisis, con la utilización de diferentes fichas- herramientas, de las estructuras de cada sistema/servicio del hospital, en cuanto a conjunto de relaciones existentes entre los elementos del sistema bajo análisis y el entorno, como sistemas que se interpenetran. Este proceso de análisis permite realizar un diagnóstico de necesidades/problemas a ser resueltas/os desde la gestión institucional, entre ellas/os, la capacitación en servicio. Desde una maduración y nuevos aprendizajes, se mira la metodología desde un enfoque ideológico, apoyada en los Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar.

Donati (Cap. XXIII) se pregunta ¿El uso cotidiano que les damos a las nuevas tecnologías, resulta necesariamente una mejora en nuestra calidad de vida? Y reflexiona en la forma vertiginosa en que la tecnología se ha desplegado en la sociedad occidental actual generando preocupación en algunos investigadores y entusiasmo en otros, situación que ha permitido desde diversas disciplinas, estudios y programas de investigación, intentar comprender: las causas, los efectos y procesos, que devienen en los tipos de configuraciones de lo que se entiende, por tecnología, en este momento histórico.

Millenaar (Cap. XXVI), expresa que pensamos en la propuesta del Buen Vivir como la vida del planeta como un todo. Pensamos en la salud de las

relaciones. Pensamos en Soberanía alimentaria. Pensamos en paz y armonía con la naturaleza. Y nos informa que, en el mundo, sólo un 37% de los niños reciben lactancia materna exclusiva al sexto mes. Una de las causas para que esto suceda es la falta de información, además de existir un sistema de mercado que funciona de tal manera que permita continuar siendo así. Schanz, Camanduli y Sosa (Cap. XXXII) caracterizan el Buen vivir es un modelo político, social, cultural y económico de Latinoamérica, cuya síntesis es la diversidad. Recuperar algunos de sus principios para pensar a la maternidad es el propósito de las autoras, y, lo será también para esclarecer algunas cuestiones en relación a este pensamiento. Entonces, el cuidado del Buen Vivir y Bienestar comprende que el ser humano está en función de las otras y otros, como así también con cada rincón de la naturaleza, vivimos en comunidad y la maternidad es parte de ella. Para el cuidado, desde esta cosmovisión, el maternar va más allá del sexo biológico, es compartido con los seres con los cuales se convive en el espacio y tiempo, en el aquí y ahora y en convivencia armónica con la naturaleza y con aquellos que los rodean. Martínez Riera (Cap. XXX), haciendo dialogar genero con buen vivir plantea entre otros conceptos, que no podemos negar que vivimos dentro de una cultura de estereotipos sexistas, en los que aparentemente se privilegia al hombre sobre la mujer; aunque en realidad los estereotipos afectan negativamente a ambos géneros, al construirse en patrones o modelos divisionistas que no permiten en ocasiones el descubrimiento, el desarrollo y la expresión de cualidades y valores propios de los seres humanos sin distinción de sexo. Loray y Cárcamo (Cap. XXXI) recuerdan, citando a Segato (2018), que las diversas sociedades en todos los continentes tienen un mito de origen: "la desobediencia de Eva", que marca el origen de la estructura que está enfocada sobre la desobediencia y el disciplinamiento de la mujer, ubicada así en el mismo

momento en donde comienza la historia humana. Se instala de este modo como narrativa, un orden político no histórico, apartándose de lo religioso, con la "naturalización" del sistema patriarcal y su consecuencia, la desigualdad de género.

Martínez (Cap. XIX), para pensar en los cuerpos envejecidos, afirma que la cosmología del sistema capitalista basada en el dualismo ontológico cartesiano separó definitivamente, al hombre de la naturaleza, estableciendo su superioridad respecto de ella. Pero ese proyecto moderno-colonial-capitalista-patriarcal necesitó también escindir la vida y las actividades humanas a partir de su ideal de hombre productivo, muy lejos del cual quedaron, entre otros, los cuerpos envejecidos, desechados por inútiles e improductivos. De allí que el envejecimiento del "hombre moderno y occidental" transcurriera en el silencio de la experiencia del cuerpo borrado, descartado. En sentido contrario implica el buen-vivir indisociablemente el buen-envejecer, y no sería percibido ya como un problema individual, asociado a un grupo etario, sino como una responsabilidad colectiva entramada en una lógica de intercambios recíprocos. Álvarez (Cap. XX), y siempre sobre "vejeces", nos explica que cuando nos referimos a las prácticas corporales realizadas por personas mayores es correcto expresar que asumen particularidades específicas, pero también es necesario entender que no todas las "vejeces" son iguales y que la diversidad de realidades vividas permite reflexionar desde una visión integral no sólo desde los hechos individuales aislados, sino que también desde la integralidad de un hecho relacional con el entorno. Etkin (Cap. XXII), establece relaciones entre los/as adultos/as mayores y las prácticas de deporte. El concepto de deporte para todos, no necesariamente incluye el de deporte con todos/as y si bien podemos coincidir con los autores que las prácticas deportivas han universalizado sus formas institucionalizadas,

pensamos que no les brindan a todas las personas, particularmente a los/as adultos/as mayores, la misma oportunidad de acceder a su práctica, como a otros grupos etarios.

Hablan de la salud del planeta algunos/as autores/as relacionada con la salud humana. Cervera Novo (Cap. XXIX), expresa que los elementos que nos entrega nuestra Madre Tierra nos permitirán lograr un buen vivir energético. Contamos con los recursos renovables que nos permiten modificar la matriz energética sin generar gases de efecto invernadero. Para lograrlo tenemos tres claves: 1. Electrificar la Economía a partir de sustituir su producción sin combustibles fósiles; 2. Integración de las Energías Renovables combinando todas las alternativas que ofrecen; 3. Eficiencia Energética a partir de privilegiar los aparatos con etiqueta de eficiencia energética y dotar de redes inteligentes, digitalizadas en la distribución de la energía. Unidos estos tres ejes podemos hablar de seguridad en los suministros. Elisman (Cap. XXV) propone una dieta basada en plantas, afirmando que no existe déficit proteico ni de hierro en una alimentación basada en plantas bien planificada (como deberían ser todos los patrones dietarios), lo que tiene efectos sobre la salud del planeta ya que múltiples estudios han demostrado que reemplazar alimentos de origen animal con alimentos de origen vegetal reduce factores asociados al cambio climático. Propone una dieta sustentable, que es una dieta en la que el proceso de producción de la misma tiene el menor impacto ambiental, a la vez que es protectiva y respetuosa de la biodiversidad y los ecosistemas, es nutricionalmente adecuada, segura, sana, cultural y económicamente aceptable. Fernández (Cap. XVI), desde la Filosofía del Buen Vivir, piensa la dimensión educativa, como merecedora de nuestra atención. El cuidado de las personas, es la preocupación y el interés por el ser humano, con todo lo que ello implica. La

forma de vida que llevamos en la actualidad, especialmente en las grandes ciudades, nos aleja decididamente de este ideal. La ciencia y la técnica, han permitido que nuestra existencia sobre la tierra sea más prolongada. Pero no necesariamente, ha sido más humana, menos conflictiva. Nuestro progreso, es acompañado por la generación de sociedades más tóxicas, menos amigables, más inseguras, que han ensanchado la distancia en la relación con la naturaleza, recordando aquí que somos parte de ella. Sanabria (Cap. XVIII) afirma que, la incorporación del Buen Vivir en el marco educativo posibilita el aprendizaje para toda la vida, y se comparten entre estudiantes y profesores/as, ya que otros saberes entran en equivocidad. El buen vivir entendido como los modos de relacionarse armónicamente con el mundo, la naturaleza y con los otros. Por lo cual, se incorporan diferentes prácticas, estrategias y didácticas innovadoras que favorecen las competencias y las capacidades para el empoderamiento de los diferentes procesos de aprendizaje emancipador, con la apropiación social del conocimiento. Y propone en esta línea, que las Universidades, sus autoridades y profesores/as consideren y asuman sus responsabilidades para promover otras maneras de enseñar, de aprender y de vivir para descolonizar la cultura académica, comprendiendo que esta tarea es posible desde el pensamiento complejo y del Buen Vivir. De esta manera dejaremos de priorizar en las aulas la clasificación y la información y podremos iniciar el camino de la formación de una conciencia ciudadana y planetaria, social y humanista que integre los problemas del mundo actual garantizando una educación para la universalidad y la formación integral del futuro egresado de Enfermería. La formación del Buen Vivir implica una perspectiva de aprendizaje intencionada, con competencia ética, crítica, participativa, solidaria y reconociendo e interactuando con visión multidimensional de la persona. Agüero (Cap., XVII), considera el contexto actual

como una oportunidad para repensar el modelo de formación ético profesional de las y los enfermeras/os, vigente en el currículo de la educación superior. Las epistemologías del sur, se posicionan como alternativas para poder avanzar en nuevas concepciones y nuevos horizontes para afrontar, no solo la pandemia del nuevo coronavirus, sino también las inequidades en la profundidad de nuestra Patria Grande.

En términos de "cuidar a los que cuidan" Aguirre, Medina, Silberman y López (Cap. VII), presentan un plan creado en el año 2020, por el Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) titulado Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud en el marco de la pandemia COVID-19. Consideran que el proceso de trabajo de las y los trabajadores de la salud adquiere una configuración única, porque moviliza a los sujetos en su totalidad: en cuerpo, intelecto, emociones y capacidad relacional. El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud, como son los hospitales, tienen características propias, sea por funcionar las 24 horas de los 365 días del año, como por trabajar con la salud, la enfermedad y el cuidado de las personas (Spinelli, 2013). Su propósito es guiar a las instituciones efectoras de salud a realizar acciones para prevenir esta enfermedad y las consecuencias indirectas, que la pandemia ocasiona en la salud del personal, y particularmente en la salud mental. Beatriz Arias (Cap. XIII), presenta experiencias de cuidado en el campo de la salud mental, relacionados con los haceres textiles y su narrativa, apareciendo como mediadores estratégicos para el cuidado comunitario, a partir de una serie de investigaciones, realizadas en Colombia, que han buscado explorar las afectaciones y resistencias relacionadas con el conflicto armado y la construcción de paz. En el mismo sentido del cuidado de la salud mental, Jacquier y Dos Santos (Cap. XII), plantean un caso, considerando al sufrimiento como un

constructo encuadrado en la categoría de padecimiento, término antropológico con connotaciones subjetivas, que refleja sensaciones indefinidas, sentidas por todas las personas, en la vida cotidiana (Jacquier, 2014). Presentan así reflexiones sobre una práctica de salud comunitaria que ayuda a las personas a abordar los sufrimientos de la vida cotidiana, empoderarla colectivamente y facilitar vínculos solidarios con la TCI o "Terapia Comunitaria Integrativa".

Esperamos que estos amplios y profundos aportes conceptuales y metodológicos, disciplinares y transdiciplinares, desde el campo de los cuidados, con perspectiva nacional y latinoamericana y específicamente desde los cuidados del Buen Vivir y el Bienestar, sean un aporte nutritivo para seguir pensando los cuidados en todos los ámbitos en que la enfermería se desarrolla. Esto ahora es de Ustedes, lectores y lectoras.

SILVIA NOEMÍ CARCAMO
Directora
Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería

DE PANDEMIAS, RESISTENCIAS Y OPORTUNIDADES (I): AMÉRICA LATINA EN EL ESPEJO DE LA HISTORIA

ALEJANDRA OJEDA - JULIO MOYANO

"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas"[1]
Dr. Ramón Carrillo

NO ES LA PRIMERA PANDEMIA.

Pero como enorme símbolo del nivel de globalización en la circulación de bienes y personas, ninguna, hasta ahora, había alcanzado con tal rapidez todos los confines del planeta.

Y como símbolo de la complejidad que han alcanzado la división social del trabajo y la cantidad de población involucrada en ella, ninguna había causado tanto impacto en la economía, los vínculos sociales y las comunicaciones en tan corto tiempo, golpeando comunidades incluso antes de la llegada del impacto efectivo de la gran cantidad de contagios.

A fines de noviembre de 2020, en apenas ocho meses desde la declaración de pandemia por la Organización Mundial de la Salud, el COVID-19 ha alcanzado a todos los países del mundo. Ha contagiado, especula la OMS, al diez por ciento de la humanidad, aunque los casos confirmados fehacientemente son poco más de 60 millones. Ha matado 1,5 millones de personas, la mitad de ellos en los últimos cien días, y se encuentra en su pico máximo de muertes diarias. Redes sociales, comunicadores, especialistas, líderes de opinión y resultados de estudios de opinión pública muestran no sólo los sufrimientos asociados directamente al avance pandémico-muertes de seres queridos,

[1] Carrillo, Ramón (1951): *Contribuciones al conocimiento sanitario. Cit. por Carrillo, A. y Carrillo, A. R. (2005).*

atravesar la enfermedad, incertidumbre generalizada, daños económicos catastróficos equivalentes a una crisis mundial- sino también a daños psicológicos y emocionales a escala individual, sectorial o colectiva en una magnitud difícilmente cuantificable aún.

Las cifras, aún con su atemorizante contundencia, se hallan todavía lejos de los números escalofriantes de la gripe española de 1918-19 u otras peores en la historia humana, y es de esperar que, entre el esfuerzo social preventivo, el científico-técnico y el de cuidados profesionales, tales números nunca lleguen. Pero nos sentimos reflejados en un espejo temporal que muestra un futuro ominoso: otras pandemias pueden venir[2] en un marco de movimiento generalizado de personas, bienes, animales, plantas y microorganismos, de cambio climático y de colapso de las fronteras entre dominio humano y dominio de la naturaleza. La pregunta por lo que hemos hecho con nuestro mundo interroga también lo que hemos hecho con nuestra humanidad, del mismo modo que lo que hemos hecho con nuestros pueblos de América Latina interroga también lo que hemos hecho con nuestra identidad, y con nuestras expectativas de lo que la condición humana debiera ser en el momento histórico en que sus fuerzas materiales superan con creces los términos de escasez que caracterizaron toda nuestra historia. El espejo interroga desde allí nuestro presente, atravesado por la contradicción entre fuerzas que pugnan por subordinar toda mejora al crecimiento económico, y aquellas que, en notoria desventaja, se atreven a interrogar el significado del vivir bien, del "buen vivir", como ha comenzado a cargarse de sentido este término gracias a la creciente adaptación del concepto Sumak Kawsay proveniente de los movimientos político-sociales asentados en las culturas ancestrales de la región andina.

Y también interroga el pasado. No sólo en la búsqueda de referencias

[2] El mundo, dice Bill Gates, en una reciente entrevista con Rashida Jones y el epidemiólogo Anthony Fauci, enfrentará una nueva pandemia dentro de las próximas dos décadas, aunque su impacto será "menos destructivo", porque "… Hemos practicado los juegos de enfermedad, como los juegos de guerra, y casi cada país responderá como lo hicieron Corea del Sur o Australia, donde rápidamente están sometiendo a una prueba y ponen en cuarentena a la gente; y nuestras herramientas para realizar pruebas serán mucho mejores (…) No seremos tan estúpidos la segunda vez". https://www.gatesnotes.com/Podcast/What-will-the-world-look-like-after-COVID-19

experienciales desde las que obtener aprendizajes y mejoras. También desde una interrogación crítica contundente: no necesariamente todo lo que parece ir quedando atrás es deseable de ser despedido, ni necesario. Lejos de la acusación de nostalgia o de inocencia (en las peores acepciones posibles del término) con que se la etiqueta, la mirada crítica sobre el pasado halla puntos de quiebre en los que se perdieron elementos, o al menos, que se fragmentaron elementos, cuya unidad añoramos y necesitamos, aún si debe fundirse en nuevo molde. La epidemia nos espeja, pues, todos los tiempos, como suele suceder en momentos límite, no solo de crisis, sino de grandes desafíos históricos. La conciencia de que es imposible continuar haciendo exactamente lo que se venía haciendo es inexorable, y el clamor por ideas que problematicen nuevas identidades se hace programa.

En el gran espacio euroasiático-africano, por histórica y geográfica mayor facilidad de circulación, las pandemias se han ensañado con las poblaciones humanas desde la antigüedad. Junto a los grandes desastres naturales y las guerras -no pocas veces vienen efectivamente juntas- las pandemias conforman el imaginario histórico del horror. La iconografía y las narraciones escritas de sucesivas pandemias muestran imágenes infernales, dignas de la peor pesadilla, desde la gran Plaga de Atenas en 430-429 A. C., pasando por la gran Plaga de Justiniano en la Bizancio del siglo VI, la peste negra en la Europa de mediados del siglo XIV, las recurrentes epidemias de cólera, tifus, fiebre amarilla y otras oportunistas de la expansión de vías de intercambio mercantil en la Edad Moderna y el siglo XIX, la pandemia de gripe española de 1918-20 o el ciclo actual de coronavirus de circulación global, estas tragedias han generado niveles de desafíos históricos tan altos a las poblaciones que las sufrieron, que reacomodaron por completo los sucesos posteriores[3].

[3] La plaga de Atenas contó a Pericles entre sus víctimas y, si bien no es demostrable fehacientemente, la decadencia de la época dorada de la ciudad y su hegemonía en el sistema helénico comenzaron exactamente allí. La plaga de Justiniano destrozó para siempre el avance de Bizancio sobre Europa occidental y su pretensión de reunificar el imperio romano, causando un golpe demográfico que tardaría dos siglos en revertirse. La peste negra europea de 1347-1353 sentó las bases de la destrucción del orden feudal, tras matar entre un tercio y la mitad de la población de Europa.

Puede decirse algo similar de América[4] desde el momento en que adquiere identidad de conjunto por la vía de una violenta conquista externa proveniente de Europa, en las primeras décadas del siglo XVI[5]. Desde aquel momento fundante, algunos de los grandes desafíos históricos que vienen amalgamando la identidad de América Latina se han presentado, en situaciones límite, bajo la forma de epidemias, endemias y pandemias.

Lo hacen en el momento mismo del choque de culturas en la conquista y colonización temprana que marca el inicio del mestizaje identitario (que heredamos hoy), cuando el contacto de población europea con la americana (carente de un historial de inmunidad contra las enfermedades infecciosas que la primera portaba como agente de contagio), provocó una catástrofe epidemiológica que devino catástrofe demográfica. Entre las enfermedades infectocontagiosas llegadas con la conquista, una de ellas se ensañó con los pueblos originarios, pasando a ser por mucho tiempo la pandemia de mayor extensión geográfica de la historia: la viruela del segundo cuarto del siglo XVI. El virus variola causó la muerte de un tercio de la población del imperio Mexica, estragos en el imperio incaico y en otros pueblos originarios, desde la meseta tarahumara mexicana hasta las regiones mapuches del actual sur chileno. En su oleada, obviamente menos veloz que los ritmos de interacción mundial contemporánea, la enfermedad golpeó en profundidad la Europa mediterránea y parte de la del norte, el medio oriente africano y asiático. En América, no se limitó a los pueblos originarios, al golpear a la población mestiza y europea, especialmente aquellos europeos nacidos en estas regiones. Diversos historiadores y epidemiólogos hacen notar que el impacto demográfico fue tan catastrófico como el de la peste europea del siglo XIV, y peor aún en las zonas de alta concentración poblacional como en la región del Valle de México, donde la

[4] O, mejor dicho, del continente físico todavía fragmentado en términos socioculturales por las condiciones de interacción humana que no conformaban aún una identidad continental.

[5] A lo largo de este cuarto de siglo, la viruela impactó en Europa, América del Norte, Central y del Sur, el Caribe, el norte africano, el Cercano Oriente y el Asia Central

mortalidad en algunas localidades alcanzó al 90 por ciento, sólo equiparadas en Europa por casos como Florencia, que sufrió un 80 por ciento de mortalidad entre 1348 y 1354)[6].

Pero es conveniente notar, además, que estudios sobre el conjunto de desarrollos epidémicos en territorio americano durante el primer siglo colonial muestran que la catástrofe demográfica de los pueblos originarios no obedece sólo a la exposición a virus, bacterias y parásitos importados de Europa. Acuña Soto, Stahle, Cleaveland y Therrell (2002) por ejemplo, hacen notar que el primer y tercer (en magnitud) golpes demográficos en México[7] fueron producidos por una enfermedad de origen americano. Según estos autores, mientras el catastrófico impacto de la viruela redujo la población mexicana en hasta 8 millones de habitantes (entre 22 y 36 por ciento aproximadamente según la estimación poblacional que se utilice), dos oleadas de mortalidad mucho mayores, ocurridas en 1545 y 1576 parecen obedecer no a contagios de origen europeo sino a "fiebres hemorrágicas autóctonas transmitidas por hospedadores de roedores y agravada por condiciones extremas de sequía"[8]. La enfermedad fue llamada -en lengua náhuatl- "Huey cocoliztli" (Gran plaga), diferenciándola de infecciosas ya conocidas como la viruela - "Huey zahuatl" (Granos grandes)- y el sarampión - "Tepiton zahuatl" (Granos chicos). Su letalidad fue estremecedora: estas plagas mataron entre 5 y 15 millones de personas en la oleada de 1545-48[9], y entre 2 y 2.5 millones en la de 1576-78 cuando, diezmada ya la población originaria, este valor significó nuevamente un 50 por ciento de la población aproximadamente.

[6] Coinciden también en que la altísima mortalidad en los pueblos originarios durante el período de la conquista obedeció en un 90 por ciento al impacto epidémico de enfermedades infectocontagiosas y en un diez -siempre en valores aproximados- a combates, ejecuciones y masacres en el marco de la acción conquistadora y de explotación colonial.

[7] Siendo la viruela de 1520 el segundo golpe demográfico.

[8] Los síntomas, velocidad de propagación, infección y letalidad de esta enfermedad han sido descriptos en forma contemporánea a los hechos por el protomédico de Nueva España, don Francisco Hernández, uno de los hombres de ciencia más prestigiosos del imperio español en el siglo XVI y testigo presencial de la epidemia de 1575. Estos síntomas, remarcan los autores no son consistentes con las enfermedades conocidas europeas o africanas presentes en México en ese siglo.

[9] Lo que supondría entre el 30 y el 80 por ciento del a población estimada para esa fecha.

Mató, por lo tanto, entre un 50 y 90 por ciento más que la viruela precedente. El área geográfica afectada en cada reaparición de esta última enfermedad (las tierras altas y no las llanuras costeras de clima cálido) parece confirmar esta hipótesis, al ser inconsistente con una epidemia de viruela, sarampión, tifus u otra enfermedad de origen europeo o africano que hubiese afectado tales regiones en el proceso expansivo de contagios. Por otra parte, estudios recientes de análisis de anillos de árboles permiten correlacionar las dos peores epidemias de cocoliztli con la gigantesca y larga sequía del siglo XVI[10].

Otros estudios establecen analogías entre estas epidemias del siglo XVI y brotes recientes con sintomatologías semejantes. En todos los casos, condiciones de vida humana, dislocamiento del equilibrio ecológico en función de actividades extractivas, de monocultivo y agotamiento de recursos, convergen con cambios en el régimen pluvial, desplazamiento de gran cantidad de roedores y trasvase de cepas virales de animales a humanos.

Resulta de interés observar que, tras las horrendas imágenes de la memoria americana sobre la conquista y el contagio viral de cepas importadas, la peor masacre epidemiológica fue generada como consecuencia indirecta del proceso de conquista y del modo de colonización: el dislocamiento de los sistemas económico sociales preexistentes y en equilibrio con la naturaleza, reemplazados por un extractivismo voraz primero. Un mercantilismo voraz más adelante: desplazamientos forzados en masa hacia las minas, mitas y yanaconazgos para trabajar en las nuevas ciudades coloniales, plantaciones extensivas, disecación de pantanos, deforestación, deportaciones, circulación de barcos por todo el continente, acopio de mercancías en espacios que atraían roedores, etc. Cien años después de la conquista, América producía muchísima

[10] "… la más severa y sostenida que afectó al centro norte de México en los últimos 600 años (…) habría reducido los recursos hídricos y alimentarios. Los animales hospedadores tenderían entonces a concentrarse alrededor de los remanentes de la base de recursos, donde una mayor agresividad favorecería la propagación del agente viral entre esta población residual de roedores. A raíz de la mejora de las condiciones climáticas, los roedores pueden haber invadido tanto los campos agrícolas como los hogares, donde las personas se infectaron por aspiración de excretas, iniciando así la epidemia (…). Los nativos de México pueden haber sido infectados preferentemente porque trabajaban en los campos agrícolas e instalaciones que presuntamente estaban infestadas de roedores infectados. (…) agravadas por las condiciones climáticas (…) y por las malas condiciones de vida y el trato severo de los nativos bajo el sistema de encomiendas de la Nueva España (…) tratados virtualmente como esclavos, mal alimentados y vestidos, y tenían un exceso de trabajo como jornaleros agrícolas y mineros" (Acuña Soto, Stahle, Cleaveland y Therrell, 2002, p. 2).

más riqueza en términos capitalistas que antes de ella, pero ofrecía a los pocos sobrevivientes unas condiciones de vivir cuanto menos contradictorias a la hora de la comparación. Pero a lo largo del siglo XVI y aún a pesar de que numerosos pueblos se habían visto liberados de cadenas de dominación imperial del mundo azteca o del incaico al pasar al dominio español, se reiteran diversas rebeliones indígenas, varias expresiones literarias de nostalgia por el mundo perdido o reapropiaciones simbólicas de identidad producto del sincretismo y el mestizaje.

En el primer período histórico colonial diversas grandes epidemias -y al menos una pandemia- destrozan el tejido comunitario de pueblos originarios a partir de una praxis de conquista invasiva y expoliadora, que supone dislocar los equilibrios y vasos comunicantes de un habitat de nulo contacto previo con la noción de "mundo" que comenzaba a cuajar como girando en torno a Occidente. En este contexto podemos encontrar, ya desde entonces y hasta hoy, dos modos complementarios de estrategias de supervivencia en el campo de las comunicaciones, cuando todavía no había surgido ninguno de los dispositivos modernos de comunicación social: el aprovechamiento regular del contacto, intercambio y mestización cultural que permitió ensayar estrategias de preservación de ámbitos y reglas, y su contrario: la profundización del aislamiento respecto de la ola invasiva en aquellos pueblos que aún tenían posibilidad de hacerlo, por lo general por medio de un aislamiento geográfico en zonas de bajo interés mercantil. Esto último difícilmente pueda juzgarse en su relativa eficacia dado que a un mismo tiempo muchas de estas experiencias sobrevivieron varios siglos, pero en última instancia, ninguna pudo sostenerse "para siempre" por fuera del sistema. Pero sí es posible notar que el aislamiento resistente completo no significó automáticamente alternatividad, esto es, un distanciamiento en busca de mayor autonomía mientras se explora alianzas y

complementariedades con otros componentes más o menos asimilados por el sistema dominante[11], praxis que sí ha tomado clara forma en el siglo XX.

Pero el respeto español y criollo a las farmacopeas indígenas del Paraguay, de la sierra peruana o del Istmo mexicano, por mencionar algunos casos, muestra que en muchas circunstancias esta alternatividad pudo constituirse, como también la construcción de imaginarios colectivos que en la mestización hallaron la posibilidad de sincretismo y/o de coexistencia de realidades supervivientes de la América originaria, asimiladas del trasplante institucional y cultural europeo o construidas en el proceso de mestización.

Porque si la extensión de las comunicaciones multiplicada por la conexión entre Eurasia y América favoreció un catastrófico intercambio de enfermedades y una creciente presión productivista que envió pueblos campesinos completos a morir en las minas zacatecanas o del Potosí, también habilitó un veloz mestizaje étnico y cultural: toda la base alimentaria de pueblos europeos y americanos se transformó radicalmente; toda la farmacopea a ambos lados del océano se enriqueció del intercambio, y a ambos lados también se cruzaron elementos lingüísticos, estéticos, religiosos, filosóficos y de compromiso humano. En pueblos periféricos al imperio azteca -como el purépecha- hombres de Iglesia como Vasco de Quiroga buscaron hibridar saberes, generando un reencuentro -luego de un ciclo de espanto en el primer tramo de la conquista- entre las culturas española y originaria, desplegando una economía local, una expresividad artístico-religiosa y un artesanado cuyas huellas se aprecian en el presente, mientras en Guatemala el acceso a la cultura letrada por parte de indios vinculados al ambiente misional monacal cuaja dos siglos más tarde en el recupero del Pop Wuj por Fray Francisco Ximénez, y en el marco de la cultura hispano peruana el Inca Garcilaso escribe un rescate cultural

[11] Resulta sugerente la conceptualización de Raymond Williams (1988) dominante, residual, emergente. La categoría residual no es en modo alguno peyorativa: remite a la pervivencia de formas de organización social preexistentes a la instalación de una nueva forma dominante. Es precisamente su alternatividad, esto es, su capacidad de ser sustentable en las nuevas condiciones y buscar ser parte de un sistema de alianzas capaz de disputar hegemonía lo que torna emergente su rol, evitando así precisamente la continuación de la condición residual, hasta su extinción o hasta alcanzar un punto estable de sobrevivencia como elemento menor y aislado.

complejo en sus Comentarios Reales, o en el Paraguay criollos agricultores y jesuitas misioneros adoptaban lengua, farmacopea y costumbres alimentarias del mundo tupí-guaraní. La idea de una vida vivida correctamente, lo que hoy llamaríamos un "buen vivir" atraviesa transversalmente experiencias vitales de numerosos pueblos originarios, criollos, afroamericanos, europeos criollos o inmigrados. Como también lo hace la agresión y la conquista, según lo atestiguan dolorosas narraciones precolombinas, opacadas por la magnitud y extensión de la mega conquista europea, signada por la desesperación por el oro y el lucro.

En ese marco, la simbolización en pueblos originarios aparece en tradiciones orales y en los casos de los imperios mesoamericanos, escritas por medio de complejos sistemas ideográficos cuya evolución futura nunca conoceremos tras el corte abrupto de la conquista, aunque los vasos comunicantes entre culturas letrada y oral han garantizado la pervivencia de una parte de las cosmogonías, literaturas y cultura originarias. La emergencia de una cultura mestiza muestra en muchos países de Latinoamérica las notorias marcas de estos sistemas de representación que acompañan la toponimia, los sistemas de orientación o la iconografía religiosa mestizada en el comienzo mismo del período colonial, y cuyo impacto profundo en la simbología religiosa popular americana posterior es notable[12].

En el actual territorio argentino, las epidemias son registradas documentalmente desde los inicios mismos de la colonización y causan estragos localizados de enorme magnitud tras la independencia en el siglo XIX. Seguramente la epidemia más dañosa en términos de mortalidad y de

[12] Las encuestas de investigación de mercados realizadas por compañías multinacionales que apuntan al mercado latinoamericano en su conjunto suelen hallar, reiteradamente, el fútbol y los héroes de la industria audiovisual, ya sea cantantes o actrices, conductores de TV o protagonistas de Reality, confirmando el impacto creciente de los grandes sistemas mediáticos y de la etapa pop de la cultura popular y masiva. La camiseta de Messi en el Barcelona portada por un habitante mestizo de México DF, uno criollo de Buenos Aires, un misquito nicaragüense, un witoto del Amazonas peruano, un kolla del Altiplano o un guaraní de la selva misionera. Pero un sesgo típico en una cultura de subordinación es que el dominado tiende a calcular lo que el dominante quiere oír. Cuando en las encuestas se pide reconocimiento de íconos, no ha de sorprendernos que la imagen de la virgen de Guadalupe sea reconocida por más personas que las de cualquier ícono pop de las industrias culturales. La imagen tiene ese poder evocador que las artes mexicanas han heredado de su raíz originaria mestizada con la colonial española: sintetiza los orígenes distintos y los armoniza en un todo coherente; valoriza la feminidad y la condición mestiza; cruza tradiciones de profundas y heterogéneas raíces españolas y americanas; integra cosmogonías; convoca a un punto de identidad comunitaria de protección y pertenencia.

permanencia traumática en la memoria colectiva es la de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, la ciudad más poblada del país, donde en apenas cuatro meses murió el 8,7 por ciento de la población. La contundencia de este doloroso resultado, pero también las transformaciones del espacio urbano originadas en esta crisis, así como una presencia mucho más amplia y madura de medios de comunicación respecto de las anteriores, hacen de ésta el inicio paradigmático de la historia de las epidemias en Argentina, al menos en la memoria colectiva. Por otra parte, pocas han tenido tanto protagonismo mediático como esta. Buenos Aires era, en 1871, una ciudad con numerosos diarios, varios de ellos en lengua extranjera, y algunas revistas, ya sea de crítica humorística, ya científico-culturales, que asumieron un notable protagonismo en el combate a la enfermedad.

Con fechas que evocan por analogía las que encendieron las alarmas del COVID en 2020, el 27 de enero de 1871 se identifican tres casos en el barrio de San Telmo[13]. Si bien el Consejo de Higiene Pública actuó con celeridad, el Estado no asumió la situación de alerta hasta que la marea de contagios comenzó a golpear a los sectores más acomodados. El 2 de marzo se toma la primera medida contundente al cancelar los bailes de disfraces y comparsas de carnaval. Al día siguiente se cierran las escuelas y la Universidad. La ciudad contaba con apenas cinco hospitales, por lo que se puso en disponibilidad los lazaretos, comenzando por el de San Roque (actual sede del hospital Ramos Mejía) y otros locales, ampliándose también el parque de cementerios de la ciudad. En el momento que fue evidente que no se trataba de un brote más sino de una epidemia en gran escala y fuera de control que desataba las peores y mejores características del

[13] Barrio de la Capital Federal argentina, caracterizado, en ese momento, por el hacinamiento en inquilinatos y conventillos.

ser humano[14], comenzó un éxodo asimétrico: afroamericanos, pobres habitantes de inquilinatos y servidumbre de las viviendas fueron obligados a quedarse en las zonas críticas mientras las capas acomodadas partieron hacia las quintas suburbanas del norte de la ciudad en un movimiento que cambiaría la estructura urbana de Buenos Aires para siempre. Pero a ellos se sumó gran parte del gobierno municipal, incluido su cuerpo de legisladores, y el presidente de la Nación con todo su gabinete, que se instaló en la ciudad de Mercedes[15]. Entre quienes siendo parte del gobierno se quedaron, muchos enfermaron, por lo que la ciudad quedó literalmente acéfala. Ni siquiera podía sesionar la legislatura para asignar fondos para la emergencia.

En ese marco, fueron los directores de periódicos los protagonistas de la coordinación del esfuerzo por responder colectivamente desde la sociedad civil. El mismo día en que se cierra la universidad, el periodista Evaristo Carriego realiza una activa campaña para reunir a los propietarios y directores de los periódicos de la ciudad. Una semana después (10 de marzo) la reunión se lleva a cabo en casa de Carriego[16]. La publicación simultánea de una esquela convocando a reunión popular permitió una convocatoria de ocho mil personas en la Plaza de la Victoria el 13 de marzo (Scenna, 1974; Romero, 2015; Muñoz, 2019), dándose origen a la Comisión Popular presidida por el doctor Roque Pérez, quien moriría luchando contra la epidemia pocos días más tarde, y numerosos miembros de los campos periodístico, político e intelectual de la ciudad. La comisión estaba hegemonizada por miembros de la elite liberal, muchos de ellos integrantes de logias de estilo masónico en tensión con el ambiente eclesiástico,

[14] Mientras quedan inscritas en la Historia actos de abnegación y sacrificio mayúsculos de médicos, sacerdotes, monjas, mujeres de la sociedad de beneficencia y miembros de la Comisión Popular, también se generalizó el saqueo de bienes de cadáveres en la calle y de viviendas de enfermos y fallecidos. Se llegó a detectar grupos de ladrones disfrazados de enfermeros y de sepultureros como estrategia para ingresar a las viviendas con víctimas de la enfermedad.

[15] Decía un editorial de Mitre En el diario La Nación: "El Presidente huyendo (…) Hay ciertos rasgos de cobardía que dan la medida de lo que es un magistrado. En la nota se formulaban algunas preguntas urticantes: "¿Es posible que haya tanto desprecio por este este pueblo noble e ilustrado? ¿Que lo veamos huir "repantigado" y lleno de comodidades en un tren oficial, en vez de subir a un carruaje, para recorrer el hogar del dolor, a visitar los hospitales y lazaretos, dando ejemplo de un valor cívico que estimularía y levantaría el espíritu público?".

[16] Se hicieron presentes José C. Paz, dueño de La Prensa, Bartolomé Mitre y Vedia por La Nación (hijo del dueño y futuro director del diario), Emilio Onrubia (también entrerriano, futuro empresario teatral) por El Fénix; Manuel Bilbao por La República, Héctor Varela por La Tribuna, Aristóbulo del Valle por El Nacional, José María Cantilo, por La Verdad; y también representantes de periódicos en lengua extranjera dirigidos a la creciente colectividad inmigrante: Le Republicain; The Sandard; Eco d'Italia; La Patria degli Italiani y Freie Presse.

pero aun así se logró una colaboración con la Iglesia que organizó los auxilios desde las cinco parroquias de la ciudad, falleciendo en la labor 77 sacerdotes. Pero este despliegue de vitalidad desde la sociedad civil expresado por la esfera pública periodística se hallaba atravesado por la pertenencia de la mayor parte de sus integrantes a las facciones políticas de la elite social y cultural dominante. Si sus miembros mostraron un heroísmo hasta el sacrificio personal, su mirada de la crisis estuvo atravesada, por un lado, por la lógica de facciones, y por el otro, por el predominio de las concepciones higienistas pensadas desde la elite. Parte de la prensa pronto retomó su lógica facciosa y se concentró en esmerilar el punto de vista de los adversarios. Y el higienismo, en busca de los "miasmas" que facilitaban la enfermedad, optó por intervenir vicaria y paternalistamente sobre el habitat urbano de la pobreza como causante último del mal. Habitantes de conventillos que apenas hablaban castellano contemplaban inermes la intervención de la Comisión que los evacuaba, quemaba sus pertenencias y "… no se les daba ningún refugio a cambio. Ningún organismo se hacía cargo de las consecuencias derivadas de las medidas de quemar conventillos" (García Cuerva, 2003, p. 115). Eduardo Wilde consideraba que "La higiene pública es la higiene de los pobres" y que "El pobre reclama el amparo de un poder que se ocupe de él, que haga las veces de protector para con él, que haga lo que hace un padre con su propia familia, con sus hijos destituidos de vigor y de medios" (Wilde, 1885, p. 36).

Esta postura paternalista, interventiva y brutal habría de mantenerse mucho más allá en el tiempo después de la aceptación generalizada de las nuevas teorías iniciadas por Finlay sobre el mosquito Anopheles como agente transmisor. Todavía a comienzos del siglo XX, la elite médica y epidemiológica argentina mantendría su preferencia por la teoría de los miasmas y la necesidad

del higienismo como clave del combate a esta y otras enfermedades. La regeneración moral del pobre, la organización de su habitat según los requerimientos de disponibilidad como fuerza de trabajo y como costo laboral, y la separación de su uso del tiempo libre en zonas de habitat claramente diferenciadas.

Esta concepción, hegemónica en un campo intelectual letrado apoyado por un campo editorial y periodístico controlados directamente por las elites económico políticas, colapsó luego de la primera guerra mundial que, junto con la gran pandemia de gripe española de 1918-1920, conforma en todos los sentidos posibles un evento traumático, incluido el silencio de décadas caído sobre los hombros de la imagen que la humanidad se constituye de sí misma, como lo constituye también la primera guerra mundial. Resulta difícil expresar en términos aceptables por la mente y los sentidos números como veintidós millones de muertos directamente por la guerra, millones de lisiados por gases venenosos, de mutilados. Más aún, una pandemia que desborda en semanas la orgullosa autopercepción de progreso definitivo de la ciencia médica del momento y mata el doble de personas que la guerra.

Pero es precisamente en el tsunami de la gripe española que se reconfiguran los modos dominantes de concepción de la salud del período histórico anterior. Si algo muestra la gripe española es su plena desconexión con la pobreza como causa eficiente del contagio. Pero también su plena conexión con la pobreza y la subordinación en la vulnerabilidad de sus víctimas. Las muertes en la India decuplican a las de Estados unidos en proporción a su población, y este hecho, la constatación de la desidia imperial por proteger a los habitantes de su imperio colonial en los términos en que lo hace para la metrópoli, origina, por ejemplo, explícitos discursos de condena. "En ningún otro

país civilizado un gobierno podría haber dejado las cosas tan deshechas como lo hizo el gobierno en India durante la prevalencia de una epidemia tan terrible y catastrófica", dice Mahatma Ghandi en un editorial de Young India del año 1919. Aunque no se alcanza a operativizar hasta la segunda posguerra, la Sociedad de las Naciones ordena en 1923 la creación de la Organización Mundial de la Salud. En 1920 nace el sistema estatal universal de salud en Rusia, extendido a todo su ex imperio con el nacimiento de la URSS. Los rudimentos del Estado de bienestar comienzan a forjarse entre los escombros de la guerra mundial, el horror aterido de la pandemia y las simpatías -o los temores- que inspira la onda expansiva de la revolución rusa.

De allí que, madurado este proceso, en el mundo bipolar de la segunda posguerra, de la conformación del Estado de bienestar y la forja de un ciclo de gobiernos nacional-populares latinoamericanos, no hallamos ejemplos de semejante contundencia en la memoria colectiva. Por un lado, la revolución de la penicilina y de las vacunas transformó en profundidad el mapa epidemiológico mundial. Por otro, un nuevo paradigma social conquista a fuerza de luchas políticas el lugar de nuevo sentido común: las víctimas de la desigualdad social no sólo han dejado de ser objeto de sospecha epidemiológica y de represión acorde: ahora su vulnerabilidad es una deuda del Estado; su acceso a la salud, un derecho inescindible del conjunto de derechos sociales. No sólo retroceden las grandes epidemias: retrocede también el modo de nombrarlas y recordarlas en la memoria colectiva. En Argentina, un rebrote de polio en 1956 dejó sin clases a los niños/as de escuela primaria durante un semestre, pero este recuerdo apenas ocupa lugar en el contexto de la sensación generalizada de progreso (sensación tanto fáctica como imaginaria) en un marco de predominio de toda una nueva concepción de salud, incluso en un año de grave amenaza de retroceso de logros

en el contexto del reinicio del ciclo de dictaduras. Ya no se trata sólo de la intervención médica ante la irrupción de la enfermedad, para tratar de restaurar la mecánica "normal" del cuerpo; se trata de establecer modelos de salud deseables y avanzar hacia ellos, en términos de calidad de vida, y de un sistema de salud capaz de detectar tempranamente el riesgo de retroceso en tales avances, generando una respuesta tanto estatal como de la sociedad civil y de cada individuo en la promoción de la salud.

Estas políticas sanitarias se han expresado en Hispanoamérica en el ciclo de gobiernos que Jesús Martín Barbero ha llamado "el populismo latinoamericano", gobiernos que nacen desde el momento en que el colapso del modelo agroexportador comienza a dar paso al de sustitución de importaciones tras los años de depresión económica originada en el crack del '29 y sobreviven hasta su reconversión en desarrollismo a fines de los años '50, expresando nuevas y crecientes demandas sociales de sectores históricamente excluidos de la arena político institucional. El concepto de bienestar que aparece reiteradamente en documentos oficiales, campañas, consignas, textos legales y debates doctrinarios en México o Argentina no es un calco del concepto de Welfare en boga en los ámbitos keynesianos en brusco ascenso tras el colapso liberal, sino una construcción propia, originada en los desarrollos políticos, científicos, socioculturales y comunicacionales propios de la realidad de estos países que ya no son coloniales, tampoco plenamente independientes, en un contexto de puja entre las potencias por el dominio del mercado mundial, potencias en alianzas más o menos formales con oligarquías locales. En este marco, el énfasis puesto por el keynesianismo en la promoción de la demanda y el déficit como clave para restaurar la salud del capitalismo es remplazado por un proceso sui generis de completado de la unidad e identidad nacionales (Martín

Barbero, 1991, p. 177-179): unidad territorial (caminos, alcance del Estado a regiones poco ocupadas, con sus servicios y garantías de derechos), lingüística (a través de sus sistemas de instrucción pública y sus medios de comunicación), social (aminorando las brechas y abusos de poder), dando acceso a sectores mayoritarios pero subordinados a la arena política y a los derechos sociales (trabajadores, mujeres, campesinos, indígenas), y reticulando un discurso de pertenencia común e identidad nacional popular. Este discurso se sostiene no sólo en los medios tradicionales (escuela, partidos políticos, espacios públicos, prensa), sino, muy especialmente, en una tenue industria radiofónica y cinematográfica sobre la que el Estado interviene tanto en forma directa como indirecta (por medios de promociones, concursos, subsidios acuerdos, etc.), en la que regiones, grupos sociales, problemas y conflictos, nuevos derechos se ven ampliamente expresados. Se trata, por cierto, de un giro estratégico en las concepciones políticas, un cambio de paradigma en numerosas dimensiones de lo que se entiende por rol del Estado, pero también un cambio de época en términos de organización del sistema de medios. De una comunidad de periódicos en manos particulares conformando una esfera pública burguesa se ha pasado a un sistema de prensa industrializado, altamente integrado y diversificado, orientado por reglas mercantiles capitalistas y acompañado, sobre todo después de la primera guerra mundial, por el cine y la radiodifusión como medios de información, de representación simbólica e identitaria, y de entretenimiento. El mismo accionar comunicacional adopta nuevas formas: la propaganda sistemática, iniciada en el auge de la gran industria y llevada a nuevas cotas en su uso militar y político durante la Primera Guerra Mundial, da origen, por un lado, a una concepción más integral de la persuasión social, en los términos desarrollados por Barnays (1928) y a una autonomización de grandes

organizaciones, crecientemente internacionalizadas, capaces de gestionar el flujo de información hacia los periódicos y, sobre todo, las estrategias de comunicación persuasiva. Sólo en Buenos Aires, la cantidad de agencias de publicidad pasa de 4 en 1913 a casi 200 en 1925. La reserva de la exclusividad o el predominio en el uso por el Estado de áreas como las radiocomunicaciones e incluso la radiodifusión, la fijación de orientaciones de contenido o la aparición de áreas estatales de gestión de las comunicaciones fue un resultado general del impacto de la segunda revolución industrial y del auge del capital monopólico sobre las reglas de juego que impactó a Estados de países centrales industrializados y periféricos agroexportadores, a regímenes conservadores, liberales o democrático-populares. La diferencia específica en la intervención estatal sobre el sistema de medios en América Latina estuvo marcada por las características políticas de sus gobiernos y su gestión del Estado: la orientación de las instituciones hacia el empoderamiento del peso electoral y organizativo de las masas populares, la redefinición de sus derechos políticos, sociales y simbólicos, y la operativización de su apropiación. De allí que estos gobiernos promoverán una acción sistematizada de comunicación desde el Estado, integrando elementos propios de los medios estatales con mecanismos de promoción de contenidos en los medios privados. Esto permite que las nuevas concepciones de promoción de la salud pública que impulsan estos gobiernos cuenten con un amplio espectro de herramientas de comunicación: contenidos cinematográficos documentales, de ficción, cortometrajes, afiches, publicidades en diversos medios y vía pública, programación y avisos radiofónicos, periódicos y folletos estatales, avisos y material de contenidos para medios gráficos, etc. Las estrategias de comunicación en el campo de la salud se dirigen al público en su carácter de destinatario individual con responsabilidades familiares y de

grupo: criterios de higiene, vacunación, alimentación, detección temprana de síntomas, asistencia a control médico; también en su carácter de destinatario social: trabajador/a, campesino/a, maestro/a, estudiante, ama de casa, etc. y, por último, en su carácter de ciudadano de la Nación, sujeto de derechos y obligaciones. Esta condición, por otra parte, se ha ampliado. La noción de bienestar se complejiza, como lo muestra, por ejemplo, la nueva generación de derechos que establece la Constitución Argentina de 1949. A la condición de ciudadanía se suma en plenitud la mujer (Argentina, 1949, México, 1953) acelerando un proceso de reconocimiento trabajoso y sinuoso. Es en este momento en que un campo disciplinar científico-profesional como la enfermería adquiere nuevas expectativas de visibilidad pública y mediática. Hecho nada casual porque integra su condición de campo emergente en el paradigma de salud de este tipo de políticas públicas, con la dificultad de reconocimiento en la esfera pública del gran ciclo histórico liberal burgués del Occidente europeo, de todo protagonismo con presencia mayoritaria de mujeres.

El concepto de salud asociado a los gobiernos de Cárdenas (1934-40) en México, o al peronismo (1946-55) en Argentina, por mencionar los dos casos geográficamente extremos y de fuerte peso simbólico en América Latina, incluye en el campo de la salud un abordaje integral tanto del campo en sí mismo como de sus relaciones contextuales.

Durante el gobierno de Cárdenas (México, 1934-1940), el gasto directo en salud superó el 5 por ciento del presupuesto nacional, y el indirecto otro tanto. El gobierno se ocupó rápidamente de la extensión de los servicios de salud estatales hacia las provincias interiores, y dentro de ellas, hacia los pueblos pequeños y áreas semirrurales y rurales. El plan incluía un claro esfuerzo para atacar las causas de epidemias y endemias, estudiar enfermedades tropicales y

disminuir la mortalidad infantil, ya no como una amenaza a la estabilidad de las clases acomodadas, sino como una amenaza a los derechos del conjunto del pueblo. Incluía también decisiones sociales con impacto en la nueva concepción de salud, como asegurar agua potable y cloacas, mejoras en la alimentación y vivienda popular, promulgación de leyes de protección de la salud laboral, y coordinar los sistemas nacional, provincial y local. Se creó una enorme cantidad de edificaciones y dispositivos de investigación y atención y se orientó el sistema educativo y los contenidos de los medios de difusión masiva para fortalecer la promoción de la salud y la atención primaria. Se establecieron también sistemas cooperativos de apoyo a la presencia de agentes de medicina social en el campo, se forjaron cooperativas de servicios asociados a la salud y bienestar popular - acceso al agua, a la vivienda, al espacio ejidal, a baños adecuados para las familias y para el trabajo en los lugares de labor, y se forjaron espacios de elaboración colectiva de promoción de la buena alimentación, la prevención de enfermedades y el aprovechamiento de farmacopeas tradicionales, así como articulaciones intersectoriales, como el servicio social que debían prestar los graduados universitarios, que en el caso de la medicina asociaban la práctica a las unidades cooperativas ejidales (Carrillo, 2005, p. 18).

En Argentina, si bien algunos aspectos de la modernización y reorientación del Estado hacia el modelo de sustitución de importaciones puede hallarse en la democracia restringida y autoritaria que predomina en la década de 1930, es con la revolución de junio de 1943 y sobre todo con el ascenso del peronismo al gobierno en junio de 1946 cuando se abre una década equivalente. Se unifica y coordina rápidamente las áreas de Estado encargadas de Salud Pública, que alcanzará rango ministerial, Asistencia Social, Previsión Social y Deporte, orientado este último a las prácticas masivas.

La figura a cargo de la gestión de esta nueva etapa en la concepción de la Salud Pública a cargo del Estado fue el Dr. Ramón Carrillo[17]. Como ministro, Carrillo condujo una planificación política que priorizó la medicina preventiva, la concepción social de la medicina, la organización hospitalaria (además de su extensión, se inauguraron casi 250 hospitales, en total más de 500 centros de atención) a la que dotó de amplia autonomía de ejecución, se masificó la vacunación, generándose un inmediato retroceso de las principales enfermedades infecciosas, tornándose obligatoria la presentación de certificaciones de vacunación para el acceso a la escuela y diversos trámites frente al Estado.

Las campañas nacionales incluyeron comunicación para la salud, educación para la salud, formación de formadores, núcleos de trabajos locales, vacunación en masa, diagnósticos precoces y atención de casos. Se creó una fábrica nacional de medicamentos y se brindó apoyo a los laboratorios privados nacionales. El número de camas se duplicó, la mortalidad infantil bajó a casi la mitad, se trabajó en la forja de un Código Sanitario y se creó numerosos institutos y direcciones estatales que afianzaron las prioridades sociales[18]. El ejemplo de la malaria, aunque no el único, es contundente, reduciéndose los casos anuales de malaria de 122.168 en 1946 a 1.954 en 1950 y a 240 en 1955, aunque al año siguiente retomó cierto ritmo alcista, superando los 5 mil en 1959 (PAHO - WHO, 1958, 1960 Y 1962). Pero la concepción impulsada por el equipo de Carrillo apuntaba a otras novedades en el planteo estratégico. "Promoción de la salud" no sólo suponía un nuevo énfasis en la atención primaria en la prevención, y

[17] Carrillo (1906 - 1956) fue una figura clave en la transformación del sistema de salud argentino en su conjunto. Durante el quinquenio previo a su ingreso a la gestión pública, este médico neurólogo y sanitarista había realizado numerosos estudios sobre condiciones sociales y de salud desde el servicio de neurología y neurocirugía del Hospital Militar Central (Buenos Aires), aprovechando el carácter universal y obligatorio del servicio militar nacional sobre el conjunto de la población masculina. Pudo así corroborar una morbilidad muy elevada en enfermedades notoriamente asociadas con la pobreza, una profunda desigualdad regional en el acceso a la salud, y carencias de infraestructuras y servicios.

[18] Durante su gestión se crearon varias Direcciones asociadas a la nueva concepción de salud: medicina del deporte, Higiene Pública y Vivienda, Sanidad de Fronteras y Transportes, Ayuda Médico-Social, Alimentación, Vivienda y Vestido, Cultura Sanitaria, Asuntos Profesionales e Higiene Social. Se crearon también otros organismos para Construcciones Sanitarias, Medicina Preventiva; para la formación Superior Técnica en Salud Pública y en Enfermería; Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, Educación y Propaganda sanitaria, etc. Por otra parte, la práctica masiva del deporte infantil y juvenil se combinó con la aplicación de "exámenes precompetitivos" que permitieron un diagnóstico masivo y en tiempo real de niños/as y adolescentes, detección y atención de enfermedades, vacunaciones pendientes, etc., en un movimiento cuyos resultados en descenso de enfermedades asociadas a la pobreza fue estadísticamente contundente.

"medicina social", no sólo apuntaba a reconocer como problemas de salud a cargo del Estado aquellos correlacionables con la desigualdad social, la pobreza, las condiciones de vida producto de ellas y la falta de acceso a la atención. Promoción suponía una concepción activa, donde no sólo se evitaba la enfermedad, el accidente o el deterioro precoz; se buscaba que la praxis de una vida sana: condiciones dignas de trabajo, acceso al descanso y al ocio, práctica del deporte, mejor alimentación, etc. apunten a un crecimiento del estado promedio de salud del conjunto de la población, protagonista prioritario y destinatario último de esta concepción. Su concepción de salud estaba marcada por lo social[19], afirmando que "Nuestra salud no es totalmente nuestra, pertenece a la familia que formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva" (Carrillo, 1974, p. 32).

Estos procesos suponen, además, construir una doble reafirmación identitaria, en tanto debía completarse un proceso de simbolización de una pertenencia compartida en tanto habitantes de una nacionalidad a pesar de las muy diversas trayectorias de origen -incluso a pesar de conflictos de interés o identidad- pero también debe recomponerse un sentido de pertenencia comunitaria extraviado entre el avance del capitalismo, las instituciones liberales y la migración generalizada desde el campo y las pequeñas aldeas y pueblos hacia las grandes ciudades que devienen megalópolis. El modo en que estos procesos han sido desdibujados desde ejercicios de poder vicario es historia conocida: los gobiernos nacional populares del período caen por golpes militares de diverso grado de violencia, o naufragan en cambios de hegemonía al interior de movimientos heterogéneos, perdiendo capacidad de respuesta frente a las demandas sociales y se muestran vulnerables al nuevo ciclo de transnacionalización y avance del capital extranjero bajo el desarrollismo

[19] Refiriéndose al hospital moderno, Carrillo teorizaba: "Los hospitales no se organizan a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno" (Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958, 1951: 3-4).

primero, bajo el neoliberalismo después. Presupuestos exhaustos, empresas estatales desguazadas, privatizadas y extranjerizadas, concentración de capitales, deuda externa de niveles inmanejables, golpean desde la década de 1970 los sistemas de cuidado de la población, ya sea su aparato educativo, de salud, de promoción cultural, de defensa y vigilancia del territorio, etc., haciendo estragos en numerosas conquistas y habilitando la reproducción de bolsones de pobreza crónica de masas con sus correspondientes problemas de sanidad y riesgo ecológico social. Estos vaivenes han generado períodos de repliegue y resistencias, así como de revalorización y empoderamiento de elementos culturales ya sea originarios propios o de otras comunidades afines latinoamericanas, ya sea producto de mestizajes e hibridaciones culturales, o aún de resignificación de elementos externos en clave de la propia praxis. Por supuesto que no son iguales las reapropiaciones en cada momento del último medio siglo, pues tanto el contexto de relaciones de fuerzas y de maduración de alternativas como el propio efecto acumulativo de los movimientos sociales en América Latina son muy disímiles[20].

Si planteos precedentes que cuestionaron el economicismo de los organismos internacionales y sus sistemas de medición y conceptualización del desarrollo humano, provenientes de otras regiones del globo, como los de Amartya Sen, fueron opacados en su circulación en los años '90, en esta década

[20] Por mencionar algunos ejemplos, en los años '80 el Psicólogo Sebastián Bertuccelli, quien había iniciado su trabajo en la forja de redes comunitarias para atención primaria de la salud en barrios periféricos del sur de la ciudad de Córdoba, hallaba en la población migrante de Traslasierra saberes ancestrales sobre cuidado, pero a su vez una notoria desconfianza hacia la institución médica, que impedía, por ejemplo, acordar el aviso temprano de síntomas asociables a tuberculosis, hasta que alguien en confianza le cuenta: "si avisamos, viene la ambulancia y nos 'chupa'". El término "chupar" era inconfundible en aquellos años: refería a los secuestros y desapariciones ejecutados por grupos paramilitares. La adopción metafórica del término, como toda metáfora, contenía elementos fácticos. Así se sentía el candidato a la "protección" del sistema de salud: "chupado". La rica experiencia narrada por Bertucelli y otros integrantes del que fuera el "Proyecto Brochero" de trabajo con redes comunitarias, mostraba cómo fue necesario un proceso de mutuos aprendizajes e intersecciones culturales para conformar una comunidad capaz de colaborar consigo misma desde distintos roles sociales y/o profesionales. En los años '90, mientras en algunos países despuntaban nuevos movimientos campesinos (Brasil, Paraguay) o de pueblos originarios alzados en armas (zapatismo), o aún rebeliones conspirativas (Venezuela), el auge neoliberal dominaba la región. En un estudio coordinado por el sociólogo Sergio Caletti sobre estrategias de supervivencia y prácticas de salud en dos barrios carenciados de la ciudad de Paraná en los años 1991-92, se hallaba elementos similares, aunque ya tras varios años de democracia, los modos distorsivos de vínculo desconfiado y de praxis paralelas entre la institución de salud oficial y las prácticas tradicionales de redes familiares o de vecindario, se expresaban en "negociaciones" informales. En la década del 2000, en cambio, a tono con los cambios en las políticas públicas llegadas con los triunfos electorales de los "nuevos gobiernos" (Moreyra, Raus y Gómez Leyton, 2008), muchos movimientos de base, resistentes, alternativos y sectoriales hallaron la oportunidad de un nuevo ciclo de sinergia entre Estado y movimientos populares. De allí la veloz reentrada en la esfera pública de debates sobre las concepciones del vivir.

el despliegue de alternatividades ha sido mayúsculo, la sinergia entre ellas, notable, y sus consecuencias vibran hasta la actualidad. Sin embargo, estos procesos de recuperación popular no implican un retroceso efectivo del proceso de concentración del capital mundializado, tanto en el campo del mercado mundial de bienes como en el de la circulación de las comunicaciones sociales, cuyas últimas barreras fronterizas cayeron entre el auge de la Internet 2.0. y el de las redes sociales, precisamente en la década de 2000. En la segunda mitad de la década de 2010 este proceso ha sido notable en su impacto tanto en la dinámica de la política como en la de la economía, afectando las condiciones de circulación, mediación y simbolización de los conflictos, en un contexto de creciente asimetría de poder en el control de los medios transnacionalizados de comunicación. Nunca antes en la historia fue tan patente el contraste entre las capacidades humanas acumuladas en sus dispositivos y el modo en que el uso social de estos defrauda las expectativas del ideal de sí que la propia sociedad promueve. Los sistemas mediáticos podrían convertirse en agentes de circulación plena de información y de su acceso como derecho humano universal a partir del reconocimiento de nuestra entidad simultáneamente identitaria como conjunto y diversa como parte de su condición. Pero hacen parte de pujas de intereses en las cuales su propia intervención en favor de la producción de sentido se confunde con la producción de sentido colectivo, lo que tradicionalmente se ha nominado como "opinión pública". Desde la hibridación mundializada de las percepciones culturales de personas y pueblos hasta la cantidad, alcance y variedad de medios técnicos que se ha duplicado cada década desde los años 80; desde la variedad de apropiaciones tecnológicas para generar respuestas contra hegemónicas y lazos de alternatividad, hasta el impacto brutal de las consecuencias socialmente disgregativas del

neoliberalismo y de una concentración de la propiedad y del flujo de información (¡en una sociedad llamada "de la información"!) tampoco siquiera imaginado pocas décadas atrás, la realidad mediática no es distinta en sus contradicciones de otras dimensiones de la organización social contemporánea.

El actual ciclo de pandemias inaugurado con el SARS de 2002-2004 muestra notorias analogías con el ciclo inicial de mundialización abierto con la conquista de América y la formación del mercado mundial capitalista mercantil, comenzando por la descomposición brusca de los sistemas de equilibrio entre comunidades humanas, entre estas y sus individuos, y entre estas y su hábitat. El hacinamiento, la economía de expoliación de la naturaleza, la globalización de la circulación de mercancías y turistas, pero no de las personas comunes, habilita un constante riesgo de pase de nuevos virus hacia comunidades humanas, con la seguridad de que, simultáneamente, habrá gran cantidad de comunidades carentes de defensa alguna, y habrá una circulación mundial del virus en cuestión de semanas.

Razón de más para considerar las políticas de cuidado, buen vivir y salud como parte de un abordaje integral del ser humano y de su hábitat como una unidad inescindible. La extensión de las nuevas demandas sociales y concepciones políticas críticas de la expoliación capitalista, que abrevan en la noción de multiplicidad de orígenes y prácticas, la aceleración del capitalismo global hacia una versión multiplicada de los desequilibrios ya mostrados en épocas precedentes y la polarización del uso de los medios de comunicación como arietes de combate por el poder y de apelación a la influencia sobre las conductas, conforman un cóctel explosivo que urge resolver, como dice el concepto de Sumak Kawsay, una vida plena, en una dirección humana, diversa, comunitaria y libre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acuña-Soto, R., Stahle, D. W., Cleaveland, M. K., & Therrell, M. D. (2002). Megadrought and Megadeath in 16th Century Mexico. En Emerging Infectious Diseases, 8 (4), 360-362. https://dx.doi.org/10.3201/eid0804.010175.

Bernays, E. (1928). Propaganda. Nueva York, EEUU: Routledge.

Carrillo, A. M. (2005). Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. En Revista Dynamis: acta hispanica ad medicinae scientiarum que historiam illustrandam, 25, 145-178.

Carrillo, R. (1951). Contribuciones al conocimiento sanitario. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud Pública.

Carrillo, R. (1974). Teoría del Hospital. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Carrillo, R. (1951). Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958. Disponible en: https://www.hcdn.gob.ar/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/documentos/documentacion_general.html

Carrillo, A. y Carrillo, A. R. (2005). Ramón Carrillo, el hombre, el médico, el sanitarista. En Revista Electroneurobiología, vol. 14, 33-65.

García Cuerva, I. J. (2003). La Iglesia en Buenos Aires durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871 según el diario de la epidemia de Mardoqueo Navarro. En Teología: Revista de la Facultad de Teología de la Pontificia Universidad Católica Argentina, número 82, p. 115-148.

Ghandi, M. (1924). Young India. 1919-1922. Madras: S Ganesan. Pp. 1124.

Marr, J. S. y Kiracofe, J.B. (2000). Was the huey cocoliztli a haemorrhagic fever? En Revista Medical History número 44, p. 341-62. Londres, Reino Unido: Cambridge University Press.

Martín Barbero, J. (1991). De los medios a las mediaciones. Comunicación, Cultura y Hegemonía. Barcelona, España: Gustavo Gili.

Mitre, B. (1871). El presidente huyendo. Nota editorial del diario La Nación del 21 de marzo de 1871. Buenos Aires, Argentina.

Moreyra, C; Raus, D. y Gómez Leyton, J. C. (Coord.) (2008). La nueva política en América Latina. Rupturas y continuidades. Montevideo, Uruguay: Trilce.

Muñoz, S. (2019). Las políticas sanitarias durante la epidemia de Fiebre Amarilla en Buenos Aires". Tesis. Director: Julio E. Moyano. Remedios de Escalada, Argentina: Departamento de Planificación y Políticas Públicas, Universidad Nacional de Lanús.

Vásquez, J. (2017). Las políticas sanitarias impulsadas por el Dr. Ramón Carrillo. Tesis. Director: Julio Moyano. Remedios de Escalada, Argentina: Departamento de Planificación y Políticas Públicas, Universidad Nacional de Lanús.

Scenna, M. A. (1974). Cuando murió Buenos Aires: 1871. Buenos Aires, Argentina: La Bastilla.

Romero, C. (2015). La fiebre amarilla en Buenos Aires (1871). En Revista Ulrico (Revista Digital de Historia y Cultura de la Ciudad de Buenos Aires), agosto de 2015, año 2, número 3, pág. 9-12. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Cultura.

Wilde, E. (1885). Curso de Higiene Pública. Buenos Aires, Argentina: Casavalle Editores.

Williams, R. (1988). Marxismo y Literatura. Barcelona, España, Península.

DE PANDEMIAS, RESISTENCIAS Y OPORTUNIDADES (II)
EL DESAFÍO DE SER UNO CON OTROS

ALEJANDRA OJEDA - JULIO MOYANO

"We learn from one another how to be human by identifying ourselves with others, finding their dilemmas in ourselves. What we all learn from it is self-knowledge. The self we learn about …is every self (…) keeps alive our common humanity and avoids reducing self or other to the moral status of object".
Dr. Jean Watson (1985, p. 19)

Entre los grandes triunfos de los movimientos latinoamericanos contemporáneos que expresan reivindicaciones de sectores oprimidos, silenciados, vulnerados, subalternos, explotados, etc. merece destacarse su empoderamiento comunicacional, por su poder multiplicador, su excelente abordaje y apropiación de las posibilidades que brindaron las transformaciones tecnológicas antes y después de la mutación digital en curso. Desde las radios y televisoras alternativas y de resistencia hasta los espacios digitales de viralización y articulación de demandas; desde los mimeógrafos caseros hasta los esténciles del movimiento Me Too; desde la astuta utilización de la primera Internet por el Zapatismo hasta las complejas participaciones en campañas electorales y movimientos reivindicativos de pueblos originarios de la región andina; desde mayorías (mujeres, pueblos sometidos o bajo dictaduras, sectores populares aliados en movimientos) a minorías (pueblos originarios que defienden su tierra, lengua y cultura, sectores postergados o invisibilizados); desde sistemas de comunicación tradicional (fiestas, redes comunitarias, señales y sonidos aldeanos, narraciones dibujadas) hasta los más avanzados usos de las redes sociales. Pero no hay comunicación eficaz -en sentido instrumental- sin un sistema de lenguaje que construya las identidades desde las que interactuar. Y sin dudas, el salto de calidad desde la denuncia del poder mediático hacia la

apropiación de sus posibilidades sin por ello renunciar a la denuncia y la crítica de su lógica dominante viene atravesado por su adopción de modos de pensar y problematizar la realidad no sólo críticos del sistema dominante sino también capaces de hacer imposible su absorción sistémica por un capitalismo que ha mostrado gran eficacia en asimilar y distribuir las tensiones que lo interpelan sin poner en riesgo su existencia como sistema. Como se reflexione en el capítulo precedente, América Latina (y América en su conjunto) construye su conciencia de continente y su proceso identitario a partir del impacto de una conquista y colonización que abordó el continente como un todo -y en disputa entre potencias occidentales- produciendo desde el comienzo y en sucesivas etapas históricas una inevitable asimetría entre el carácter sistémico del elemento invasor, y el carácter de abigarrada suma de particularidades propias de una identidad todavía en estado potencial.

El carácter inicialmente ecléctico de los componentes con los que se configura cada paso identitario, lejos de ser una desviación o distorsión, es un paso necesario en la configuración de nuevas ideas, estrategias y símbolos. Y lo es tanto a su interior, por la diversidad histórico cultural del continente, como a su exterior, al momento de asimilar los elementos provenientes del trasplante de instituciones y prácticas culturales del Occidente colonizador. Como decía el intelectual brasileño Oswald de Andrade, América Latina no puede ser mero receptáculo, ni mero particularismo.

Debe asimilar de modo propio los elementos de Occidente, ya fuese los impuestos, ya los buscados, por medio de un metafórico acto de canibalismo ritual: debe "comerse" la cultura de Occidente para que sea asimilada a su cuerpo como propia, no como imposición (De Andrade, 1928; De Campos, p. xi). Es, por lo tanto, un signo de vitalidad la variedad de tradiciones intelectuales y

discursivas en las que se sostiene la apropiación y trasvase de un campo de intervención a otros, de conceptos como cuidado, buen vivir y bienestar, y el modo en que, inevitablemente, estos conceptos han debido también ser objeto de luchas por el sentido y por su apropiación. Desde la recuperación y renovación contemporánea de concepciones ancestrales de pueblos originarios protagonistas de los procesos políticos latinoamericanos contemporáneos hasta la teoría del cuidado desplegada desde un campo profesional, la enfermería, que debió luchar en términos de género y de reconocimiento profesional contra prejuicios y discriminación, pero cuyas implicancias trascienden largamente las fronteras de su campo disciplinar; desde las teorías y movimientos ligados al socialismo indoamericano hasta la producción teórico política de los movimientos nacional-populares del continente; desde la irrupción de los movimientos ecologistas en la década de 1970 hasta la circulación e influencias cruzadas entre tradiciones de oriente y occidente, de sur y norte.

Las nuevas demandas sociales y las ideas que buscan expresarlas crecen y se asientan, pero en condiciones de circulación comunicacional desventajosas, asimétricas, frente a un sistema mediático transnacional caracterizado por una notoria violencia simbólica y apalancado por su capacidad interpelativa sobre un público en el que todavía prevalece el supuesto de que estos medios conforman una esfera pública en el sentido liberal clásico (Habermas, 1993), una función social amparada por el conjunto de la comunidad. El resultado es notorio: por primera vez en mucho tiempo, frente a una crisis de dimensión global como es la pandemia de COVID-19, los medios existentes no están a la vanguardia de la respuesta social de su tiempo (aún con los errores propios de las condiciones de hegemonía de cada época), sino que son, en gran proporción, parte interesada, ya sea en la defensa o la demolición de políticas

públicas en curso, ya en más frívolas razones de impacto inmediato en atención del público para elevar el precio de la publicidad, de una manera dislocada. El modo en que han circulado mensajes polarmente contradictorios respecto de la necesidad o no de acatar las medidas de restricción, la confianza que merecen las medidas del Estado o los riesgos reales o imaginarios que sufre la población, ha sido notable.

El 3 de mayo de 2020, durante un evento virtual de la UNESCO con motivo del Día Mundial de la Libertad de Prensa, el secretario general de la ONU, Antonio Gutiérrez, refería a un estudio reciente en el que se detectó que en una de las principales redes sociales mundiales más del 40 por ciento de la información u opiniones sobre COVID-19 fue producida por bots.

Otros estudios muestran que el grueso de los contenidos subidos por usuarios individuales a las redes sociales es de autor anónimo y que el anonimato presenta una altísima proporción de información falsa, mensajes de odio o información errónea. Por si fuesen pocos los problemas, el campo periodístico empresarial presenta distorsiones graves en su capacidad de habilitar la expresión de distintos actores sociales y colaborar en la construcción de tendencias interpretativas y flujos de información consensuados socialmente como valiosos en relación con diversos temas de la posible agenda política, social, de salud, económica, etc.

En Argentina los dos diarios más importantes, en tirada, en cantidad de lectores de las ediciones digitales, en su capacidad de marcar la agenda mediática y política diaria, han generado entre marzo y septiembre de 2020 un mínimo de 26 notas de portada sobre las políticas públicas argentinas y los números comparados del COVID-19 en Argentina y otros países, en las que la titulación contiene una lectura de hechos distinta que el contenido, originado en

agencias o en otros medios, titulación que apunta a intervenir persuasivamente en la interpretación de los hechos.

Algunas de ellas pueden considerarse parte de la libertad de intervención política de un medio, más allá de la duda moral que genera el hecho de que lo hace en nombre de la opinión pública, pero otras conforman intentos de dañar la estrategia del Estado o al menos su imagen pública, en una actividad que puede considerarse, cuanto menos, coincidente en el tiempo con la aparición de conductas implícitamente boicoteadoras de la estrategia de distanciamiento contra la ola de contagios.

El carácter poroso y heterogéneo de la estructura mediática, con su alta concentración empresarial y del manejo estratégico de sus contenidos, pero con muy variados perfiles profesionales, políticos, ideológicos, etc. de sus integrantes en distintas funciones y oficios ayuda a mitigar este efecto, pero los espacios intermedios del campo mediático también están afectados por la misma lógica que cuantifican los estudios sobre flujo de contenidos en redes sociales: vulnerables a las tendencias marcadas por la asimetría en la capacidad de emisión y ocupación de espacio, partícipes de la lógica inmediatista de visibilidad por generación de polémica y atención (lógica validada hasta por el presidente de una superpotencia mundial), incapaces de hacerse parte de una corriente de sentido colectivo (el ejemplo de una periodista recomendando tomar lavandina y personas tomando su consejo y haciéndolo, con graves consecuencias, atravesó el mundo mediático como escándalo de unos días, para luego desaparecer). Este retrato no describe la totalidad de ámbitos en que se está produciendo e interpretando información en los grandes sistemas mediáticos, ni minimiza la creciente madurez y rol de las redes de medios alternativos que en América Latina vienen madurando desde hace medio siglo.

Pero el marco desafía las expectativas de cambio en un sentido de mayor humanidad.

Nunca como ahora hubo tal grado de sincronía en tiempo y alcance en geografías para los medios de comunicación. Las voces que pidieron en febrero de 2020 anticipar el casi seguro tránsito intercontinental del COVID-19 estableciendo un control rígido en aeropuertos y pasos fronterizos, testeando y haciendo seguimiento de cuarentena para la totalidad de los casos, se basaron en la abundancia e inmediatez de la información disponible prácticamente en tiempo real. Fueron los tiempos de la política y la diplomacia, las burocracias estatales y las pujas de intereses sectoriales los que ralentaron la respuesta temprana que pudo haberse tomado, seguramente con menos costo económico y diplomático que el que finalmente sobrevino. Cuatro meses después de iniciada la declaración de pandemia, Argentina, con una estrategia temprana de aislamiento social preventivo, obtuvo resultados en tasas de contagio y mortalidad muy por debajo de Ecuador, Perú, Brasil, Colombia o Chile. Pero fronteras con miles de kilómetros de extensión porosas al tránsito, no necesariamente formal, de personas, y dificultades de los sistemas estatales tanto para coordinarse con el resto como para hacer cumplir en plenitud los requerimientos de corte de las cadenas de contagio han producido un resultado notable: a fin de noviembre de 2020 Argentina comparte con los cinco mencionados países una tasa de contagios y una tasa de mortalidad extraordinariamente cercanas. Una vez más, la conciencia de que somos uno, se renueva con desafíos externos que anulan los particularismos: una pandemia, un marco de comercio exterior inamovible desde decisiones autónomas, Estados condicionados en su capacidad decisoria. Los sistemas mediáticos contemporáneos muestran, por un lado, una persistente contradicción en sus

complejos roles, equivalente a las persistentes contradicciones en el conjunto de las relaciones sociales e institucionales: una sociedad que se desea a sí misma como equitativa, inclusiva plural, pero cuyas relaciones sociales no sólo no avalan la consecución de tal deseo sino que lo alejan al agrandar las brechas y asimetrías de recursos y posibilidades, así en el campo comunicacional como en otros. Frente a tal panorama, resulta obvio que las comunicaciones provenientes de sectores dominados, subalternizados y/o silenciados no desaparecen ni tampoco fluyen libremente, sino que expanden su accionar o lo ven restringido en coherencia con los resultados de las relaciones de fuerza sociales[1].

Las grandes amenazas epidémicas han puesto en tensión al máximo esta polaridad. En un extremo, actores sociales y de la comunicación reclaman que el acceso a la información sobre la emergencia sanitaria, el acceso efectivo a la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud y con ello el cuidado de las condiciones de vida y de la vida misma, se encaucen como parte de la gestión individual de la propia supervivencia, de la búsqueda de condiciones de acceso a la calidad de vida y a sus vías prácticas (información, salud, actividad económica, desplazamiento, etc.). En el otro extremo, miradas opuestas hallan una inherencia indeclinable entre el acceso a la información y la comunicación, el acceso a derechos sociales como la salud, la educación o las condiciones de habitat, y el derecho a la vida. En el primer caso, el modelo de conducta es el del emprendimiento individual, la competencia y el enriquecimiento material como sinónimo de felicidad. En el segundo, el modelo de conducta es por definición no único sino múltiple, basado en la colaboración comunitaria, orientado a la construcción de la felicidad como armonía entre comunidad y naturaleza, entre comunidad y otras comunidades, entre comunidad y grupos a su interior, entre comunidad e individuos.

[1] Cuando las fuerzas de conquista y dominación han prevalecido sobre América Latina, las comunicaciones subalternas se han visto constreñidas a la resistencia, supervivencia y fragmentación. Cuando las fuerzas emancipatorias han ascendido y triunfado, estas comunicaciones han ganado presencia, conciencia de sí, capacidad de asimilación, adaptación y resignificación de praxis provenientes del sistema dominante y, sobre todo, capacidad de articulación y desfragmentación. Cuando han avanzado las fuerzas de dominación los flujos comunicacionales latinoamericanos dominantes se constituyeron hacia fuera con el modelo de las factorías: para la extracción, para el control, para reforzar la autoridad vicaria. Cuando avanzaron las fuerzas emancipatorias, sistemas de comunicación local, regional y aún continental adquirieron espacio.

La crítica de la deshumanización de los vínculos sociales a manos de un capitalismo que somete toda lógica de relaciones a la lógica de mercancías, o la de un Estado que mostró su potencial totalitario en el siglo XX, compone una densa y variada tradición intelectual, que se renovó bruscamente tras la disolución de la URSS y del orden bipolar de la guerra fría[2].

Entre las voces que casi de inmediato respondieron a este desafío se encontró la del prestigioso historiador Eric Hobsbawm (1995). Él afirmaba que, aún en la derrota absoluta del socialismo en términos de capacidad de acumulación acelerada y en términos de su fracaso en conformar regímenes democráticos, se mantenían, en cambio, límites que podían considerarse infranqueables en el marco del sistema: a) el capitalismo destruye el habitat de la biosfera a una escala que se acerca al límite de su destrucción irreparable, no encontrando a la fecha vías para reorientar su existencia sin este horizonte; b) el capitalismo extrema la condición unidimensional del lucro como objetivo abstracto a un punto que genera deshumanización en las relaciones; c) el capitalismo es incapaz de asignar un lugar posible en la sociedad a aquella gente común, la que no encabeza los titulares del "éxito", y que está allí "sólo para completar el número" (Hobsbawm, 1995, 2003; Sirvent et al., 2013).

Es en esta amalgama de revisiones, debates y estrategias de distintos movimientos populares a partir de la década de 1990 que podemos comprender mejor la emergencia de teorías políticas, culturales y epistemológicas que, desde orígenes diferentes, han puesto énfasis en la necesidad de superar la fragmentación y unidimensionalismo que el capitalismo global produce, repensando simultáneamente alternativas de conjunto, capaces de no pasar desapercibidas e inocuas frente a un sistema de dominio global creciente, y a su vez capaces de preservar como un valor en sí mismo la enorme diversidad de

[2] Tras el cierre del ciclo histórico de bipolaridad mundial, dos elementos clave recorrieron debates y publicaciones: la fallida armonía dividiéndose las opiniones autocríticas entre las que reconocían cierta inherencia entre el planteo comunista y el autoritarismo de su organización estatal y civil, y quienes asignaban esta realidad a resultados contingentes de circunstancias históricas, no había duda de que el capitalismo había vencido en su capacidad de generar riqueza económica cuantificable monetariamente.entre socialismo y ampliación de la democracia, y la notoria supremacía del capitalismo en su capacidad de producir riqueza en una escala tal, que aún en condiciones de extrema desigualdad lograba generar acceso a bienes por encima de economías colectivistas supuestamente más justas en la distribución del producto social. Si en el ámbito del pensamiento y la militancia afín al socialismo la difícil o nula articulación entre comunismo soviético y democracia fue objeto de debate,

orígenes, experiencias, identidades y problematizaciones que postulan su condición de "otro" frente a la lógica del capital.

La manifestación de categorías como buen vivir a partir de un término propio, de un marco lingüístico e histórico específico, apropiado y compartido por colectividades que en otro tiempo pudieron tener conflictos o reticencias entre sí es una manifestación notoria de este fenómeno, y es evidente el potencial de diálogo con las nociones de bienestar y cuidado provenientes tanto de tradiciones políticas y epistemológicas diversas. La presencia identitaria de estos conceptos incluso en el juramento Nightingale originado en un ciclo histórico anterior "Dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado", aparece naturalmente en la conformación contemporánea del campo profesional que, no casualmente, convoca a este libro.

El posicionamiento epistemológico de obras como la de Jean Watson pone el cuidado en el centro del objeto disciplinar, y lo hila con una noción comunitaria de identidad. Según Watson, el cuidado del paciente puede también deshumanizarse en el marco de la creciente institucionalización de sistemas de hiper especialización, su burocratización y la concepción mercantilizada y estandarizada de los servicios médicos. Recuperar el sentido humano integral, "espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería" (Watson, 1985; Watson cit. por Soto, 2007, p. 2) resulta entonces fundamental, y cada una de estas dimensiones, inescindible de las otras. De este modo, la noción de bienestar y cuidado deja definitivamente de ser limitable a una noción unidireccional de servicio, incluso sacrificio individual, para elevarse a la noción de construcción de lazos de salud como sinónimo de construcción de lazos de comunidad.

La irrupción del concepto de buen vivir o de vida plena en comunidades de al menos tres países hispanoamericanos, y su evidente interconexión con movimientos y planteos de otros tantos de América Latina, converge en la misma dirección: recuperar raíces identitarias ancestrales, comunicarlas y alimentarlas con otras vertientes de diverso origen sin quedar en el mero eclecticismo, considerar que la felicidad individual, grupal y colectiva son inescindibles, que una no puede subsumirse en otra, y a su vez, que ellas no pueden realizarse en plenitud sin una armonía plena entre vida propia y habitat, recuperando el concepto de Madre Tierra como categoría integral.

Este tipo de producción teórica adquiere potencia en la medida que las praxis sociales las sostienen y extienden: la Teoría del Cuidado expande su visibilidad y conforma agendas cuando, todo un campo profesional, pero también todo un proceso de reformulación de relaciones de poder entre géneros, activan su validez y multiplican sus conexiones; la teoría del Buen Vivir pasa de texto a comunidad viva en el marco de amplios procesos de transformación política en la América Latina del siglo XXI. Ambas producciones teóricas -y sus praxis- ejemplifican muy bien la tensión compartida junto a otros cuerpos de ideas respecto de cómo promover una idea y praxis de la vida humana en tiempos del capitalismo avanzado, es decir, en tiempos de deshumanización de relaciones, invisibilización de grupos, sectores y comunidades, destrucción del medio ambiente y con él de todo habitat posible.

Son notables las líneas de tensión en los movimientos sociales latinoamericanos respecto de las posibles vías de ampliación de posibilidades para el buen vivir, para el cuidado como producción colectiva.

En un extremo, reaparecen líneas de fuerza que apuntan a una versión actual de la vieja idea de "desconexión"[3], mientras que en el otro se plantea su

[3] Fue la estrategia -muchas veces intuitiva- de muchos pueblos originarios: marchar hacia regiones fuera del alcance conquistador o poco atractivas en términos de lucro. También la de los esclavos afroamericanos fugados y sus comunidades en regiones apartadas del Brasil, las Guayanas o islas caribeñas. Versiones contemporáneas en escala micro -comunidades que intentan funcionar sin lógica mercantil acumulativa- o macro -como el debate en el movimiento verde europeo en los años 80 sobre la posibilidad de desconectar un grupo de países de economías complementarias respecto del mercado mundial- muestran que la idea es recurrente más allá de límites geográficos o temporales.

inverso, la necesidad de articular un movimiento general que afecte en profundidad la dinámica de conjunto del sistema mundial y obtenga crecientes cuotas de autonomía para fortalecer los propios movimientos y diversidades, tomando como hilo capaz de enhebrar el conjunto la variada gama de particularismos que resisten o caen víctimas de la sincronización mundial. En tal sentido, la necesidad de articular distintas vertientes históricas y distintas experiencias sociales, culturales, sectoriales, políticas en un marco común no sólo apunta a la idea de un mundo capaz de recuperar su condición de totalidad, sino al hecho de que el capitalismo ha demostrado que, por definición, se halla en condiciones de aplastar cualquier resistencia particularista que no configure una retícula de sostenes a escala general.

Pero este desafío nos toma a todos/as, no sólo en el espacio latinoamericano, frente a la necesidad de reconstruir sistemas de pensamiento crítico, de comunidad y de pertenencia, asumiendo como herencia propia las tradiciones intelectuales llegadas de otros continentes, herencia que para asimilarse requiere de una renovada interrogación crítica que, como en todo orden hegemónico, exige simultáneamente apropiaciones y rupturas.

Por un lado, el sistema mundial ha aportado la protección de las libertades y garantías individuales, sectoriales y étnicas trabajosamente conquistadas, ha generado abundancia material, extensión de la expectativa de vida, reducción de la mortalidad de párvulos, acceso a una mayor multiplicidad de la experiencia cultural.

Por el otro, la ciencia, la democracia liberal, la sociedad de consumo, la economía del crecimiento, muestran una orgullosa eficacia que se ha logrado a costa de una creciente fragmentación, autonomización de ámbitos de legitimación y fijación de "disciplinas" especializadas y dispuestas a renunciar a

cualquier pregunta que no pueda contestarse dentro del marco teórico y metodológico de la disciplina, y a costa de negar el propio involucramiento en los "efectos colaterales" de la productividad científica, sean estos las drogodependencias, los bombardeos masivos o selectivos, el envenenamiento del agua potable, la aniquilación en masa de la flora y fauna o la desaparición de la diversidad cultural, que convergen y se realimentan con la ruptura radical entre individuo y sociedad que se ha forjado en nuestra modernidad.

Pero tal necesidad no es tan sencilla de asumir en términos prácticos. Desde el siglo XIX pero, sobre todo, en el último medio siglo, nos hallamos inmersos en un clima de coexistencia entre relativismos radicales y dogmas que se ignoran o detestan entre sí con igual pasión, inter e intra científicos, religiosos, políticos, estéticos, culturales, étnicos, etc. Algunos dan su bienvenida a las diferencias; algunos no tanto; otros exigen la anulación de lo distinto. Pero la mayor parte de las sociedades contemporáneas y sus sistemas de gobierno tienden a admitir la coexistencia de más de una posible explicación del mundo, del sentido de la vida y de lo que es deseable para la construcción de la felicidad individual. Prácticas de ejercicio del dominio del propio cuerpo, o de la propia conciencia, o del derecho a expresar disenso aparecen legitimadas en la vida social e incluso en el ámbito público a la vista de medios, instituciones y Estado, en una escala inimaginable pocas décadas atrás. Estos avances, y también los asuntos aún pendientes, han sido resultado de trabajosas luchas, pero existe todavía una percepción generalizada de que estos cambios aún no convergen en una transformación plena de la lógica de conjunto del sistema, sino que se han arrancado al sistema todas las concesiones periféricas posibles, a cambio de no poder cuestionar el núcleo de su lógica: la economía productivista que se alarma si se ralentiza el "crecimiento", la lógica "del éxito" extremadamente

individualista y competitiva, la lógica de la mercancía como sistema mundial de relaciones e intercambios libre de todo control estatal o social. El "mundo perfecto" en el que las mercancías y el dinero circulan por el mundo, pero no las personas que las hacen, y menos aún, las que no logran ser parte de la apropiación de su cuota de dinero.

La expresión práctica de este momento de extraño "empate" entre la conquista de libertades y la hegemonía de la lógica liberal de mercado es el silenciamiento de la existencia de las diferencias identitarias como parte de una identidad común. No existe un pensamiento oficial pero tampoco se oficializa la circulación cómoda y visible de las diferencias. Se opta por "no hablar de ciertos temas en ciertos ámbitos", y la libertad individual entonces es plena mientras respete mínimamente las leyes del Estado, tenga con qué pagar los objetos que consumirá, no intente atravesar los límites del sistema en su conjunto y se entrene en las ceremonias de la political correctness.

Tal modus vivendi choca con las nuevas concepciones críticas que, surgidas desde la periferia del capitalismo mundial, retoman la noción de lo colectivo y lo grupal como parte inherente a la realización del individuo, más aún en tiempos de COVID-19, cuando los derechos individuales dogmáticamente defendidos por las democracias liberales chocaron con las políticas públicas de esas mismas democracias, obligadas a aumentar el nivel de coordinación que interviene sobre las voluntades individuales fijando acciones colectivas coordinadas, cerrando fronteras, instaurando toques de queda, requiriendo cuarentenas, distanciamientos y uso obligatorio de barbijos, suspendiendo actividades económicas, etc. No casualmente, en países con mayor disciplina social y mayor presencia de la identidad colectiva como identidad primaria del sujeto, la pandemia ha sido contundentemente controlada, ya sea en el marco de

regímenes democráticos o autoritarios. Desde el punto de vista de la estrategia epidemiológica, las paradojas se hacen notar: a diez meses de iniciado el combate global contra el COVID-19, poco se ha podido hacer de un modo suficientemente coordinado entre Estados, como para identificar variables que expliquen resultados semejantes para medidas distintas entre países o regiones, o a la inversa, resultados distintos para medidas análogas.

En semejante situación de crisis y extrañamiento, los medios de comunicación han manipulado la información de manera que las pocas certezas sobre lo que conviene hacer para frenar la enfermedad, se han ido deteriorando con el correr de los meses, en el marco de un tejido social debilitado por el aislamiento y, en consecuencia, más permeable a la información mediática.

Al momento de escribir este capítulo, a un año de iniciada la pandemia, el único horizonte certero en el discurso mediático predominante y en la comunicación de ciertos gobiernos que disputan el rol de potencias globales pareciera ser la vacuna. Pruebas científicas organizadas en fases, sostienen, un discurso que da confianza sobre una posible resolución y retorno a la normalidad. Más allá de que se pueda preferir tal o cual versión de la vacuna, no se ha cuestionado aún su carácter de único recurso salvador posible, recordando que su valioso aporte conforma apenas una dimensión de un gran síntoma de crisis sistémica. Una vez más, la ciencia "dura", triunfante en el ciclo de oro del positivismo, se presenta como el método que más autoridad posee para solucionar cuestiones ligadas a lo biológico, al menos en términos colectivos, mientras otros procesos continúan su riesgoso curso, se hable o no de ellos.

Para las distintas expresiones del pensamiento nacional y latinoamericano que se despliegan a inicios del siglo XXI, el desafío de inventarse y reinventarse vuelve a encontrarse con la tensión fundacional: la

irrupción externa y sus consecuencias catastróficas es a su vez el impulso a un sentido de pertenencia común de sus pueblos. Y el trasplante de instituciones europeas, con sus avances y contradicciones, sus preocupaciones morales y humanistas y su voracidad mercantil y de conquista, requiere una productividad múltiple en el campo de las ideas y demás expresiones identitarias: en tanto sujeto social en sí mismo, en tanto sujeto en busca de emancipación frente a una relación de dominio que con formas cambiantes ha venido renovándose desde la conquista, y en tanto sujeto partícipe de un sistema mundo cuyas contradicciones también son propias.

Por ello la crisis actual de la humanidad, ecológica, de productivismo agotado, de desigualdad, de deshumanización, de incapacidad de reencontrar un marco común de identidad que no anule las diferencias, es también la crisis de nuestros pueblos. Y las cuestiones de método de "cuál es el camino a atravesar" (= μετά οδως: metá odós) que Occidente arrastra en transformación constante desde el inicio de su expansión moderna son parte también de nuestra identidad y nos interpelan tanto como parte integrante como en condición de "otro", para considerar no sólo las posibilidades del comunicar como praxis de lucha social y de construcción de identidades, sino un paso antes, las posibilidades de producir conceptos, teorías y métodos acordes a una mirada que necesita trascender la fragmentación y la unilateralidad.

Las cuestiones de método han sido fundamentales en la formulación de los nuevos planteos y debates que atravesaron la civilización europea en los comienzos del gran ciclo expansivo de la Edad Moderna. La especificidad disciplinar y de sus métodos ha sido una categoría clave en la habilitación de la autonomización de ámbitos de discurso legítimo: científico, religioso, jurídico, político, económico, etc.[4] y su reproducción.

[4] Desde la temprana reapropiación del derecho romano para sostener un nuevo orden legítimo de relación entre Soberano y súbditos y entre propietario y bienes, reapropiación que tanta incidencia tuvo en las luchas y transformaciones de fines del medioevo, así como –no casualmente- en el nacimiento de los primeros sistemas universitarios, hasta la fundamentación de la soberanía popular en el siglo XVIII y su entrelazamiento con el auge de las revoluciones burguesas, el nacimiento del Estado parlamentario y los regímenes constitucionales pasando por el Iusnaturalismo de Grocio y el entusiasmo matemático de Bacon y Galileo; desde la Opus Maius y el Discurso del Método, hasta la Introducción a la Crítica de la Economía Política; desde la Reforma protestante hasta la lógica del mercado o el relativismo cultural, gran parte de las tesis en pugna focalizaron sus esfuerzos en la validez de sus métodos y en los métodos para afirmar la validez.

La época coincide con una gran crisis de autoridad de la Iglesia Católica, que, en la Baja Edad Media, había pretendido para sí el total de las legitimidades discursivas bajo un solo régimen institucional de sucesión apostólica. Crisis simultáneamente moral frente a sí misma y su feligresía, cismática frente a la Reforma y la Contrarreforma, y de autoridad pan discursiva frente a la irrupción del nuevo discurso científico. Una crisis que los pueblos americanos conocieron apenas a través del discurso beligerante de sus propias autoridades: la América hispánica católica y anti reformista, la América anglosajona: protestante y en constantes guerras con el imperio español. Ya en tiempos de revolución industrial, el impacto de las revoluciones científicas, liberal e industrial llegaron bajo la vía de negocios, bienes y libertades individuales, experimentados simultáneamente como beneficio y amenaza a las culturas tradicionales heredadas de la colonia.

Parte de esta bipolaridad de los sistemas de dominio en América retorna una y otra vez sobre el discurso crítico del pensamiento nacional y latinoamericano: el autoritarismo eclesial contra el que reaccionan diversos actores sociales es sostenido en América Latina en el siglo XIX por corrientes liberales anticlericales que conforman los núcleos oligárquicos agroexportadores y poseen un profundo desprecio por las mayorías populares que, entre otras prácticas, han asimilado y adaptado un catolicismo sui generis. El liberalismo trabajosamente producido en naciones de matriz protestante es simultáneamente un faro de enriquecimiento y un ancla imperial para lograrlo. El potencial crítico científico de sus sistemas de legitimación de amplia autonomía permite derrocar formas arcaicas de autoritarismo, pero no impide el ejercicio vicario de la dominación por vías simbólicamente más "sonrientes" pero fácticamente igual de letales.

El crecimiento de la sociedad civil y el de las autonomías de ámbitos a lo largo de la Edad Moderna en Europa y de la casi totalidad del globo en la Contemporánea, nuestra modernidad, son paralelos (Habermas, 1993; Moyano, 1996), y en relación con ambos los pueblos oprimidos a la América Latina ingresaron fragmentados y sometidos a órdenes -económicos, geopolíticos, de pensamiento, incluso estéticos- casi tan externos como lo fue la conquista originaria, pero constituidos en determinantes de los nuevos procesos de construcción identitaria.

Desplegadas todas sus potencialidades, la ciencia occidental dejó de ser en el siglo XIX sólo demanda de autonomía respecto de otros órdenes de autoridad cuestionando las ataduras de la conciencia religiosa individual (como lo hizo el primer protestantismo), o reclamando por la especificidad de los métodos científicos más allá de una subordinación última a la Iglesia (como postulara Galileo en varios pasajes de sus argumentos), o aun reclamando una separación plena de los ámbitos, como lo hicieran Grocio, Descartes o Rousseau, en distintos planos de sistemas discursivos.

En el siglo XIX, y especialmente en el XX el orden jerárquico se invierte y es la Ciencia la que pudo transformarse en la escala de validación de todo orden posible, en una tradición que inaugura el positivismo y continúan tradiciones más recientes. Supuestamente objetiva, ahistórica y aséptica de ideología, la ciencia ya no reclamaba independencia de otros órdenes, sino el trono vacante de la autoridad universal, la forma de conocimiento más avanzada de la civilización humana, capaz de superar, incluso suprimir, toda otra forma de conocimiento, y especialmente, toda otra forma de validación que no fuese la basada en su propio método canónicamente aceptado y reproducido institucionalmente por un sistema hegemónico que pone en la matriz europea y occidental las claves de

todo el proceso civilizatorio: del salvajismo a la barbarie y de allí a la civilización; del conocimiento vulgar a la religión, de allí a la metafísica y finalmente a la Ciencia.

En Argentina, la concepción es brillantemente sintetizada por Bartolomé Mitre, político, presidente de la Nación, militar, historiador, escritor, periodista, empresario, quintaescencia de la elite generacional que consolidó el Estado Nación en su país, en su *Historia de Belgrano y de la independencia argentina:*

> "Desmintiendo los siniestros presagios que la condenaban a la absorción por las razas inferiores que formaban parte de su masa social, la raza criolla, enérgica, elástica, asimilable y asimiladora, las ha refundido en sí, emancipándolas y dignificándolas, y cuando ha sido necesario, suprimiéndolas, y ha hecho prevalecer el dominio del tipo superior, con el auxilio de todas las razas superiores del mundo aclimatadas en su suelo hospitalario, y de este modo el gobierno de la sociedad le pertenece exclusivamente" (Mitre, 1940, p. 117-118).

En otro libro fundante de la narración de origen del Estado Nación argentino, la *Historia de San Martín y la emancipación sudamericana, afirma Mitre:*

> "La raza criolla en la América del Sur (...) era un vástago robusto del tronco de la raza civilizadora índico-

> europea a que está reservado el gobierno del mundo (...) es una raza superior y progresiva a la que ha tocado desempeñar una misión en el gobierno humano en el hecho de completar la democratización del continente americano y fundar un orden de cosas nuevo destinado a vivir y progresar" (Mitre, 1950, p. 22).

Esta mirada evolucionista unilineal, especialmente en su forma positivista, ingresó en una etapa de profunda y prolongada crisis a lo largo del siglo XX, abriendo paso a la recuperación de aportes críticos centrados en la ruptura de paradigmas (biológicos, éticos, filosóficos, económicos, políticos, epistemológicos, psicológicos, etc.) y buscando la convivencia de métodos universalistas con el creciente relativismo cultural. Así, llega a plantearse la flexibilización del concepto de ciencia, la imposibilidad de establecer una jerarquía universal de tipos de saberes, etc., aunque en no pocas circunstancias, al costo de un creciente autismo en la relación entre dichos tipos de saber, pues se trataba de no volver atrás en la independencia costosamente ganada.

Las contradicciones de la razón instrumental y su ciencia "neutra" pueden ejemplificarse fácilmente en la racionalidad técnica del bombardeo con gas mostaza en la primera guerra mundial, el genocidio judío por el régimen nazi, la blitzkrieg, los bombardeos masivos a población civil, el uso militar de la energía atómica, los experimentos con humanos, fumigación sistemática con DDT en los años '50, etc. etc., pero más aún, en la dificultad para construir discursos legítimos que no quepan en los esquemas que esta misma ciencia ha establecido para validar lo verdadero o lo socialmente útil y valioso.

En tal contexto, la irrupción del conceptos como de muy variado

alcance en su difusión y en el objeto de sus interrogaciones, ya sea el de *cuidado* en los términos formulados teóricamente por Jean Watson (1985) los conceptos de *medicina social* o de *promoción de la salud* resignificados y heredados de las concepciones nacional populares de mediados del siglo pasado en América Latina[5], la crítica de la Escuela de Frankfurt a la *razón instrumental* como realización y fracaso del proyecto histórico del iluminismo, la formulación de una crítica política orientada a un *socialismo indoamericano* por José Carlos Mariátegui, la concepción de la *educación como praxis de comunicación emancipatoria* formulada por Paulo Freire o la del Buen Vivir formulada entre otros por las comunidades protagonistas de los cambios político-sociales y la transformación de la agenda de políticas públicas en Bolivia y Ecuador en la década del 2000, no tendrían cabida en la ciencia hegemónica y con ello, no tendrían curso de acción como modos de constituir aportes a la construcción de conocimiento verdadero o al menos deseable por las comunidades a las que interpela. Para que ello no suceda y por el contrario sea superado, será necesario que se multiplique el desarrollo de ámbitos colectivos de discusión y acuerdo que sostengan la diferencia y el disenso como aspectos irreductibles al conjunto y que permitan (den derecho a) elegir sin sentir que en ese acto el sujeto queda excluido de la comunidad por medios explícitos o por sutiles mecanismos de exclusión llevados a cabo a partir de actitudes sociales (Adorno y Horkheimer, 1944) o del discurso (Foucault, 1992).

La desaparición del dogma de autoridad como organizador universal en las democracias occidentales (más aún, tras el desafío totalitario durante el siglo

[5] La Constitución Nacional argentina sancionada en 1949 (y eliminada por decreto de la dictadura instaurada en 1955), que plasmó el marco doctrinario fundamental del peronismo en el gobierno, explicitaba el carácter integral, no limitado al acceso a bienes, de la noción de bienestar. En su artículo 37, sobre Derechos del Trabajador, se indicaba: "El derecho de los trabajadores al bienestar, cuya expresión mínima se concreta en la posibilidad de disponer de vivienda, indumentaria y alimentación, de satisfacer sin angustias sus necesidades y las de su familia en forma que les permita trabajar con satisfacción, descansar libres de preocupaciones y gozar mesuradamente de expansiones espirituales y materiales, impone la necesidad social de elevar el nivel de vida (…) La protección de la familia responde a un natural designio del individuo, desde que en ella generan sus más elevados sentimientos afectivos, y todo empeño tendiente a su bienestar debe ser estimulado y favorecido por la comunidad, como el medio más indicado de propender al mejoramiento del género humano y a la consolidación de principios espirituales y morales que constituyen la esencia de la convivencia social". El artículo 39 indicaba: "El capital debe estar al servicio de la economía nacional y tener como principal objeto el bienestar social. Sus diversas formas de explotación no pueden contrariar los fines de beneficio común del pueblo…". El artículo 40: "La organización de la riqueza y su explotación tienen por fin el bienestar del pueblo, dentro de un orden económico conforme a los principios de la justicia social".

XX), ha dado a éstas un prestigio profundo en su capacidad de habilitar libertades, objetividad y, sobre todo, fecundidad en el dominio de las fuerzas de la naturaleza. Pero el costo es notable: se reduce la capacidad de formular interrogantes que no puedan responderse dentro del marco metodológico validado como canónico de la ciencia moderna y de la democracia liberal. La primera fórmula un humanismo de dominio "La naturaleza está para que el Hombre civilizado la domine, la verdad está para ser descubierta, la ciencia de Occidente confirma que éste es el punto más alto del desarrollo civilizatorio"; la segunda, un naturalismo filosófico ("es así en la naturaleza, por lo tanto, debe ser así en la sociedad", como postula el darwinismo social). Estos principios son llevados a un grado superlativo bajo el positivismo decimonónico. Con él, la dimensión subjetiva que había prevalecido como antítesis de la rigidez del método de la autoridad, queda opacada por la búsqueda de una objetividad "natural" tanto en la ley civil, como en la ciencia y otras organizaciones simbólicas.

Esta concepción de la ciencia puso el énfasis en el método, la lógica de variables como lengua universal de sus iniciados, una lingua franca de "la realidad misma" equivalente a lo que Pier Paolo Pasolini soñara para el cine, una semiótica de la realidad, a un punto tal, que el método se elevó a categoría definitoria por encima de cualquier otro criterio. Elevada a saber supremo, descubridor, descriptor e intérprete del universo, sus operaciones analíticas actúan sobre una totalidad a partir del control o modificación de un aspecto variable, sin tomar en cuenta que una posterior suma de las dimensiones analizadas nunca es el objeto mismo.

Aunque el lenguaje de variables y el método científico experimental han mostrado muchos y enormes éxitos en la configuración de una sociedad

tecnificada y en pleno dominio sobre la naturaleza, su lógica no ha logrado asimilar la complejidad de relaciones entre los requerimientos de la vida individual, la grupal, la colectiva y la ecológica. Incluso su aggiornamento actual, capaz de legitimar disciplinas muy diferentes y métodos muy variados, escinde más que nunca la acción del sujeto de conocimiento de diferentes esferas autónomas, en una suerte de réplica de la lógica del mercado en la circulación de los saberes. Esta escisión ya no es la operación analítica para abordar la complejidad del funcionamiento social y evitar el aplastamiento de una lógica por otra. Ya es un mecanismo de poder subsumido a una lógica mercantilizada y deshumanizante en el cual la estandarización y la línea de montaje requieren de la conciencia individual su conversión en engranaje, y de la colectiva, su desaparición.

La totalidad de la experiencia social desaparece en términos semióticos. Es visible, pero no enunciable, salvo cuando se recupera la capacidad de interrogación crítica. Y esta depende de praxis que nunca son individuales, sino dialógicas, como lo han mostrado desde el socio-análisis de Bourdieu hasta la corriente de la investigación acción participativa en educación de adultos estimulada por De Schutter y Yopo en los años '70, las diversas conceptualizaciones de la comunicación alternativas iniciadas en los años '80, las nuevas relecturas y versiones críticas del pensamiento marxista clásico surgidas en las décadas del '90 o del 2000, o las críticas desde los pensamientos periféricos resignificados en centros de su propia praxis, presentes desde las raíces mismas de la historia de los pueblos periféricos pero en despliegue sistemático en el tiempo presente.

En palabras de Edgar Morin:

> "Se ha dicho justamente que hoy día no se trata tanto de dominar la naturaleza cuanto de dominar el dominio. Efectivamente, el problema lo constituye hoy el dominio del dominio de la naturaleza. Simultáneamente, por una parte, este dominio está incontrolado, es loco y corre el riesgo de conducirnos a la aniquilación; por otra, es demasiado controlado por los poderes dominantes, es decir, por los Estados-naciones" (Morin, 1984, p.54-55).

La creciente diferenciación y autonomización de ámbitos heredada por nuestra época, en gran medida importada por nuestra región del mundo, ha sido posible porque se asentó sobre la protección del núcleo duro de un sistema económico social que permitió e incluso favoreció libertades en el plano individual y desdibujamientos de las diferencias sociales que eran impensables hace un par de siglos, generando en paralelo un pasmoso crecimiento de la riqueza económica y del intercambio de mercancías. Los mecanismos de control que en los inicios de la modernidad todavía tendían a la normalización y la anulación de las diferencias como parte de un proceso de conquistas de libertades plebeyas, de pueblos esclavizados por razones de raza o geografía, de libertades de conciencia individual y cultos, devienen hoy en una inercia de apropiación de nuevas oportunidades de afirmación de libertades de elección de bienes de consumo material y cultural, libertades biopolíticas o de expresión de opinión, pero sujeta a la frontera infranqueable: no afectar el funcionamiento esencial de la lógica de mercado ni interrogar colectivamente los límites constitutivos del sistema.

En términos habermasianos: la reacción contra los intentos de

anulación del Yo propios de los discursos totalitarios ha dado lugar a la casi anulación de toda estructura superyoica y, por lo tanto, al desdibujamiento de todas las expectativas de experiencia colectiva. Y origina un modelo hegemónico de Yo al que se le permite "todo" en el mundo con excepción de cambiarlo: debe limitarse a consumirlo. Frente a sus sospechas, se le dice: "La ciencia, la técnica y la optimización de la productividad del trabajo se ocuparán de mantener ese consumo, toda crítica no es paranoia o melancolía, y en cuanto al medio ambiente, cómprate un campo con lago en la Patagonia y no dejes entrar a turistas que ensucien tu agua".

Ya en los países centrales en el dominio de la tecnología y la ciencia, ya en los periféricos, y aún en las periferias silenciadas de los países periféricos, el reemplazo de sistemas de saberes y legitimidades predominantemente basados en dogmas de autoridad por otros que lo hacen en la ciencia occidental no ha estado exento de contradicciones, insuficiencias, o peor aún, dilemas históricos en los que la sociedad pareciera tener que optar entre una ciencia que se erige en principio universal y absoluto de la vida social suprimiendo todo otro "competidor" o una ciencia que admite "otros", pero al precio del autismo entre los ámbitos: en un extremo una ciencia instrumentalista institucionalizada y elevada al rango de gran principio rector, con sus órdenes jerárquicos, su lengua universal inaccesible a no iniciados, la soberanía de sus actos al margen de la propia sociedad que la sostiene, la radical escisión entre métodos y fines, o entre su rol y sus "costos sociales necesarios", su pretensión de suprimir todo otro orden colectivo de saberes, su radical incapacidad para coordinar, sin suprimir, las tensiones entre individuo, instituciones y colectividad. En el otro extremo, una ciencia que asume su limitación al amplio campo de lo instrumental, pero niega otros principios de saber más allá del libre mercado de la opinión.

Allí donde la ciencia no llega, su axioma indica que no es preciso, o no es posible, saber alguno que pretenda reencontrar, en un nivel histórico más complejo y coordinado, las articulaciones de lo diverso en una mirada universalista.

Orgulloso producto de la historia humana y liberada de trabas históricas, la Ciencia ha brindado a la humanidad el período de mayores cambios y progresos desde los inicios mismos de la Historia. Pero la creciente escisión entre ciencia y humanidad amenaza con transformarse en abismo, o peor aún, resolverse por supresión de la propia humanidad, paradójicamente con la ciencia en su mejor momento de desarrollo.

El biólogo y epistemólogo mexicano-holandés Tomás de Schutter (2012) ha propuesto en su ensayo Una alternativa humana recuperar nuestra condición de sujetos de lenguaje como base fundante de una moral capaz de desdibujar la contradicción individuo-sociedad. Si la evolución de las especies puso en la historia natural al individuo vivo en un rol de vehículo contingente de la continuidad de la vida en tanto especie (reproductor de nuevos individuos y transmisor de genes), la irrupción de un sistema simbólico de comunicación que separó al Homo Sapiens del resto de las especies, lo ha atado a un requerimiento de inteligibilidad ante un mundo recreado por el lenguaje y cuyo sentido no sólo necesitamos develar para organizar la conducta, sino también coordinar constantemente con otros, en tanto emanación de representaciones individuales y a su vez, de la imposición de sistemas de representación heredados históricamente como subgrupos de la especie en el marco de la cultura.

El lenguaje nos obliga a relacionarnos con todas las cosas, la naturaleza, nuestra comunidad, nuestros semejantes, como relativas a nosotros mismos como un centro, y para ello necesitamos asignarle sentido y coordinarlas,

porque caso contrario nuestra propia pulsión de conservación entra en alarma por generar desconfianza en nuestra propia representación. La conciencia de la muerte como futuro inevitable de la existencia individual, característica de nuestra especie, ha dado a la conciencia de nuestras vidas un valor impensable en la existencia puramente biológica; la irreductible condición de ser individual que requiere una comprensión simbólica de conjunto, de ser en comunidad y de ser biológico genera una noción de felicidad, de plenitud, de equilibrio, que no se resuelve sólo en la satisfacción de las pulsiones básicas (alimentarse, conservar la propia vida, reproducirse), ni en el ejercicio de poder, ni en la acumulación infinita de objetos de goce.

La condición de sujeto de lenguaje hace imposible esta resolución en el marco de la anulación de alguno de sus vértices (la realización del individuo aplastando su condición de sujeto de comunidad, o su inverso el aplastamiento del ser individual) pero también imposibilita una resolución en el marco de sistemas como el capitalista, que confía en someter la noción de felicidad a la acumulación, el consumo y la competencia en una réplica de la lógica de reproducción genética -el individuo como medio- y a una noción contractual de comunidad, "la sociedad" en la que la anulación de la violencia como método de imposición del más fuerte es reemplazado por formas simbolizadas de competencia permanente por el poder. La felicidad humana se ha mostrado esquiva de conceptualizar en términos puramente económicos o de éxito en la competencia, conformando una variada gama de "intangibles" que pueden ser de interés para unos u otros en términos individuales, y una compartida necesidad tanto de cuidado de la condición única, incomparable, de la felicidad individual o de grupo, como de una creciente comprensión compartida del mundo. Que la felicidad humana haga parte de la necesidad de ser a un mismo tiempo individuo

pensante, grupo, comunidad, Nación, especie, elemento ecológico en armonía y equilibrio, y pueda rastrearse en el punto crítico de nacimiento de nuestra humanidad como diferencia específica respecto de otras especies en la biosfera, nos permite comprender mejor por qué a medida que el capitalismo ha logrado un altísimo grado de abundancia material, la ciencia ha logrado un aumento de la expectativa de vida individual y la democracia liberal ha logrado un drástico descenso de los autoritarismos morales y del uso vicario de la violencia, aparecen y son bienvenidas las ideas que reponen las nociones de ecología, de comunidad, de ser en el cuidado de otros y de felicidad no medibles por variables productivistas ni de competencia. Y resulta lógico hallar que ideas muy semejantes se han producido en muy poco tiempo desde ámbitos muy disímiles en geografías, culturas y grupos de afinidad.

Con cinco siglos de historia a la vista, son innegables los enormes beneficios de las diferenciaciones, autonomías y aún independencias de ámbitos de legitimidad discursiva y representacional para una humanidad con crecientes libertades y logros materiales. Pero la única manera en que –tras la crisis del positivismo y los grandes relatos totalizantes de la modernidad- ciencia y humanidad encuentren su armonía sin tener que retroceder a épocas históricas anteriores, la única forma en que la ciencia sea una actividad plenamente humana y garantice la supervivencia colectiva, es restaurando en nuevas condiciones históricas la unidad entre los ámbitos que se diferenciaron a lo largo de los siglos XVII, XVIII y XIX cuando estas diferenciaciones eran funcionales a las demandas sociales de su tiempo, y alcanzar una ecología de los principios y acciones científicos, donde los restantes ámbitos de la actividad humana no sólo sean la parte contextual donde se desarrollan las investigaciones, sino que las atraviesen y determinen. Así podrá tenderse puentes entre instrumentos y fines,

entre ciencia y otros campos de saber que validan su existencia en las respuestas individuales y colectivas que brindan (su "eficiencia" social, para decirlo utilizando un término caro a la ciencia, y a los cuales por propia definición la ciencia no puede subordinar), entre métodos y necesidades de saber, entre importancia teórica, implicancias prácticas y alcances sociales, entre lenguaje científico y sociedad, entre individuo y comunidad.

Es desde este sujeto ético, puesto en relación con otros, desde donde puede repensarse los roles de la política y de la ciencia en relación con la vida misma, para superar estos saberes fragmentados e insuficientes y convertirlos en una acción de vida que nos haga crecer como como identidad plural y colectiva, como civilización. Desde allí, la contradicción particularismo - cosmopolitismo puede desdibujarse en un sentido positivo para ambos polos: ser particularidad irreductible, ser humanidad infragmentable. Ser comunidad que entiende el cuidado, el bienestar y la vida plena como una unidad ecológica que no anula sino libera las energías individuales, desactivando las antinomias individuo-sociedad, éxito-colaboración.

En la encrucijada que genera la pandemia en relación con la necesidad de coordinar acciones colectivas coordinadas de los sujetos de derecho versus la voluntad individual del sujeto de deseo, cabe recordar la afirmación de Paulo Freire (2019): "Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão" (p. 29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

De Andrade, O. (1928). Manifesto Antropófago. En Revista de Antropofagia, Año 1, N°1, Sao Paulo. Brasil: mayo 1928.

De Campos, H. (1981). Prólogo. En De Andrade, Oswald (1981) Obra escogida. Caracas. Venezuela. Fundación Biblioteca Ayacucho.

De Schutter, T. (2012). Een Menselijk Alternatief. Ámsterdam, Países Bajos. De Schutter. [Traducción de Julio Moyano: Una alternativa humana].

Foucault, M. (1992). El orden del discurso. Buenos Aires. Argentina. Tusquets Editores.

Freire, P. (2019). Pedagogía do oprimido. Río de Janeiro. Brasil. Paz e Terra.

Habermas, J. (1993). Historia y Crítica de la Opinión Pública. Barcelona. España. Gustavo Gilli.

Hobsbawm, E. (1995). Historia del siglo XX. Barcelona. España. Crítica.

Hobsbawn, E. (2003). Entrevista concedida al diario El País, España, abril 12 de 2003, p. 40.

Mitre, B. (1940). Historia de Belgrano y de la independencia argentina. Buenos Aires. Argentina. Biblioteca del Suboficial.

Mitre, B. (1950). Historia de San Martín y de la Emancipación Sudamericana. Buenos Aires. Argentina. Biblioteca del Suboficial.

Morin, E. (1984). Ciencia con Conciencia. Barcelona. España. Anthropos.

Moyano, J. (1996). Prensa y Modernidad. Paraná. Entre Ríos. Argentina. CEPCE - UNER.

Soto M. N. (2007). Semblanza de Jean Watson. En Memorias del Primer Congreso Internacional de Enfermería. Chihuahua. México. Facultad

de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua.
Soto, P. G. y otros (2013). Dossier: A propósito de Hobsbawm. En revista Rúbrica Contemporánea, Vol. 2, núm. 4, ISSN 2014-5748.

Watson, J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. National League for Nursing. Norwalk. Connecticut. EEUU. Appleton-Century-Crofts.

ACERCAMIENTOS FILOSÓFICOS EN RELACIÓN AL BUEN VIVIR Y BIENESTAR

ALFREDO R. BENÍTEZ - MABEL A. FORTUNATO

PRÓLOGO:

Estimado Lector, los autores de este ensayo somos Enfermeros de profesión e informales filósofos por pasión. Humildemente pedimos disculpas a las personas que se han dedicado y se dedican a la Filosofía y su estudio como profesión. Nuestra intención está basada en la convicción de que el filosofar es un derecho y ejercicio continuo inherente a todas las personas, sea cual fuere su condición, ejercicio que (en general, de forma no consciente) se realiza de forma cotidiana, individual e interrelacionalmente. Como enfermeros, la filosofía forma parte sustancial de nuestra profesión (ante dilemas éticos, teórico-ideológicos, paradigmáticos, metaparadigmáticos, etc.) y recurrimos a ella en forma constante. En esta ocasión quisimos realizar este ejercicio de pensamiento y reflexión, desde nuestra perspectiva, nacional, popular, en Nuestra América. Intentamos realizar un acto de rememoración, recuperación y posicionamiento que actúe como puente. Para ello recurrimos a algunos de los más destacados filósofos e investigadores latinoamericanos, que han reflexionado desde América Latina, representantes de una tradición filosófica crítica que estableció un dialogo en tensión con la tradición filosófica europea.

Buscamos una respuesta latinoamericana para la reflexión filosófica, una aspiración de reinterpretación, que sentimos como necesaria para su circulación y enriquecimiento en diversos espacios disciplinares y transdisciplinares. Dicen que "el pensamiento teórico no necesariamente se debilita cuando es asediado por el amor y una justificada impaciencia existencia". Esta es una de las razones que determinaron este camino por un ensayo que, al menos en nuestra opinión, trae algunos pensamientos para comprender nuestra *Abya Yala*[1] desde otra mirada, la que vale la pena: la propia.

[1] Enrique Dussel nos ha señalado que el denominado "descubrimiento de América" fue, en verdad, el encubrimiento de los pueblos que aquí habitaban. ABYA YALA es, así, el verdadero nombre de nuestra tierra.

¿CÓMO NOS APROXIMAMOS DESDE ENFERMERÍA AL PENSAMIENTO FILOSÓFICO PARA EL BUEN VIVIR Y BIENESTAR EN LA SITUACIÓN DE CRISIS PANDÉMICA?

"Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo"
Meditaciones del Quijote

"No hay pueblo capaz de libre decisión cuando la áspera garra de la dependencia lo constriñe. De ahí que comunidad organizada significa, en última instancia, comunidad liberada"
Juan D. Perón

"La filosofía es el discurso de una cultura que ha encontrado su sujeto"
Kusch R[2]

Pensar filosóficamente es una forma de mirar al mundo y al ser humano, una observación que va dirigida especialmente a sus conocimientos, cosmología, sus actos, su cultura, entre otras cuestiones. Es una forma de observar, que, a diferencia de una mirada cualquiera, pretende dar sentido a lo visto, una mirada inquisidora que busca ir más allá de lo que se manifiesta. Se filosofa –en nuestro caso- a partir de la vida y del pensamiento -que son inseparables- y comprenden los problemas humanos y las prácticas humanas concretas como la política, el arte, la ciencia y la técnica, en este contexto histórico-social determinante en dónde se plantea una crisis/disrupción del pensamiento/acción producto de la situación pandémica.

Iniciamos estas reflexiones con una pregunta ¿Qué implica-hoy- pensar filosóficamente en enfermería? Es claro que, en esta búsqueda, toma relevancia

[2] Gunther Rodolfo Kusch (1922-1979) fue un filósofo que vuelve a lo americano desde la tradición europea en una relación de diálogo y tensión con ella desarrollando su contribución al pensamiento filosófico americano.

la subjetividad (individual y colectiva) de los que escribimos, dado que para establecer un dialogo con las diversas líneas de pensamiento filosófico, sólo algunos autores son incluidos. No es la intención, en este ensayo, desarrollar o ampliar diversos hechos histórico-filosóficos, sino recuperar algunos eventos que consideramos significativos para contextualizar y que nos permitan comprender mejor las situaciones que se nos plantean en la actualidad en la construcción del pensamiento acerca de la salud/cuidados en general y de la Enfermería en particular.

Se nos ha enseñado que el término filosofía proviene del griego φιλοσοφία y está compuesto por «phylos» o «filo», que significa «amor», y «sophia» o «sofía», que significa «sabiduría». De esta composición surge su significado; lo cual no implica nada nuevo, pero he aquí lo interesante, Ignacio Magaloni Duarte (1969), escritor mexicano mencionaba que:

"…Tenemos la convicción de que la sociedad pre americana se postuló políticamente cósmica, estableciendo por observación en la naturaleza una organización comunal. Los pre americanos nos enseñaron la formación de consejos. Hemos comprobado que nuestras Democracias se aíslan en la tierra, y es urgente la intensa difusión de los motivos por los cuales los pueblos pre americanos pensaron y sintieron que pertenecían a la grandiosa comuna cósmica…".

En la historia de los pueblos indoamericanos, se nos presenta un conocimiento y utilización (desde el punto de vista filológico podría decirse) que aborda el término Filosofía, cuestión generalmente desconocida ya que las raíces del pensamiento occidental (heleno-europeo particularmente) ha sido y es, la raíz en la cual se establecieron los teóricos de la cultura para dominar el pensamiento moderno. Magaloni Duarte, proporcionó una explicación pormenorizada del

origen de la palabra Filosofía (cambio de la P en F) en maya:

PIL: Abrir los ojos, estar atento, estar sobre aviso, entregarse a la contemplación (Diccionario de Ticul[3])

PHILO: Según la explicación filológica maya, significa entregarse a la contemplación de otro ser, y de esta manera el maya, nos explica lo que es el amor.

Continuando con los radicales mayas en la palabra Filosofía:

O: Pospuesta afirmativa o negativa, afirma o niega con más fuerza (Diccionario de Ticul)

SOU: Barajar, desenredar (Diccionario de Ticul)

IA: cosa difícil (Diccionario de Motul[4])

En la lectura o interpretación podemos decir que Filosofía significa: "…desenredar una cosa difícil para afirmarla o negarla con más fuerza, entregándose a su contemplación…"

Ahora intentamos explicar con radicales mayas lo que es que es SOFÍA (sabiduría):

SO: Barajar, desenredar.

PIL: Estar atento, estar sobre aviso, abrir los ojos (Diccionario de Motul)

IA: Cosa difícil (Diccionario de Motul)

Aquí, entonces significaría: "…desenredar y afirmar una cosa difícil..."

También es importante señalar como sistemas de formación y divulgación del conocimiento filosófico de los pueblos originarios, a los Amautas[5] y los Tlamatini[6], como solo una muestra para dar idea el origen -de incomparable

[3] El Diccionario de Ticul es una colección de términos españoles traducidos al maya hecho por varios autores de fines del siglo XVII. Fue hallado en 1836 en Ticul por Fray Estanislao Carrillo.

[4] Es una obra lexicográfica de la lengua maya elaborada a finales del siglo XVI por misioneros franciscanos españoles durante el proceso de evangelización del pueblo maya en la península de Yucatán poco después de la conquista. Fue llamado así porque su autor, anónimo, residió en la población de Motul, Yucatán durante la elaboración de la obra. Es considerado el más completo de los vocabularios del idioma maya. El manuscrito original se encuentra en Estados Unidos (N de A: vieja y nueva historia de apropiación, robo de patrimonios latinoamericanos, etc.)

[5] Los Amautas eran los encargados de la educación en el incanato de las personas nobles y de los incas durante la época del imperio inca o Tahuantinsuyo. La palabra Amauta en quechua significa una persona de gran sabiduría y por su prestigio social formaban parte del Consejo Imperial del Sapa Inca

[6] En náhuatl: Tlamatini, 'los que saben algo o los que saben cosas', (plural tlamatinime), traducido como hombres sabios, era el equivalente a los filósofos en la época de los mexicas. También eran poetas, y debatían temas sobre la existencia, la verdad, la naturaleza del cosmos y el lugar del hombre en él.

riqueza- del conocimiento filosófico en nuestro continente.

Ha existido una historia de desaparición y deformación interpretativa de la historia (heleno-eurocéntrica) que cegó la posibilidad de tener un conocimiento más amplio de lo que realmente ha acontecido en la historia de la filosofía más allá de Europa: en África, Asia, y Nuestra América[7].

Según ambas procedencias u orígenes del término (occidental y americano), podríamos decir que la filosofía sirve para abordar, reflexionar, tratar diversos y variados temas que forman parte del mundo relacional de lo humano; este abordaje se basa y estructura sobre "criterios racionales que persiguen análisis conceptuales", algunos de los más referenciados son: la existencia, el bien, el lenguaje, los valores, el conocimiento, el sentido de la vida y las formas sociales para alcanzarlo, el cuerpo, lo estético, el poder, entre otros. Estos focos están organizados en diferentes desprendimientos temáticos que conforman los núcleos de indagación y de orientaciones del saber filosófico.

Cecilia Argumedo (2009) demuestra cómo la historia y el pensamiento de nuestro continente americano no han respetado las categorías epistemológicas y los formatos dogmáticos provenientes de los países centrales, y cómo las reflexiones propias han sido sistemáticamente acalladas por el mundo intelectual europeo. La existencia de una historia colonial y una historia de los pueblos americanos. Un pensamiento eurocéntrico y un pensar auténticamente latinoamericano. La autora analiza la conformación de los patrimonios socioculturales populares, aquéllos que son el origen de una matriz autónoma de pensamiento en nuestro continente, examinando los orígenes de las ideas nacional-populares en América Latina. Es muy interesante analizar el rol decisivo de pensadores, como Bolívar, Martí, San Martín, Artigas y otros que decidieron involucrarse en la disputa cultural por la soberanía continental y las

[7] Hegel: "Los aborígenes americanos son una raza débil en proceso de desaparición. Sus rudimentarias civilizaciones tenían que desaparecer necesariamente a la llegada de la incomparable civilización europea. Y así como su cultura era de calidad inferior, así quienes siguieron siendo salvajes lo fueron en grado sumo; son las muestras más acabadas de la falta de civilización...A los europeos les tocará florecer una nueva civilización en las tierras conquistadas...Mansedumbre e inercia, humildad y rastrera sumisión frente al criollo y más aún frente al europeo, son el carácter esencial de los americanos, y hará falta un buen lapso de tiempo para que el europeo consiga despertar en ellos un poco de dignidad". (N de A: Para muestra basta un botón)

reivindicaciones sociales oponiéndose al sometimiento.

Ahora bien, con los exploradores, expedicionistas, cronistas, misioneros, evangelizadores (católicos, protestantes), mercaderes, militares, con el fin de perfilar las rutas, mapas y conquistas del mundo (S.XV), también se transmitían sus prejuicios centrados en su propio contexto, lo que en antropología se conoce como etnocentrismo. Las ideas más prominentes eran las de Europa, y entre ellas la idea de evolución que intentaba mostrar un paso cronolineal y unilineal como modelo de comprensión, destacando entre ellos al primitivismo, arcaísmo y civilización.

El desarrollo de la literatura y líneas de pensamiento en los siglos XIX y XX, estuvo impregnada de ideas que se popularizaron en el ámbito científico, fortaleciendo la idea evolucionista de que hubo un principio, un origen, un ascenso; donde solo algunos pueblos habían llegado a la civilización y otros aún estaban en tránsito. Este modelo evolucionista estuvo ligado al modelo germano parlante que se conoce como difusionismo cultural[8], que consideraba entre otras cosas, que las poblaciones estaban sumidas en un proceso de historicidad, destacando que los seres humanos poseen cualidades mentales que los hacen propensos a desarrollar innovaciones similares aun estando en situación de aislamiento, asociado a la idea de avance y retroceso, que hubo sociedades sumamente desarrolladas en el pasado cuyos conocimientos se habían extinguido, deformándose, perdiéndose a lo largo del tiempo.

Es necesario referirnos a la construcción de ese otro para representar, re significar y construir el conocimiento intersubjetivo planteado por Husserl[9], que en sus conferencias de 1929 hablaba de la alteridad y su idea de empatía. La

[8] S. XVIII Por la tradición filológica que mostró las conexiones de los lenguajes en la familia Indo-europea. Se puede encontrar los siguientes modelos: Difusionismo monocéntrico o heliocéntrico (E.G. Smith, Perry): Egipto como polo de difusión cultural. Difusionismo policéntrico (E.G. Schmidt, Graebner): "Áreas o círculos culturales" Desde los que fluyen innovaciones hacia las periferias. Difusionismo "Evolucionista" (E.G. Ratzel, Frobenius, Wissler).

[9] Edmund Husserl (1859-1938) Considerado desde la posición del "uno" (es decir, del yo) es el principio filosófico de "alternar" o cambiar la propia perspectiva por la del "otro", considerando y teniendo en cuenta el punto de vista de quien opina.

Alteridad viene del latín alter que significa "otro", y por tanto se puede traducir de un modo menos nebuloso como otredad. Así también, nos parece interesante destacar al particularismo histórico[10] planteado por Franz Boas[11], que rechazó el modelo evolucionista de cultura dominante, donde señalaban que cada sociedad es una representación colectiva de su pasado histórico único.

¿Quién es el sujeto de ese filosofar? Si tomamos la frase de Kusch (2009) del epígrafe, podemos decir que es un sujeto cultural, al cual la filosofía lo (y nos) coloca, por su discurso/habla/palabra en comunicación con otro (quien habla y con quien), en el ámbito de lo público. Esta cuestión ya fue tratada por Ana Arendt (1996) en "La condición humana" pero que, como expresa Kusch, varía en las lenguas originarias por la diferenciación entre Ser y Estar (muy diferente al globalizador To Be) por lo cual, "el estar precede al ser"[12].

La historia del pensamiento occidental revela una constante preocupación de los pensadores por la "buena vida" a que tienen derecho los hombres. Arendt por ejemplo refiere que "La buena vida", como Aristóteles califica a la del ciudadano, no era simplemente mejor, más libre de cuidados o más noble que la ordinaria, sino de una calidad diferente por completo. Era "buena" en el grado en que, "…habiendo dominado las necesidades de la pura vida, liberándose de trabajo y labor, y vencido el innato apremio de todas las criaturas vivas por su propia sobrevivencia, ya no estaba ligada al proceso biológico vital". Husserl, como se mencionó, y Heidegger, entre otros autores, también habían tomado estas cuestiones y con elementos conceptuales tales como conciencia, mundo de la vida, ser-en-el-mundo, ser-ahí, acontecer, autenticidad, entre muchos otros, pero Kusch cuestiona la paradoja occidental del ser y el no-ser; estableciendo su concepto fundamental de "estar-siendo", que apela a un tercer modo de comprensión abierto a la problematización de la

[12] El problema de los humanos: pretender Ser sin Estar

autenticidad de la experiencia en el Abya Yala. Esto es claro en Geocultura del hombre americano donde sostiene:

> "Y he aquí nuestra paradoja existencial. Nuestra autenticidad no radica en lo que Occidente considera auténtico, sino en desenvolver la estructura inversa a dicha autenticidad, en la forma de "estar-siendo" como única posibilidad. Se trata de otra forma de esencialización, a partir de un horizonte propio. Solo el reconocimiento de este último dará nuestra autenticidad" (Kush, 2009, p. 239)

El Estar es una forma de nombrar la condición humana, es "…la indigencia originaria o el hambre originario que va desde el pan hasta la divinidad -arte, religión, etc.-.

Al preguntar ¿por qué hacemos cultura los seres humanos? El filósofo responde que el fondo de la cultura está en remediar/resolver ese hambre que va desde lo elemental (el pan) a lo más alto. Para Kusch buscamos una forma de "estar siendo" -así como gerundio- e implica un nombrar la condición humana: estar siendo (así-como lo propio de otra cultura-) nos permite dialogar con otros. No hay una forma única de estar siendo, todas las culturas son formas de estar siendo.[13] "El pensamiento no se ve ni se toca pero pesa: está gravitando por el suelo que pisa" según Kusch, quien aborda la profundidad de la noción de suelo en su comprensión de la cultura, sosteniendo que la pregunta por la existencia se aborda y problematiza en el sentido de pertenencia o morada/residencia, en el arraigo. Su idea refiere a un sendero donde ambos elementos "cultura" y "suelo" funcionan existencialmente ("mi vida aquí y ahora").

[13] N. Chomsky (antes de Kusch) había estipulado que "…el estar (como la tierra de todos y de cada uno) precede al ser".

Emmanuel Lévinas (citado en Urubayen, 2011) enuncia que "…el otro en cuanto otro es lo primero…no es el otro como diferente o como semejante lo cual solamente implica una función cognitiva, el cómo lo distingo, sino en el -en cuanto otro- determina una relación ética (amor, amistad, justicia)"; Lévinas[14] rechaza lo que llama "la epifanía[15] del rostro del otro". Dice Lévinas "Heme aquí no me violentes" se refiere a una violencia simbólica, el reducir a la persona a una representación (alto, gordo, negro, indio, etc.) y sostiene que nada justifica reducir (violentar) la/mi alteridad a tu mismidad o a la totalidad. La verdadera relación con la exterioridad es el cara a cara, que mantiene la separación y hace posible el pluralismo de la sociedad. Para Levinas si no nos sabemos vulnerables nadie nos va a interpelar "…importa más el decir que lo dicho".

Podríamos reflexionar acerca de si esa capacidad reflexiva y de interpelación es lo que conocemos como pensamiento complejo el cual trata de abarcar todos los fenómenos de los que se es presente, pero teniendo en cuenta sus particularidades como hechos diferentes que son. Este concepto es totalmente contrario al del pensamiento simplificante, el cual unifica todo el conocimiento a una sola visión, anulando la posible diversidad que pueda existir. El término de complejidad, dentro del pensamiento de Edgar Morín (citado por López Ramírez,1997), puede ser representado como una especie de tejido, de gran red, cuyos delgados hilos se entrelazan y relacionan sus componentes. Los hilos son eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que conforman el mundo de lo fenoménico y sus rasgos son los de ordenar lo enredado, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre, como maniobras para lograr la inteligibilidad. La complejidad está permeada por una mezcla de orden y desorden y en esa dirección está relacionada con el azar, pero ese pensamiento basado en la complejidad no es parcelado, dividido o reduccionista,

[14] Lévinas es un pensador formado en la Fenomenología que rompe con toda la filosofía occidental, estableciendo la tesis de que la ética es la filosofía primera, por lo tanto, continúa buscando una salida del ser y la encuentra en la responsabilidad por el prójimo. La metafísica de Lévinas indica que la pluralidad no es un descenso o caída de la unidad y que el ser finito no ha de absorberse en lo otro, sino seguir siendo su propio ser y dar cabida o recibir al otro.
[15] Fenómeno, lo que se manifiesta. "Epi" lo que está viniendo de afuera"

aunque se reconoce inacabado.

El "saber vivir" desde la filosofía de Kusch se soluciona con un marchar entre el estar y el ser y esto no necesariamente se produce de forma progresiva. La vida en sí (que es dinámica y transitoria) constituye un camino simbólico para comprender el estar viviendo. Esto tendría que servirnos de puente para comprender aquello que los pueblos nominan como "saber vivir".

"El 'Vivir Bien': ¿una compensación discursiva ante los males del capitalismo?", elaborado por Pablo Stefanoni (2014) reflexiona y realiza una crítica de las inconsistencias y ambigüedades que el autor identifica, en la perspectiva y en la construcción del concepto del Buen Vivir, apostando así a la necesidad de ponerlo a debate, vincularlo con los problemas micro y macro económicos, estructura productiva del Estado, del trabajo y del mercado. Propone esforzarse en un imprescindible proyecto poscapitalista, que incluya los problemas de las ciudades, de los diversos grupos sociales urbanos, comunitarios, campesinos, cooperativistas y esclarecer las tensiones interétnicas. Josef Estermann (2006), filósofo suizo con estudios sobre la interculturalidad y filosofías indígenas, defiende que "El ser humano no es la medida de todas las cosas, un puente mediador para contribuir a constituir y restituir la armonía y el equilibrio universal. El Vivir Bien es un modo de existencia que está en equilibrio con todos los demás elementos de la Pacha, de acuerdo a los principios básicos de la pachasofía andina, que son los principios de relacionalidad, complementariedad, correspondencia, reciprocidad y ciclicidad. El Vivir Bien ni es riqueza ni pobreza, ni despilfarro ni escasez, ni lujo, ni carencia, sino una vida en armonía con todos los demás seres, una convivencia intercultural, interbiótica e intergeneracional." Estermann se centra en la filosofía andina fundamentada en la complementariedad y reciprocidad de la vida

con la Tierra por lo que establecen una relación de armonía entre ser humano y naturaleza. El término vida no se define, sino que transita entre el estar y el es. Constituye el término central de una conciencia natural.

El Buen Vivir fue conceptualizado por diversos autores como la experiencia socio ambiental de los pueblos indígenas andinos y amazónicos, asentada en las prácticas que encarnan otros modos de comprender y de configurar la relación del ser humano con la naturaleza, no para convertirlo en un nuevo modelo universal, ni un simple remplazo instrumental del concepto de desarrollo, sino un referente para imaginar la posibilidad de construir otros mundos. Definen al Buen Vivir como una forma de vida en armonía con uno mismo (identidad), con la sociedad (equidad) y con la naturaleza (sustentabilidad) (Hidalgo Capitán y Cubillo Guevara, 2017).

El concepto del Buen Vivir, asimismo, se confronta haciendo una analogía con la noción del *bien común* de la humanidad, cruzando por los linderos del análisis de las condiciones del metabolismo social, y se consideran otras orientaciones que retoman otros conceptos de pueblos indígenas, de mujeres indígenas, y experiencias de la minería a cielo abierto que devasta la tierra habitada (Delgado Ramos, 2014). Este concepto dista mucho de ser unívoco, y su interpretación depende de la posición ideológica de cada autor y de sus influencias intelectuales. Según Hidalgo Capitán y Cubillo Guevara (2017) existen al menos tres maneras de entender el Buen Vivir: una indigenista y pachamamista (que prioriza como un objetivo la identidad), otra socialista y estatista (que prioriza la equidad), y una tercera, ecologista y posdesarrollista (que prioriza la sostenibilidad). Además, sostienen que existe también una concepción sintética del concepto. Estas versiones están asociadas con diferentes influencias intelectuales, tales como: el *sumak kawsay*, el *suma*

qamaña y el *allin kawsay*, la cosmovisión andina; el desarrollo con identidad; la teoría de la reciprocidad; el posdesarrollo; la teología de la liberación; la teoría de la dependencia; la teoría de la colonialidad; el desarrollo sostenible; la teoría del sistema mundial; el desarrollo humano; el desarrollo endógeno; el ecosocialismo; el socialismo del siglo XXI; la justicia social; la economía de la felicidad; la economía de los bienes relacionales; la economía social y solidaria; el feminismo intercultural; el feminismo de los cuidados; el ecofeminismo; la economía de autosuficiencia; la economía comunitaria; la economía descalza y a escala humana; la economía budista; el posextractivismo; el decrecimiento; la ecología profunda; y la teoría de la convivialidad. Nuestra pregunta necesaria fue si existen prácticas dentro de este Buen Vivir que hayan realizado estos ejercicios de reflexión y representen verdaderos espacios de vida plena para todas y todos o si estos conceptos que pretenden una "integralidad" se quedan en un nivel superficial segmentario y parcial, desarrollando -al igual que los sistemas occidentales que critican- homogeneizaciones que hacen invisibles las realidades existentes en nuestro contexto latinoamericano.

Lo precedentemente expuesto nos lleva a otro interrogante, ¿Qué es pensar filosóficamente en enfermería? Entendemos que pensar filosóficamente[16] está asociado a las preguntas que se hacen en concordancia con los problemas centrales, inscriptos en un tiempo y contexto determinado, que representan un campo de intereses y características específicas, que podrían variar respecto de sus antecesores o predecesores, e incluso muchos de esos problemas coexisten con diferentes posiciones o posturas en el mismo momento, y responden a determinados intereses: políticos, sociales, económicos, culturales, religiosos. Estas cosmovisiones, se organizan desde el plano epistemológico, ético, ontológico y antropológico; organizando la matriz

[16] Existen referencias que clasifican a la Filosofía en tres grandes áreas: Filosofía del Ser, Filosofía del Pensar, Filosofía del Actuar.

disciplinar y orientando las prácticas específicas del cuidado, con intervenciones y consecuencias en los resultados

En cuanto al Bienestar, constan diversas perspectivas, nuestra intención es abordar la concepción política del mismo y establecer una interrelación con la cosmovisión de los pueblos originarios. En este sentido distinguimos un conjunto de líneas de lo que compone un estado en este siglo, pero nos interesa pensar en un estado que otorgue (en la medida de lo posible) respuestas a deseos y aspiraciones de transformación social y política en estos nuevos escenarios que se plantean exactamente en este momento (pandémico).

Al Estado de bienestar se lo puede situar en sus orígenes como modelo, concepto, en la política del New Deal de la década de los 30 en Estados Unidos. Fue elaborado como respuesta a la crisis del capitalismo de ese momento, creando un modelo que luego será exportado a todo occidente. No podemos dejar de mencionar la articulación conceptual del Estado de bienestar con el industrialismo de tipo fordista[17] y taylorista[18]. En Nuestra América se planteó una idea y práctica del Estado de bienestar que fue y aún lo es, muy diferente al de EEUU y Europa, en cuanto a relaciones sociales y de producción variadas, de desarrollo asimétrico y desigual. En nuestra geografía el Estado de bienestar se convirtió en un factor de afianzamiento y cohesión nacional. En síntesis, el Estado de bienestar es un concepto político que tiene que ver con una forma de gobierno en la cual el Estado, tal como lo dice su nombre, se preocupa por el bienestar de todos sus ciudadanos. Es un concepto que nace en el siglo XIX en relación a las condiciones laborales y reivindicaciones de los/as trabajadores/as, y guarda gran relación con los movimientos obreros, el establecimiento del liberalismo y nacimiento de los partidos socialdemócratas. El bienestar, salvo excepciones como las que vamos a exponer, ha sido formulado y medido por lo general, con

[17] El fordismo es un sistema en la producción industrial en serie, establecido antes de la Primera Guerra Mundial. El concepto recibe el nombre de Henry Ford, quien popularizó una línea de ensamble inventada por Ransom Eli Olds, y es atribuido al teórico marxista Antonio Gramsci, quien lo usó por primera vez en su ensayo Americanismo y fordismo (1934), perteneciente a sus Cuadernos desde la cárcel

[18] El taylorismo es un sistema de producción basado en la metodología empresarial desarrollada por Frederick Taylor (1856-1915).

indicadores materiales prescindiendo de los modos cómo los pueblos entienden lo que es Buen Vivir. En Argentina, durante la gestión del peronismo (1945-1955), se estableció la "democratización del bienestar" que implicó fundamentalmente un desarrollo y profundización de movilidad social ascendente. El peronismo incrementó más que en ningún otro movimiento político-gubernamental precedente los intereses hacia la democratización del bienestar, y ello fue fundamentalmente en las esferas del trabajo, el salario, el consumo, la educación, salud, vivienda, y los derechos civiles y políticos. Pero lo que generó este movimiento[19] no fue solamente cambios a nivel cuantitativo, sino que modificó las subjetividades de las clases populares e incidió en la constitución de una "memoria histórica" (que se va a expandir a lo largo de toda la América profunda). El sometimiento quedaría en el pasado y sería reemplazado por un sentido más justo y solidario en comunidad, la visión de una sociedad más digna. En todo este proceso de democratización del bienestar, la Fundación Eva Perón, va a tener un rol decisivo, fundamentalmente porque la asistencia social dejó de estar manejada desde las "damas de beneficencia" para pasar a ser política de Estado. Así, el Estado adquiere una preocupación nunca antes vista por la situación de los/as excluidos/as del sistema. Luego del golpe de estado de 1955, se habría dado un proceso inverso de "movilidad social descendente", que continuó por décadas.

Fleury (1997) refiere que en América Latina los estados neoliberales dejan situaciones de reducción de crecimiento, momentos de hiperinflación, recesión, estancamiento y medidas de ajuste, lo que da como consecuencia directa el aumento de la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida. Utiliza el término exclusión como un concepto político– estratégico para hacer alusión a ciertas situaciones de vulnerabilidad propias de algunos grupos sociales: como

[19] Con Juan Perón y Eva Duarte

las mujeres, los/as jóvenes, los/as ancianos/as, los pueblos originarios, etc. Además, la exclusión estaría vinculada a la negación de ciudadanía, a la imposibilidad de gozar de los derechos civiles, políticos y sociales.

Uno de los conceptos interesantes de Cecilia Argumedo (2009) es el de "Matriz de pensamiento", que es "la articulación de un conjunto de categorías y valores constitutivos, que conforman la trama lógico-conceptual básica y establecen los fundamentos de una determinada corriente de pensamiento". Desde ese punto de partida, la autora sostiene que "las diversas matrices de pensamiento contienen definiciones acerca de la naturaleza humana; de la constitución de las sociedades, su composición y formas de desarrollo; diferentes interpretaciones de la historia; elementos para la comprensión de los fenómenos del presente y modelos de organización social que marcan los ejes fundamentales de los proyectos políticos hacia el futuro". Argumedo sostiene que desde el momento de la emancipación se formó "el antagonismo de proyectos neocoloniales concentradores y fuertemente excluyentes, frente a los proyectos de soberanía nacional".

Los movimientos de trabajadores/as, estudiantes, y otros grupos sociales. que siguieron a 1955 establecieron una lucha, la cual se sigue sosteniendo, en pos de que se vuelva a establecer y fortalecer el estatus cívico-político anterior al golpe. Será recién con el advenimiento de Estados-nación populares como el del Estado Bolivariano de Venezuela (Chávez), Brasil (Lula Da Silva); Bolivia (Evo Morales), Ecuador (Correa), Argentina (Néstor y Cristina Kirchner) y Uruguay (Mujica), entre otros, en donde se retome con énfasis un retorno al Estado de Bienestar, en sintonía con la actualidad latinoamericana. Todos estos gobiernos van a preferir hablar de políticas sociales orientadas a los/as ciudadanos/as, es decir, los/as receptores/as de estas políticas o

programas desarrollados por los Estados, dejan el estatus de "beneficiarios/as" para tomar el de ciudadanos/as a los/as que se les reintegran derechos, realizando el pleno ejercicio de los mismos, potenciando sus capacidades de ser y hacer. Estos gobiernos del Abya Yala potenciaron una real autoestima de los sectores históricamente excluidos, que se sintieron protegidos por un Estado que hasta ese entonces les había dado la espalda y fue de la mano con una revalorización de una cultura popular hasta entonces denigrada por la elite liberal-conservadora.

Ahora, dada la pandemia de Covid19, queda más que en evidencia, el rol fundamental y relevante del Estado, cuestión más que evidenciada por la ineficacia de las fórmulas neocapitalistas para gestar políticas que resuelvan las problemáticas socio-sanitarias de la mayoría de las personas. Los proyectos políticos populares de nuestro continente se encuentran en una nueva oportunidad histórica. A pesar de la heterogeneidad de Nuestra América, también existe ésta como una compleja unidad histórico-cultural y una memoria que se manifiesta en el resurgimiento de las memorias colectivas[20].

CONCLUSIONES

Para nuestras culturas originarias el Buen Vivir y el Bienestar son inseparables de la vida en comunidad. No se ejecuta desde lo individual, ni en la competencia y el mercado, sino que se vivencia en la comunidad. Es la comunidad o ayllu – como se llama a la familia extensa en los Andes– la que otorga el sentido del Buen Vivir. Pero tampoco es el mundo de la armonía, la perfección o el equilibrio, sino del respeto a la cultura entre todas las diversidades. El conflicto puede estar presente pero no se hace del conflicto la manera corriente de ejercer

[20] Cecilia Argumedo (2009) expresa que "los grandes momentos de estructuración de una concepción autónoma de orientación nacional y popular se acompañaron de fuertes consensos e intensa movilización de las mayorías sociales"

el poder sobre la vida de los/as demás. El conflicto o crisis, como se presenta en esta pandemia, representaría un punto de partida flexible para encontrar soluciones innovadoras y permitir que la regeneración y el cambio continúen. Estas formas de pensamiento y acción deben constituir nuestra guía para que nos descolonice del pensamiento ajeno a nuestra tierra/suelo (volviendo a Kusch), intentando retomar y recrear en este momento las condiciones armónicas de vida de los pueblos originarios del Abya Yala de manera que se pueda recuperar la identidad ancestral no reconocida e incorporarla con la entidad que le corresponde al pensamiento-acción de los que asumimos el compromiso del cuidado de los pueblos.

Un proceso que es cultural: la recuperación por parte del pueblo de la concepción de que el Estado debe jugar un papel preponderante en la conducción tanto del modelo de desarrollo económico-social, como en la gestión de los recursos que son imprescindibles para asegurar su continuidad y profundización, en el cuidado de la salud, del medio ambiente, en fin, de todas las condiciones necesarias en las que se garanticen derechos para el Buen Vivir y el Bienestar de nuestros pueblos. Un modelo en el que la presencia o ausencia de Estado constituye toda una actitud política "... el Estado deberá poner igualdad allá donde el mercado excluye y abandona".

Entendemos la "democratización del bienestar" como una posición que toma indicadores interrelacionados (movilidad social, educación, salud, trabajo, ambiente, el modo en que se redistribuyen los recursos…) como derechos inalienables de todas las personas y pueblos y que produce una transformación en lo simbólico estableciendo una cultura política vivenciada por el sujeto social como un suceso concreto y real para el desarrollo de su ciudadanía, estableciendo las bases normativas al interior del mismo y hace que se instituyan

ciertos parámetros de justicia social, donde la equidad y la lucha por las desigualdades se constituyen en las bases fundamentales de su accionar. Esto solo es posible a través de un Estado fuerte y activo en su defensa de los desfavorecidos, excluidos, discriminados, constituyendo el instrumento fundamental con el que cuentan los sectores populares, para hacer realidad sus proyectos. El Buen Vivir y Bienestar expresa un planteo como una oportunidad, representativa de los marginados y excluidos durante más de cinco siglos en Nuestra América[21], para construir otra sociedad, otra forma de transitar el proceso salud-cuidados, a partir del reconocimiento de los valores culturales ancestrales existentes y no solamente asociado al "bienestar occidental". Implica un movimiento de recuperación de la cosmovisión de los pueblos y nacionalidades originarias. La consolidación de esta cultura del Buen Vivir y Bienestar, en base a una construcción de organización política y social, son las garantías de la continuidad y profundización de un modelo que tiene como horizonte la edificación de una Abya Yala más próspera, solidaria y justa.

¿Cuál sería el sentido o destino del filosofar para el Buen Vivir y el Bienestar en "Nuestra América" en este particular momento histórico-sanitario? Para Carlos Cullen (2016) el sentido y función de la filosofía marca una cultura que desde la América Profunda busca su sujeto. Entendiendo que una cultura es estrategia para vivir en un lugar y en un tiempo entonces también es política. En el paradigma del pensamiento complejo, Morín, refiere que tendrá su origen en los nuevos conceptos, visiones, descubrimientos y reflexiones que puedan reunirse en una tarea cultural histórica y en ese sentido allí está su desafío. La nueva posibilidad del pensamiento tiene que estar en la búsqueda de trascender las incertidumbres y las contradicciones y en esa dirección va la complejidad. Y es totalmente " pertinente " para nuestro escenario en tanto que es originario de una

[21] En oposición a Latinoamérica que es un término del colonialismo europeo que ignora a los afro descendientes (como la autora de este ensayo), José Martí propone hablar de Nuestra América

nueva mirada o perspectiva sobre nuestra realidad social, política, cultural, económica, desde su singularidad y su totalidad que nos conduce necesariamente al campo de la complejidad. Concebir lo que implica el Buen Vivir y Bienestar no puede ser parcializado, ni individual. Uno de los trabajos fundamentales que implica, recae en el diálogo permanente y constructivo de saberes y conocimientos ancestrales con lo más avanzado del pensamiento universal, en un proceso continuo de descolonización del pensamiento.

Esperamos, humildemente, que nuestro intento actúe como un itinerario alegórico de la actualidad de un proyecto filosófico, actuando como generador de cimientos/bases y de ninguna forma un límite cerrado, sino una invitación a redescubrir un proyecto filosófico de enfermería en camino y cambio. Argumedo (2009) postula que es urgente e indispensable volver a "pensar desde un lugar distinto", que no es otro que nuestro vasto espacio físico, cultural y social americano, «porque los proyectos populares en América Latina han de tener una nueva oportunidad histórica para la cual es necesario prepararse». Porque se cierra ahora «un largo ciclo histórico y las incertidumbres del porvenir plantean cuestiones político-culturales de gran envergadura».

> "La humanidad necesita fe en sus destinos y acción, y posee la clarividencia suficiente para entrever que el tránsito del yo al nosotros, no se opera meteóricamente como un exterminio de las individualidades, sino como una reafirmación de éstas en su función colectiva" Juan Perón en el cierre del Congreso de Filosofía, realizado en la Universidad Nacional de Cuyo el día 9 de abril del año 1949; "La comunidad organizada".

ANEXO

A los autores, provenientes de las universidades: UMPA/UNSAJ y de UNLa respectivamente, nos pareció significativo, dadas las variopintas expresiones terminológicas, establecer un "breve y simple" glosario de algunas palabras que se utilizan para nominar nuestro territorio, que en general se manejan como sinónimos, y como se apreciará, expresan conceptos muy diferentes.

América latina: se emplea para nombrar al grupo de países americanos donde se hablan lenguas romances (es decir, derivadas del latín vulgar). Se trata de un conjunto de naciones de América que tienen al castellano (español), al portugués o al francés como lenguas oficiales

Indoamericano: Descendiente de los pueblos originarios de América

Hispanoamérica: también conocida como América Hispana está conformada por cada uno de los estados americanos de habla hispana, un subcontinente formado por las naciones o países de habla española o que tienen como lengua oficial el español.

Latinoamérica: Se refiere a los países americanos cuyos habitantes hablan en español o en portugués. Quedan afuera el grupo naciones como Jamaica o Bahamas.

En ciertos ámbitos, en cambio, la idea de Latinoamérica suele asociarse al conjunto de países americanos situados al sur de los Estados Unidos. Por eso, con mayor precisión, se habla de Latinoamérica y el Caribe como una unidad. Así entran en el grupo naciones como Guyana, Surinam y Belice.

Nuestra América, José Martí: El latinoamericanismo martiano es un hecho cultural, expresa una cultura liberadora con historia, una cultura

desmitificadora que no acepta continuar copiando de forma exacta lo exógeno, un sujeto colectivo con posibilidades creadoras, reales y catalizadoras de una identidad regional propia, diferente de la América del Norte y de Europa. No hay en Martí regionalismo estrecho, antinorteamericanismo, antieuropeísmo. Hay, simplemente, latinoamericanismo que se resiste, y lucha por no ser eco y sombra de culturas foráneas

América Profunda, Rodolfo Kusch: se dirige al recate de nuestra esencia.

Comunidades de Nuestra América: Es un enunciado que viene teniendo preponderancia en los últimos años, probablemente para resaltar el sentido colectivo sumado a la expresión martiniana.

Abya Yala: La cultura kuna (pueblo originario situado en Panamá y Colombia) sostiene que ha habido cuatro etapas históricas en la tierra, y a cada etapa corresponde un nombre distinto: Kualagum Yala, Tagargun Yala, Tinya Yala, Abya Yala. El último nombre significa: territorio salvado, preferido, querido por Paba y Nana, y en sentido extenso también puede significar tierra madura, tierra de sangre. Diferentes organizaciones, comunidades e instituciones indígenas y representantes de ellas de todo el continente, han adoptado su uso para referirse al territorio continental, en vez del término "América". Es por esto utilizado en sus documentos y declaraciones orales, como símbolo de identidad y de respeto por la tierra que habitamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acevedo Linares A. (2013) El pensamiento complejo en Edgar Morín. Bogotá, Colombia. Publicado en Las 2 Orillas.

Arendt, Hannah (1996) La Condición Humana. España. Paidós.

Argumedo C. (2009) Los silencios y las voces en América Latina: notas para el pensamiento nacional y popular. Ediciones del pensamiento nacional. Buenos Aires. Argentina. Colihue

Cullen Carlos (2016) Sentido y Función de la filosofía. Conferencia en el marco de las Jornadas Filosóficas de la Patagonia Austral. Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Unidad Académica Caleta Olivia. Argentina.

Delgado Ramos Gian Carlo (coordinador) (2014) Buena vida, buen vivir: imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (Colección debate y reflexión); UNAM, México. ISBN 978-607-02-5402-4 ISBN 978-607-02-5400-0 (edición electrónica)

Estermann J. (2006) Filosofía Andina: sabiduría indígena para un mundo nuevo. Colección "Teología y Filosofía Andina". http://www.biblioteca.iseatbolivia

Fleury, Sonia. (1997). Estado sin Ciudadanos. Seguridad Social en América Latina. Buenos Aires. Argentina. Ed. Lugar

Hidalgo-Capitán A., Cubillo-Guevara A. (2017) Deconstrucción y genealogía del "buen vivir" latinoamericano. El (trino) "buen vivir" y sus diversos manantiales intelectuales. The Graduate Institute Geneva. Institute De Hautes Études Internationales et du Development. Jounarls.openedition.org/poldev/2517

Kusch Gunther Rodolfo Obras Completas (2009). Proyecto elaborado entre 1998 y 2003 por la editorial Fundación Ross.

López Ramírez O. (1997) El paradigma de la complejidad en Edgar Morín.

Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales Seminario sobre Edgar Morín. Medellín. Colombia.

Magaloni Duarte, Ignacio (1969) Educadores del mundo. Mayas-Toltecas-Nahuas-Quiches-Incas. Argentina. Costa-Amic Editores, S.A.

Stefanoni P. (2014) en Buena Vida, Buen Vivir: imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad. Gian C. Delgado Ramos coordinador. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México. Colección Debate y Reflexión.

Urabayen Julia (2011) Emmanuel Lévinas. En Fernández Labastida, F.; Mercado, J. (editores).URL: http://www.philosophica.info/archivo/2011/voces/levinas/Levinas.htm ISSN 2035-8326.

CAPÍTULO IV

PENSAR LA PANDEMIA EN CLAVE NACIONAL REFLEXIONES EN TORNO AL ROL DEL ESTADO Y LA COMUNIDAD ORGANIZADA EN TIEMPOS DE CRISIS

MARA ESPASANDE - EMMANUEL BONFORTI - FACUNDO DI VINCENZO

1. EL MUNDO FRENTE A LA PANDEMIA DEL COVID-19

El 17 de noviembre de 2019 en la Provincia China de Wuhan, se registró el primer caso del virus COVID19. Desde esa fecha y hasta nuestros días, el virus se propagó vertiginosamente, fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien declaró que nos encontrábamos ante una pandemia, del término que deriva del griego de παν, pan, 'todo' y δήμος, demos, 'pueblo': es decir, "todo el pueblo".

La palabra "pandemia" refiere al carácter global de la problemática, ahora bien, también puede encubrir -como otras categorías surgidas desde los centros de poder mundial- cierta idea de homogeneidad y uniformidad que impiden reflexionar sobre las responsabilidades, causas y soluciones desde nuestro lugar en el planeta. Los medios hegemónicos de comunicación (BBC, CNN, Grupo Clarín, O Globo, Google, etc.) propagaron una suerte de "a todos y todas nos afecta" que refuerza el imaginario vinculado a un "mundo globalizado" y conectado.

En primer lugar, cabe destacar que la crisis ocasionada por la emergencia del COVID19 dejó al descubierto problemas ya existentes del orden global actual, entre ellos, la falta de cooperación internacional y las crudas desigualdades del sistema capitalista[1].

Los organismos de cooperación internacional y el modelo de gobernanza mundial encontraron fuertes límites para hacer frente a la crisis y ofrecer respuestas comunes. El orden constituido en la posguerra que -no sin cambios- ha sobrevivido hasta hoy, muestra cada vez más su incapacidad para dar respuestas a los problemas globales que aquejan a los pueblos. Frente a la pandemia, la respuesta de los Estados Nacionales fue la del repliegue sobre sus

[1] Cft.: AROHONIAN, ARAM, "Panorama regional y pospandemia", plataforma virtual de contenidos de Megafón, Universidad Nacional de Lanús, 07-08-2020: en https://megafonunla.com.ar/notas/2020-07-08_panorama-regional-y-la-pospandemia; COLOTTI, ANA, Reflexiones sobre la crisis global y la pandemia, Buenos Aires, Revista Hechos e Ideas, mayo 2020, en https://hechoseideas.com/2020/08/18/reflexiones-sobre-la-crisis-global-y-la-pandemia/; VILAS, CARLOS, Pandemia, globalización y peronismo, Buenos Aires, Revista Movimiento, en http://www.revistamovimiento.com/politicas/pandemia-globalizacion-y-peronismo/; RAIMUNDI, CARLOS, Disputa Geopolítica Global e Integración Latinoamericana, en la plataforma virtual de contenidos de Megafón, Universidad Nacional de Lanús, 28-04-20: http://megafonunla.com.ar/notas/2020-04-28_disputa-geopolitica-global-e-integracion-latinoamericana.

límites: cerrar las fronteras (no solo en términos de disminuir la circulación del virus, que si es necesario) para resolver un problema que es mundial. En el mismo sentido, las organizaciones de integración regional han encontrado enormes dificultades para buscar políticas comunes que alivien la profunda crisis desatada. Desde los primeros momentos, tan sólo unas pocas voces clamaron alertando sobre la necesidad de aunar esfuerzos, enlazar conocimientos, coordinar acciones. Entre ellos, el Papa Francisco (2020) afirmó:

> Nuestra cercanía a los médicos, a los agentes sanitarios, enfermeras y enfermeros, voluntarios... Nuestra cercanía a las autoridades que deben tomar medidas duras, pero por nuestro bien. Nuestra cercanía a los policías, a los soldados en la calle que siempre tratan de mantener el orden, que se cumplan las cosas que el gobierno nos pide que hagamos por el bien de todos. Cercanía a todos (Papa Francisco, *Oración pública del 25 de marzo de 2020).*

Lejos de responder a este llamado, algunos gobiernos han alterado o suspendido algunos derechos constitucionales- propiciando lo que se llama un "Estado de Excepción"-; otros, han intentado mantenerse al margen de medidas intervencionistas restrictivas o preventivas.

A pesar del carácter global indudable de la crisis sanitaria, una de sus peculiaridades, es la sincronicidad con la que se ha desarrollado en consecuencia del alto nivel de intercomunicación global, consideramos necesario partir de las particularidades argentinas y latinoamericanas para pensar dicha crisis global "desde aquí" parafraseando al pensador, político y

ensayista Arturo Jauretche (1957); en otras palabras, pensar la pandemia desde una matriz de pensamiento autónoma y situada que permita analizar aquellos aspectos comunes, pero también, las especificidades de nuestra región.

Desde que comenzó la pandemia del COVID19 proliferó una vasta y diversa bibliografía desde diferentes campos disciplinares. Excede a los objetivos de nuestro trabajo sistematizar esos escritos elaborados en apenas pocos meses en todas las latitudes del globo[2]. Sin embargo, nos proponemos en el presente trabajo recorrer algunas de las interpretaciones que han tenido mayor repercusión a nivel mundial y en el campo local ya que consideramos que muchas de éstas, abordan la realidad desde una matriz de pensamiento eurocentrado que dificultan el análisis situado desde nuestro país y nuestra región.

De tal modo, realizaremos un breve recorrido por las lecturas de mayor difusión surgidas en el campo intelectual del sistema euro-norteamericano en primera instancia, y luego aquellas enmarcadas en la matriz del Pensamiento Nacional y Latinoamericano, tomando como eje central los debates desarrollados en torno al rol del Estado durante la pandemia y en la pos pandemia.

2. PENSAR LA PANDEMIA DESDE EL NORTE ATLÁNTICO CÉNTRICO

Desde la construcción del orden moderno –proceso desarrollado entre el siglo XIV y el XVIII- se ha impuesto como cosmovisión hegemónica la idea civilizatoria del Atlántico Norte o el espacio euro-norteamericano al decir de Aníbal Quijano (2000). A comienzos de julio de 2020, el escritor y guionista argentino Pedro Saborido publicaba un decálogo sobre cómo abordar la nueva etapa y recomendaba en tono irónico: «Circular textos donde se asegura que el

[2] Hacia mediados de año, algunas organizaciones, instituciones y revistas de divulgación cultural, académica y política, desarrollaron observatorios sobre las intervenciones de autoras y autores sobre la Pandemia de Covid 19. En CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) se puede visitar un completo observatorio para interpretar el fenómeno de la pandemia global, Disponible en: https://www.clacso.org/pensar-la-pandemia-observatorio-social-del-coronavirus/ [recuperado el 8-8-2020]; La Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), en la misma línea desarrollo un espacio para seguir las publicaciones referidas al tema; https://www.cepal.org/es/noticias/observatorio-covid-19-la-cepal-un-instrumento-apoyo-america-latinacaribe; Otras publicaciones de Revistas Web de divulgación en la región también han dedicado dossiers y espacios para monitorear y difundir trabajos sobre la Pandemia como: Noticias de América Latina y el Caribe NODAL, en: https://www.nodal.am/ y/o el Centro Latinoamericano de Análisis Estratégico. Estrategia, en: http://estrategia.la/

capitalismo se derrumba. O que de lejos 'parece que se derrumba'». Mientras tanto, en otras latitudes, el filósofo esloveno Slavoj Zizek (2020), escribía que «esta vez sí, en esta se viene el comunismo» Dicho autor, publicó en los primeros días de marzo de 2020 el artículo: «Coronavirus es un golpe al capitalismo al estilo de 'Kill Bill' y podría conducir a la reinvención del comunismo» (Zizek, 2020, p. 26). El texto se publicó en las revistas mejor posicionadas de la vanguardia liberal progresista mundial europeas, norteamericanas, asiáticas y también, latinoamericanas. Esta producción ha sido replicada por los principales medios de comunicación local de un amplio espectro político. Pero, ¿qué dice Zizek en este artículo que ha llamado la atención del mundo entero? Afirma el autor:

> Mi modesta opinión es mucho más radical: la epidemia de coronavirus es una especie de ataque de la "Técnica del corazón explosivo de la palma de cinco puntos" contra el sistema capitalista global, una señal que un cambio radical es necesario […] no solo el estado y otras agencias nos controlarán, también debemos aprender a controlarnos y disciplinarnos […] ¿Todo esto no indica claramente la necesidad urgente de una reorganización de la economía global que ya no estará a merced de los mecanismos del mercado? No estamos hablando aquí sobre el comunismo a la antigua usanza, por supuesto, sino sobre algún tipo de organización global que pueda controlar y regular la economía, así como limitar la soberanía de los Estados Nacionales cuando sea necesario (Zizek, 2020, p. 28).

Ahora bien, ¿qué sentido tiene este planteo para los pueblos latinoamericanos y caribeños? Dicho de otro modo, ¿qué significado tienen estas palabras para quienes nos encontramos en el Sur -en las regiones que siguen siendo periferia- o, como diría Pedro Saborido, para los que estamos en el "conurbano del mundo"? Consideramos que el análisis de Slavoj Zizek (2020) tiende a homogeneizar la lectura realizada hacia el rol de los Estados-nacionales en las diversas regiones del mundo omitiendo las discusiones en clave geopolítica, en otras palabras, dejando de lado los temas vinculados con la naturaleza del Estado, que consideramos, presenta diferencias sustanciales entre los espacios del Norte Atlántico Céntrico desde donde escribe Zizek (2020) y las periferias o los "sures" desde donde miramos nosotros/as.

Por otro lado, desde Europa meridional, uno de los primeros filósofos que en nombre del liberalismo alzó la voz fue el filósofo italiano Giorgio Agamben (2020), quien expresó su preocupación en torno al avance de un "Estado de excepción". El autor denunciaba la combinación entre restricciones a la libertad y un discurso que apuntaba a la sensación de un "estado de pánico colectivo" (Agamben, 2020), extremando su alarma filosófica al sostener que, en el auge del pico pandémico en Italia, cualquier individuo que excediera el estado de excepción sería considerado un terrorista. En esta línea, observó un proceso de degeneración de las relaciones sociales y un Estado todopoderoso que agobia las libertades individuales. Como vemos, el registro de análisis de Agamben (2020) se encuentra centrado en una lectura individual basada en una escala que prioriza los derechos civiles. Al pesimismo de Agamben se le contrapone el optimismo de Slavoj Zizek, quien considera a la pandemia como condición posible para un cambio de sistema. Partiendo del temor de Agamben por la fortaleza de los Estados Nacionales, el eslavo se orienta hacia el futuro y, a modo

de predicción, anuncia una sociedad capaz de repensar sus lazos de solidaridad y cooperación global basada en un nuevo comunismo.

En este debate, se incorpora desde Corea del Sur –y con una mirada más negativa- el filósofo y ensayista Byung Chul Han (2020). Crítico de la lectura zizekiana, destaca la emergencia de aspectos totalitarios en la Vieja Europa. Incurre así en un enfoque interpretativo afín al de Agamben: la pandemia no es condición de posibilidad de ningún cambio progresivo. El aporte del surcoreano radica en la comparación entre Oriente y Occidente en cuanto al abordaje de la pandemia. Continuando con los autores que más se ha popularizado en este tiempo, se destaca el filósofo Franco «Bifo» Berardi (2020). El pensador italiano afirmó que la actual crisis no es más que la continuidad de la profunda crisis del capitalismo, por tanto, excede en tiempo a la emergencia del virus. En el enfoque de Berardi, fue el paroxismo de la interpretación individual lo que generó la crisis, al ser definitiva la ruptura de la psicología con la dimensión de lo social.

Podría decirse, que el autor desnudó la peor cara de la crisis del sistema, en fuerte contraposición con el análisis de Agamben -donde las contradicciones del sistema se hallan en el virus y la crisis viene del propio cuerpo humano-.

En el panorama nacional, los análisis discurren entre inquietudes propias matizadas con los debates desarrollados en las latitudes del norte. Así, autores como la socióloga Maristella Svampa (2020), y el abogado ambientalista Enrique Viale (2020) en una publicación local analizaron el escenario en clave de crisis civilizatoria. Las medidas para la salida de la Pandemia propuestas por ellos fueron: el ingreso universal ciudadano, la reforma tributaria progresiva, la suspensión del pago de la deuda, un sistema nacional de cuidados y una radical transición ecológica. En este marco, se presentó un nuevo espacio político

[3] El espacio lo integran más de 40 intelectuales, académicos y referentes de movimientos sociales de 21 países de la región, además de presentar una convocatoria abierta para seguir ampliando la agrupación. Sus perspectivas, objetivos y acciones pueden encontrarse en: https://pactoecosocialdelsur.com/

denominado Pacto Eco Social del Sur[3] conformado en particular por algunos/as intelectuales, académicos/as y referentes de movimientos sociales de la región.

Por otro lado, la politóloga María Esperanza Casullo (2002), tomó como punto de partida una publicación británica que analizaba el problema en clave contractual, aseverando que la pos pandemia inevitablemente obligaría a repensar el contrato social en su conjunto. Por el contrario, el historiador italo-argentino Loris Zanatta (2010), tuvo varias intervenciones en donde aplicando algunas ideas de sus compatriotas italianos, alertó en la Argentina sobre "la restricción de libertades" y la "clausura de facultades republicanas" comparando a la Argentina con Venezuela, Cuba y la ex URSS. Presagió un avance del populismo autoritario en la región (México-Argentina); lecturas coherentes con su obra sobre historia de América Latina donde afirma: "región con prestigio pero sin potencia, ambición pero pocos dotes políticos además de una escasa confiabilidad" (Zanatta, 2010, p. 271-272). En la misma línea se insertan otras figuras locales tales como Luis Alberto Romero (06-04-2020), Marcos Aguinis (06-04-2020), Juan José Sebreli (05-06-2020) y José Emilio Burucúa (25-05-2020).

Frente a estos análisis nos preguntamos: ¿podemos analizar el rol de los Estado-Nación sin considerar el lugar en el orden global de cada región y los proyectos políticos por detrás de cada gestión estatal? ¿Es lo mismo hablar del Estado y de sus instituciones para el caso europeo o norteamericano que para los casos en América Latina y el Caribe?

Tanto en los textos de los defensores, difusores y/o portadores de la idea civilizatoria liberal, los Estados interventores son catalogados como "gobiernos populistas". En estos Estados es recurrente que aparezcan en los discursos de los líderes políticos los términos de justicia social, organización comunitaria y alusiones a un compromiso para con la Nación o la Patria. Nociones

que vertebran la relación entre los Estados y sus habitantes, cuestión que es ignorada por aquellos intelectuales.

En los pueblos donde se produce esta relación, la palabra comunidad (vinculada con el suelo, tradiciones y costumbres colectivas) toma mayor fuerza que la categoría "sociedad" (relacionada con el liberalismo, los contratos sociales y demás elementos jurídicos). En este sentido, para los liberales, los Estados Nacionales que necesariamente se sostienen con estos elementos deben ser reducidos a su mínima expresión posible. En contraposición, los gobiernos populares buscan una vinculación estrecha entre el Estado y las organizaciones del pueblo.

Mientras que en el liberalismo fundó un sistema de creencias regido por principios morales de corte individualista donde las leyes (la razón-la propiedad-lo material) están por encima de lo comunitario; en la segunda opción, se presenta una comunidad que mediante sus organizaciones articula y dialoga con el Estado nacional. De igual manera su ciencia aparece con pretensiones universales.

Estas cosmovisiones filosóficas distintas sobre la sociedad y el Estado generan lecturas también disímiles sobre cómo afrontar las crisis sociales, económicas, políticas y también sanitarias.

3. PENSAR LA PANDEMIA DESDE EL SUR

3.1 UNA MATRIZ DE PENSAMIENTO NACIONAL LATINOAMERICANA

Avanzar desde un Pensamiento Nacional y Latinoamericano (PNL) supone plantear una matriz epistemológica[4] surgida al calor de la resistencia a la

[4] Epistemología es la rama de la filosofía que explica: a) qué es el conocimiento, sus límites y posibilidades –qué podemos saber, cuál es el alcance de nuestro saber y si es posible alcanzar la certeza–, b) el objeto del conocimiento –qué es un objeto, qué o quién lo define–, c) el sujeto del conocimiento –qué conocemos y quién conoce– y d) la relación entre el conocimiento y la circunstancia vital del investigador –la historia, la cultura, el individuo y sus presupuestos metafísicos–.

opresión social y/o colonial. A diferencia de la matriz eurocéntrica, el PNL aparece con perspectiva "situada", en la que busca respuestas a partir de nuestra propia realidad. Si bien el PNL es heterogéneo presenta características comunes que permiten hablar de una "matriz", en el sentido de constituir una forma de pensar, analizar, actuar sobre la realidad social.

La primera característica es su carácter situado. Autores como Fermín Chávez postularon la potencialidad del pensar situado reconociendo la condición periférica de nuestras sociedades (Chávez, 2012). Esta condición debe orientar al hombre y mujer americano/a en la reflexión sobre los problemas mundiales. Ahora bien, el pensamiento situado no plantea rechazar lo extranjero o las ideas presentadas como "universales" por el pensamiento positivista, sino, tomar "lo universal" pero "visto con ojos propios" tal como sostuvo Arturo Jauretche. Un pensar situado implica, entonces, poner el foco en los grandes problemas nacionales –en cuanto latinoamericanos- para proponer soluciones (Jauretche, 1957). Al decir de la filósofa y ensayista Ana Jaramillo "es necesario resolver ese logaritmo nacional conociendo las bases de las que partimos y la potencia hacia dónde vamos. Tenemos que encontrar el camino de su realización" (Jaramillo, 2014, p. 16).

Desde este marco conceptual, el PNL a lo largo de su historia se ocupó de reflexionar sobre diversas problemáticas propias de una región de carácter periférica: la opresión social, la dominación (semi)colonial, la búsqueda de una organización comunitaria para revertir la dependencia, el establecimiento de una democracia soberana, la conquista de la autodeterminación nacional, el respeto por las múltiples identidades y diversidad cultural, la búsqueda de la justicia social mediante el desarrollo de un proyecto económico soberano; y la cultura y la religiosidad popular. El historiador Norberto Galasso (2008) se pregunta: "Se nos

convoca a pensar en nacional. ¿Cómo pensamos entonces, habitualmente? ¿Pensamos acaso colonialmente?" (p. 13). Galasso pone el acento en la construcción del Pensamiento Nacional en cuanto oposición del pensamiento colonial: existe el PNL porque fuimos sometidos a una condición periférica. En todos los países de esta condición existe una cuestión nacional pendiente, lo que lleva a que la resolución de los problemas para el ejercicio de la soberanía y la autodeterminación sean una de las temáticas de interés central de esta matriz. El problema de la cuestión nacional irresuelta tiene su origen en el momento inmediato a la declaración de la independencia del continente.

A principios del siglo XIX la crisis del orden colonial, las luchas por la emancipación y las guerras civiles dieron inicio a una nueva etapa: se implantó una novedosa forma de dominación bajo la conformación de un orden semi colonial que ya no implicaba la ocupación territorial, sino que se encontraba sostenido por nuevos dispositivos sociales y culturales. Inglaterra en América del Sur y Estados Unidos en América Central y el Caribe emergieron como las nuevas potencias neocoloniales. Pero, para imponer este sistema, existió un requisito fundamental: la fragmentación del territorio latinoamericano. El proyecto unificador de principios del siglo XIX presentado por Bolívar, San Martín, Monteagudo, Morazán -entre otros- fue derrotado por el accionar diplomático y militar de las potencias centrales en complicidad con las burguesías portuarias de cada una de las "patrias chicas" del continente. Sistemas políticos fraudulentos, Estados oligárquicos represivos, libre comercio y la instauración de un modelo educativo y cultural eurocéntrico, fueron herramientas efectivas para el control de los aparatos productivos y los recursos naturales del continente.

La condición periférica –como segundo elemento constitutivo- presenta el desafío de la descolonización cultural y pedagógica. En palabras de

Manuel Ugarte (1933), "aprender a ver. Aprender a sentir. En estas palabras se encuentre acaso el programa del futuro. Aprender a ver con ojos propios, aprender a sentir directamente y no a través de otras sensibilidades" (p. 31).

El compromiso con las luchas del pueblo es otro de los elementos constitutivos de esta matriz. La reflexión teórica se desarrolla de la mano de la acción política en la lucha por la igualdad y por la descolonización. Todas aquellas personas que se dedicaron al desarrollo del PNL se comprometieron con los problemas de su tiempo, intervinieron –desde diferentes espacios político, sociales, eclesiásticos- en la lucha política ya que es constituyente a esta matriz no escindir la teoría de la práctica, no escindir la reflexión de la acción, por el contrario, se caracteriza por la imbricación de pensamiento y acción.

3.2. LA PANDEMIA Y LA POS PANDEMIA DESDE EL PENSAMIENTO NACIONAL: EL ROL DEL ESTADO Y ORGANIZACIONES DEL PUEBLO

¿Qué significa pensar la pandemia y la pos pandemia "en clave nacional"? El primer paso de este ejercicio implica desaprender, criticar la información procedente de los centros de estudios europeos e incluso nacionales que funcionan en espejo. Arturo Jauretche, de forma autobiográfica cuenta el ejercicio de aprendizaje que dieron los miembros de FORJA durante la "década infame" para "comprender" la realidad: poner la conciencia nacional en marcha, renunciar a todas las doctrinas y a soluciones de bibliotecas extranjeras, para pensar la realidad local. En esa línea, Raul Scalabrini Ortiz (1957) decía en Política Británica en el Río de La Plata, que volver a la realidad se convierte en un imperativo inexcusable, pero para esto es necesario exigirse una virginidad mental. En tiempos de COVID-19 quizás sea un momento para congelar la

concepción prestada de la realidad universal y pensar en clave local un problema de proyección mundial. Esto presenta un verdadero desafío ya planteado en el texto "Después del aislamiento" de Follari, (2020) "no poco han decepcionado los grandes intelectuales en esta circunstancia. Ningún esfuerzo por captar la enorme novedad del fenómeno de la peste: casi todos encontrando como conclusión su propia premisa, hallando la redundancia de sus presunciones previas" (p. 9).

A pesar de esta reflexión, consideramos que las matrices de pensamiento a la cual cada intelectual se encuentra adscrito condicionan los marcos explicativos que se construyen alrededor de la crisis ocasionada por la Pandemia. En este sentido, el PNL propone no adaptar la realidad a la teoría, sino a partir de la realidad efectiva y a partir de allí, construir la teoría.

Partiendo de los hechos ocurridos desde aquel 17 de noviembre podemos afirmar que los mismos, han puesto en cuestión dos pilares del orden mundial actual: por un lado, el sistema globalista liberal y por el otro lado, la prédica antiestatal del mismo.

Sobre este punto afirma Follari: "Mucho se ha hablado de que la pandemia muestra que sólo el Estado puede hacerse cargo del cuidado poblacional en las emergencias". Efectivamente es así, y la situación ha sido elocuente. Por unas semanas, los panegiristas del mercado callaron desde la impotencia: se habían quedado sin discurso. Esta primacía del Estado –que cimenta las preocupaciones agambeanas sobre el retorno totalitario-, está lejos de implicar que hayamos vuelto a una condición previa a la globalización: el mercado sigue atravesando fronteras y arrasando soberanías nacionales. Pero sin dudas que a la hora de la salud pública y de vida o muerte, el mercado muestra su cara atroz de descuido e indiferencia, de repetición automática de la ganancia

como único norte. El Estado, aún golpeado por las políticas neoliberales de tantos años, exhibe en todo caso su necesidad y pertinencia, y de ello seguramente quedará rastro y memoria para el futuro inmediato de nuestros pueblos" (Follari, 2020, p. 10).

Ahora bien, para avanzar en esta reflexión resulta necesario definir de qué hablamos cuando nos referimos Estado-Nación, concepto atacado y omitido por la intelligentzia globalizadora. Más allá de la definición weberiana en cuanto al monopolio de la violencia legítima, el Estado pone en juego a las instituciones con el fin de garantizar el orden. En este punto aparece la distinción entre nacionalismos, como un elemento de análisis inexistente en los autores trabajados anteriormente. En primer lugar, existe una característica propia de aquellas naciones con sed de conquista territorial: este nacionalismo es de tendencia ofensiva y para él, la guerra implica necesariamente la dominación. En paralelo aparece un nacionalismo defensivo de vocación emancipadora, con una tradición histórica de lucha nacional que busca el reconocimiento de igualdad en el escenario internacional.

En el marco de ese nacionalismo defensivo se gestaron los movimientos de liberación nacional de las periferias del mundo donde la pertenencia a la comunidad nacional ha sido un elemento central cohesionador de la lucha política. Reflexionando sobre la necesidad de desarrollar vínculos de solidaridad en el marco de la comunidad nacional, afirma Paula Canelo (2020)

> ...no es posible la solidaridad sin una idea común, previa, de igualdad. Y uno de los éxitos culturales más contundentes del neoliberalismo, a través de la producción de ese relato legitimador de la desigualdad del que hablábamos, fue lograr que ya no nos consideremos iguales, que ya no nos veamos los unos a los otros como semejantes (p. 18).

Consideramos que en la reconstrucción de la pertenencia comunitaria se encuentra una de las claves para pensar y construir una nueva estatalidad. El COVID-19 presenta una posibilidad para ampliar el espacio de participación comunitaria en las decisiones nacionales y romper con la inercia liberal de la "ayuda voluntaria". Puede ser visto como una nueva fase disruptiva donde la solidaridad individual se convierta en solidaridad colectiva e institucionalizada en las organizaciones del pueblo.

Al respecto, sostienen Ana Jaramillo y Alcira Argumedo (2020) que es en estos momentos cuando debemos reflexionar, cuando la solidaridad del pueblo todo, la comunidad organizada, con sus organizaciones libres del pueblo, iglesias, comedores, cooperativas, sindicatos, etc. siguen siendo parte de lo que debería ser un nuevo contrato social para el bien común.

El Estado de Bienestar para todas y todos los que busquen la justicia social.

Ahora bien, ¿desde dónde y cómo reconstruir esta nueva estatalidad? Consideramos fundamental pensar a la Nación como sustantivo de la estatalidad. El COVID-19 podría llegar a ser la oportunidad para reconocerse como parte de una misma comunidad de ideas, cultural e histórica. Al miedo de la individualidad exacerbada se le deberá imponer desde el espíritu nacional la conformación de un significado de Estado Nación diferente. El Estado Nación debe ser quien coordine y dirija la economía en momentos en que la mayor parte de nuestros compatriotas se encuentran en amenaza. Pensar en clave nacional la administración significa que el Estado Nación sea quien organiza la economía de acuerdo a sus necesidades y a sus recursos.

Coincidimos con Paula Canelo (2020) cuando sostiene que:

Preguntémonos ahora qué Estado queremos. Porque descubrir qué Estado nos falta, es lo que nos pone, en gran medida, en condiciones para discutir sobre una nueva estatalidad. Sobre las condiciones para lograr un Estado que sea capaz de producir y cuidar lo que nos es común (aquello que se encuentra en la tensión entre lo general y lo particular). Eso que nos hace comunidad en la diversidad que se muestra diariamente en barrios, sindicatos, clubes, empresas, partidos políticos, movimientos sociales; diversidades étnicas, culturales, religiosas, lingüísticas, de género, etc. Construir lo que nos es común rejerarquizando a la igualdad como valor y a la solidaridad como regla es decisivo, indispensable, en tiempos de creciente desigualdad y fragmentación social (P. 21).

Por otro lado, Argumedo y Olsson (2020) también reflexionan en esta perspectiva y afirman: "

Es preciso en principio plantearse un nuevo papel del Estado en la economía, en el control de áreas estratégicas y en el bienestar social, otorgando prioridad a las orientaciones políticas basadas en valores solidarios; en la participación y las acciones colectivas; en el bien común y las organizaciones libres del pueblo, en contraste con las ideas del individualismo egoísta, el lucro como valor supremo y las obsesiones privatistas. (Citado por diario Página 12el día 13-04-2021, en noticias de nuestro país, del 06-05-2020)

Si analizamos lo acontecido durante el año 2020 en el caso argentino a partir de estos planteos teóricos y estas categorías podemos señalar que, para enfrentar la crisis, se ha aplicado una política intervencionista en el plano estatal

pero que, junto a la misma, se emerge otro actor central: la clase trabajadora organizada. Desde el inicio de la Pandemia los movimientos de trabajadores/as –mediante las organizaciones sindicales y los movimientos sociales- tomaron una postura activa en diferentes campos: tareas de cuidado y asistencia en el terreno de la alimentación y en el área de la salud[5]; en el plano gremial, impulsaron la legislación de protección a los/as trabajadores/as[6] frente a los despidos y para la regulación del tele-trabajo[7], preocupación creciente frente a la situación actual pero también para el futuro cercano donde se teme que se adopte esta modalidad como una forma de flexibilización del trabajo arrasando con los derechos laborales conquistados históricamente por la clase trabajadora argentina.

Esta respuesta comunitaria y colectiva de los y las trabajadores/as consideramos que nos distingue como latinoamericanos y latinoamericanas. Nuestra historia, desde la conquista de América inauguró una etapa de continuas luchas populares: la resistencia de los pueblos originarios, las constantes rebeliones de las personas esclavizadas, las revoluciones por la emancipación que articularon a amplios sectores de la sociedad colonial, las luchas gauchas y montoneras y, finalmente, los movimientos nacionales del siglo XX. En el caso argentino -en la segunda mitad del siglo XX- estas luchas se encuentran fuertemente vinculadas a la construcción de un particular modelo sindical[8]; así como en otros países de la región, el protagonismo lo han tenido los movimientos indígenas-campesinos. América Latina se caracteriza por la diversidad, pero

[5] En este punto, destacamos el accionar de las dos centrales obreras argentinas (CGT y CTA) y de los movimientos sociales en particular la CTEP (Central de Trabajadores de la Economía Popular), quienes, junto al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, impulsaron el programa "El barrio cuida al barrio", puesto en marcha desde el 20 de abril, gracias a la capacitación masiva de "promotores comunitarios" que trabajan en tareas de prevención sanitaria. La Iglesia católica presente en los barrios más humildes, también actuó en el mismo sentido, en particular desde el colectivo de curas villeros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de los Curas de Opción por los pobres, presentes fundamentalmente en el conurbano bonaerense.

[6] El 31 de marzo, mediante la sanción del Decreto de Necesidad y Urgencia DNU, se prohibieron los despidos por 60 días. A su vez, los diputados de extracción sindical del Frente de Todos –fuerza oficialista- impulsaron la Ley de Impuesto a la Riqueza.

[7] RICCOBENE, ANTONIO, "Entrevista a Hugo Yasky", Diario Página 12, 03-05-2020, en: https://www.pagina12.com.ar/263458-yasky-el-gobierno-tiene-que-cuidar-a-los-trabajadores.

[8] Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la Argentina posee la tasa de densidad salarial mayor de Sudamérica (en 2015 ascendía al 32%, frente al promedio regional del 19% Disponible en:http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/actavid/proyectos/actrav/proyectos/proyecto_ssos/act_regionales/mexico_nov2010/documentos/3erdia_cancun1.pdf1

también por la unidad. En palabras de Rodolfo Puiggrós, "América Latina es una y múltiple" (Puiggrós, 1964, p. 26). La resistencia, la lucha y la organización comunitaria forman parte de aquellas características mancomunadas.

En momentos de crisis, sus pueblos recurren a las herramientas que poseen para dar respuesta desde la organización comunitaria en vinculación con las diversas formas de estatalidad. Así, se fueron gestando diversas formas y mecanismos de dar respuesta a las crisis sociales donde las prácticas sociales colaborativas para el cuidado se desarrollaron mostrando la importancia de lo colectivo sobre lo individual en pos del bienestar general.

Estos lazos sociales históricamente construidos fueron fuertemente socavados por la aplicación de las políticas neoliberales en sus diferentes dimensiones -económica, política y fundamentalmente cultural-. Es por esto, que resulta relevante avanzar hacia la reconstrucción de aquel sentimiento colectivo de pertenencia a la comunidad nacional ya que ella debe ser garante del cuidado de lo común por sobre lo individual. En síntesis, consideramos que, en el reconocimiento de la pertenencia a la comunidad nacional y en el fortalecimiento de la vinculación de las organizaciones populares con el Estado, se encuentran algunas de las claves para avanzar en la construcción de un proyecto civilizatorio que tenga como perspectiva el cuidado de lo común.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agamben, G. (2020). "La invención de una epidemia. El estado de emergencia como norma. Necesidad del Estado de instaurar pánicos colectivos que los datos reales desautorizan.", en Diario Página 12, 5 de marzo, disponible en: https://www.pagina12.com.ar/250990-la-invencion-de-una-epidemia. (consultado el 8/4/2020).

Argumedo, A.; Olsson, J. P. (2020). "El Green New Deal para la pos-pandemia" en Diario Página/12, 6 de mayo, disponible en: https://www.pagina12.com.ar/264095-el-green-new-deal-para-la-pos-pandemia (consultado el 8/6/2020).

Arohonian, A. (2020). "Panorama regional y pospandemia" en Portal de Noticias Megafón, Universidad Nacional de Lanús, 7 de noviembre, disponible en:https://megafonunla.com.ar/notas/2020-07-08_panorama-regional-y-la-pospandemia (consultado el 8/11/2020).

Berardi, F. (2020). "Crónica de la psicodeflacion" en AAVV. Sopa de Wuhan. Pensamientos contemporáneos en tiempos de Pandemia. s/c: Editorial ASPO. Disponible en https://www.riehr.com.ar/archivos/Actualidad/VVAA%20Sopa%20de%20Wuhan.pdf (consultado el 6-7-2020).

Bonforti, E. (2020). La Respuesta a la Pandemia en Clave Nacional, en: http://www.labaldrich.com.ar/la-respuesta-a-la-pandemia-en-clave nacional-por-emmanuel-bonforti/.

Buela, A. (1990). El sentido de América. Seis ensayos en busca de nuestra identidad. Buenos Aires. Argentina.Theoria.

Byung Chul Han, (2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. En AAVV, Sopa de Wuhan. Pensamientos contemporáneos en tiempos de

Pandemia. s/c: Editorial ASPO. Disponible en https://www.riehr.com.ar/archivos/Actualidad/VVAA%20Sopa%20de%20Wuhan.pdf. (consultado el 6/7/2020).

Canelo, P. (2020). "Igualdad, solidaridad y nueva estatalidad. El futuro después de la pandemia" en Grimson, A. (comp.). El futuro después del COVID-19. Buenos Aires: Presidencia de la Nación, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19.pdf.

Casullo, M. E. (2002). "Para dejar atrás el neoliberalismo" en Grimson, A. (comp.). El futuro después del COVID-19. Buenos Aires. Argentina. Presidencia de la Nación, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19.pdf.

Chávez, F. (2012). Epistemología de la periferia. Remedios de Escalada. Lanús. Buenos Aires Argentina. Ediciones de la UNLa.

Colotti, A. (2020). "Reflexiones sobre la crisis global y la pandemia" en Revista Hechos e Ideas, Buenos Aires. Argentina. Mayo 2020, disponible en: https://hechoseideas.com/2020/08/18/reflexiones-sobre-la-crisis-global-y-la-pandemia/ (consultado el 8/06/2020).

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Observatorio COVID19, disponible en: https://www.cepal.org/es/noticias/observatorio-covid-19-la-cepal-un-instrumento-apoyo-america-latinacaribe (recuperado el 6-7-2020).

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2020). Observatorio Social del Coronavirus, disponible en: https://www.clacso.org/pensar-la-pandemia-observatorio-social-del-coronavirus/ (recuperado el 8-8-2020).

Di Vincenzo, F. (2020a). "Los intelectuales del Atlántico Norte y su lectura de la

Pandemia. Loris Zanatta y otros Posmo-Coloniales de nuestro tiempo", en Revista Viento Sur [digital], Año VIII, Remedios de Escalada. Lanús. Buenos Aires. Argentina. Número 23, junio, disponible en: http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/author/facundo-di-vincenzo/ (consultado el 6/7/2020).

Espasande, M. (2020). "Trabajadores, Estado y Comunidad Organizada frente al COVID-19" en Portal de Noticias Megafón-UNLa, 11 de mayo, disponible en: https://megafonunla.com.ar/notas/2020-05-11_trabajadores-estado-y-comunidad-organizada-frente-al-covid19 (consultado el 9/6/2020).

Fleck, E. (2014). Entre a caridade e a ciência: a prática missionária e científica da Companhia de Jesús. São Leopoldo: Oikos.

Follari, R. (2020). "Después del aislamiento" en Grimson, A. (comp.). El futuro después del COVID-19. Buenos Aires. Argentina. Presidencia de la Nación, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19.pdf

Galasso, N. (2008). La larga lucha de los argentinos. Y como la cuentan las diversas corrientes historiográficas. Buenos Aires. Argentina. Ediciones del Pensamiento Nacional.

Grimson, A. (comp.). (2020). El futuro después del COVID-19. Buenos Aires. Argentina. Presidencia de la Nación, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19.pdf

Jaramillo, A. (2014). La descolonización cultural. Remedios de Escalada. Lanús. Buenos Aires. Argentina. Ediciones de la UNLa.

Jaramillo, A.; Argumedo, A. (2020). "Apuntes para el debate post-pandemia" en

Revista Viento Sur, Lanús. Buenos Aires. Argentina. Disponible en: http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/apuntes-para-el-debate-post-pandemia/ (consultado el 9/9/2020).

Jauretche, A. (1957). Los profetas del odio y la yapa. La colonización pedagógica. Buenos Aires. Argentina. Ed. Peña Lillo.

Mignolo, W. (2000). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires. Argentina. CLACSO.

Papa Francisco, Oración pública del 25 de marzo de 2020, disponible en https://www.vaticannews.va (consultado el 9/4/2020).

Podetti, A. (1986). "La irrupción de América en la Historia", en Revista Hechos e ideas, Buenos Aires. Argentina. Noviembre / Diciembre.

Puiggrós, R. (1964). Integración de América Latina. Factores ideológicos y políticos. Buenos Aires. Argentina. Jorge Álvarez editor.

Quijano, A. (2000). "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina" en Lander, Edgardo (comp..), La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires. Argentina. CLACSO.

Raimundi, C. (2020). "Disputa Geopolítica Global e Integración Latinoamericana", en Portal de Noticias Megafón, Universidad Nacional de Lanús, abril, disponible en: http://megafonunla.com.ar/notas/2020-04-28_disputa-geopolitica-global-e-integracion-latinoamericana. (consultado el 9/6/2020).

Saborido, P (2020) Una historia del Conurbano. Buenos Aires. Argentina. Editorial Planeta.

Saborido, P. (2020), Red social Twiter, 26 de junio 2020.

Scalabrini Ortiz, R. (1957) Política británica en el Rio de la Plata. Buenos Aires.

Argentina. Plus ultra.

Svampa, M., Viale, E. (2020). El colapso ecológico ya llego. Una brújula para dejar atrás el (mal) desarrollo. Buenos Aires. Argentina. Ediciones Siglo XXI. Ugarte, M. (1933). El dolor de escribir. Madrid. España. Compañía Iberoamericana de publicaciones.

Vilas, C. (2000). "Pandemia, globalización y peronismo" en Revista Movimiento, Buenos Aires. Argentina. Disponible en http://www.revistamovimiento.com/politicas/pandemia-globalizacion-y-peronismo/ (consultado el 9/8/2020).

Zanatta, L. (2010). Historia de América Latina. Buenos Aires. Argentina. Ediciones Siglo XXI.

Zizek, S. (2020). "Coronavirus es un golpe al capitalismo al estilo de 'Kill Bill' y podría conducir a la reinvención del comunismo", en Russia Today, 27 de febrero, disponible en: http://www.relats.org/documentos/FTLecturas.Zizek.abril.pdf (consultado el 16/9/2020).

(2020b). "Obediencia, confianza y Comunidad Organizada: tres posibles soluciones frente al Coronavirus, tres elementos ajenos para la Civilización Occidental Progresista y Liberal del Atlántico Norte" en Revista Movimiento. Buenos Aires. Argentina. Editorial Arkhos Número 21, marzo, disponible en: http://www.revistamovimiento.com/opinion/obediencia-confianza-y-comunidad-organizada/ (consultado el 3/6/2020).

(2020c) "Slavoj Zizek y el Coronavirus (... y otros hombres sin historia, sin tiempo y sin memoria)", en Revista Viento Sur, Año VIII, Remedios de Escalada. Lanús. Buenos Aires. Número 21, Mayo, disponible en http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/slavoj-zizek-y-el-coronavirus/ (consultado el

9/6/2020).

https://www.clarin.com/cultura/siglo-xxi-combate-edad-media-coronavirus-historia-pandemias_0_Rp6pb_8rn.html (consultado 6/4/2020).

https://www.pagina12.com.ar/261769-quienes-son-los-que-firmaron-contra-la-intervencion-del-esta (consultado 6/4/2020).

https://www.lanacion.com.ar/politica/juan-jose-sebreli-cuarentena-promuevo-algo-perfectamente-nid2370684/ (consultado 5/6/2020).

https://www.infobae.com/cultura/2020/05/25/pandemia-moderna-y-piedad-antigua-que-nos-devuelvan-la-milenaria-humanidad-con-nuestros-enfermos-y-muertos/ (consultado 15/6/2020).

DE LAS TRAMAS INVISIBLES DEL CUIDADO, AL CUIDADO COMO ACTO POLÍTICO

MARÍA J. LUZURIAGA - MARINA G. ZUNINO

"Parate en una guardia 10 minutos y te das cuenta lo político que es la salud. (…) muy rápido te das cuenta de que hay un universo de cuestiones que llegan porque la salud biológica es un detonante para la asistencia. Pero todos son "pacientes sociales" para mi todos están intervenidos por una cuestión social y hace que muy rápido uno tenga la posibilidad de comprender su trabajo como profesional de la salud, pero también como agente político"
(Entrevista 3).

La pandemia del COVID-19 puso en cuestión innumerables aspectos de la vida social, entre ellos diversas prácticas y sentidos vinculados con la gestión del cuidado[1], principalmente del cuidado en los sistemas de salud. El rol de la enfermería cobró particular interés entre esos cuestionamientos, por ser la profesión que concentra las tareas de cuidado en el campo de la salud. Sin embargo, nuestra sociedad tiene todavía un amplio camino por recorrer para valorar la importancia de esta profesión.

Vinculada al orden de la vocación, la tarea de cuidado ha sido históricamente desvalorizada, lo que ha dificultado que la enfermería pueda ser reconocida plenamente en el ámbito profesional (Aspiazu, 2017). Si puede rescatarse algún aspecto positivo de esta pandemia, es el hecho de hacer visible la complejidad y la relevancia de esta tarea, así como denunciar fuertemente la precariedad y la desvalorización de dicha categoría profesional, tanto por parte del Estado como por parte de la sociedad.

El cuidado en salud tiene un alto potencial: por una parte, porque

[1] Como destaca Ramacciotti en relación a las tareas de cuidado, "los aportes de la Economía Feminista han demostrado cómo aquellas tareas que permiten la reproducción cotidiana y son presentadas de manera "natural", como propias de la naturaleza de las mujeres y que sostienen la dinámica familiar, resultan de un trabajo no pago y además permiten sostener la dinámica del capitalismo (...) La visibilidad de las tareas solo se percibe cuando no se realizan, de lo contrario se normalizan, pierden valor y por lo tanto son pasibles de no ser remuneradas" (2020, p.1).

supone la construcción de un vínculo con las y los sujetos de cuidado[2] y, por otra parte, porque su práctica cotidiana está fuertemente relacionada con el trabajo comunitario. Esta práctica otorga a quienes la ejercen la capacidad de acrecentar la experiencia y contar con conocimientos que les permiten identificar las problemáticas sociales y los recursos disponibles en la comunidad en la que trabajan. Tanto en el campo clínico como en el comunitario el intercambio entre las/los trabajadores de la salud y las/los sujetos de cuidado posibilitan la construcción de prácticas dirigidas a hacer efectivos ciertos derechos. En este sentido, sostenemos que el cuidado en el campo de la salud tiene la capacidad de contribuir a la construcción de sujetos capaces de ser parte de procesos colectivos y transformadores de su realidad, es decir, de aportar a la construcción de sujetos políticos.

En otras palabras, es desde el vínculo generado a partir del cuidado como una relación fuertemente legitimadora de derechos y como una instancia política ciudadana, que entendemos que el trabajo en salud tiene el potencial de cuestionar las prácticas que reproducen desigualdades sociales a diferentes niveles de clase, de género, y de otras subordinaciones[3]. Es el potencial que podría producir un movimiento que promueva prácticas orientadas a la ampliación de derechos y al involucramiento de diversos actores sociales, a partir de un discurso aglutinador como es el derecho a la salud. Son discursos y

[2] El sujeto es entendido tal como fue conceptualizado en el informe final del proyecto Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, 2018-2019: como un "Sujeto histórico, ético e independiente. Sujeto-Individuo, sujeto-familias y sujeto-comunidades. Portador de derechos y necesidades sociales, políticas, psicológicas, culturales, económicas e ideológicas determinados-condicionados histórica y socialmente. Es decir, desde nuestra concepción, la persona es un sujeto con necesidades construidas socioculturalmente" (p.12). A su vez, el cuidado de enfermería se conceptualiza en este informe como: "(...) la acción humana de profesionales de enfermería, que promueve la vida de las personas, desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social, como una totalidad en la que se incluye el conflicto y entendiendo que el proceso de vivir deviene en destructividad o en protección. (...)." En síntesis, el cuidado se dirige "(…) al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes ambientales, sociales y económicos de la salud, respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticas, psicológicas, culturales, económicas, éticas y culturales" (p.13) (Universidad Nacional de Lanús, 2020).

[3] Breilh nos advierte sobre la relevancia de distinguir las categorías de desigualdad e inequidad. "La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos, para cuya adecuada comprensión es necesario desentrañar la iniquidad que la produce. La desigualdad es una injusticia o iniquidad (i.e. con i) en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad (i.e. con e) es la falta de equidad, es decir, la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparo humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad (1999, p.135).

prácticas dirigidas a lo que Mouffe (1996) denomina una *ciudadanía democrática radical*, es decir:

> ...una identificación colectiva entre las exigencias democráticas que encuentra en una variedad de movimientos (mujeres, trabajadorxs, ecologistas, etc.) y apunta a la construcción de un "nosotros", que no es una mera alianza de intereses dados, sino que busca modificar realmente la identidad misma de estas fuerzas. (1996, p. 74)

A propósito de la propuesta de Mouffe, entendemos que el espacio del cuidado tiene la potencialidad para producir ese tipo de nuevas identidades colectivas. Y es en este sentido que recuperamos también la propuesta de Guzardi y Pinheiro (citado en Pinheiro y Burg Ceccim, 2009) para pensar espacios potenciales de construcción de un nuevo nosotros:

> ...(...) la transformación de los espacios públicos en "lugares de encuentro", presencia de personas que cuidan de sí y de los otros, que pueden engendrar nuevas prácticas cotidianas en los servicios de salud, haciendo que sus estructuras se tornen permeables a las innovaciones –entre ellas nuevas actividades de salud, resultantes de los lazos sociales generados por la reciprocidad. Se crea otra referencia pública, que permite pensar el cuidado como política, modificando las relaciones entre sociedad civil y Estado. (p.43)

Concebir la politización de las prácticas del cuidado para pensarlas como prácticas transformadoras y capaces de generar nuevas subjetividades colectivas que constituyan un "nosotros" nos conduce a su vez a la idea de interdependencia. La interdependencia da cuenta de que somos parte de múltiples determinaciones. Butler recupera el carácter intrínsecamente interdependiente de las/los sujetos:

> …si aceptamos que parte de lo que es un cuerpo (y esto es por el momento una declaración ontológica) es su dependencia de otros cuerpos y redes de apoyo, entonces estamos sugiriendo que no es del todo correcto concebir los cuerpos individuales como completamente distinto unos de otros. Por supuesto, tampoco es que estén fusionados en una especie de cuerpo social amorfo, pero si no podemos conceptualizar fácilmente el significado político del cuerpo humano sin entender esas relaciones en las que vive y se desarrolla, no conseguimos el mejor escenario posible para los diversos fines políticos que buscamos alcanzar. (Butler, 2014, s/n.)

La interdependencia es entonces una categoría central dentro del campo de la salud. Su reconocimiento es esencial para que las subjetividades colectivas que se constituyan en un nuevo "nosotros" puedan expresar sus demandas diversas y que éstas puedan ser visibilizadas y atendidas por el conjunto social.

Otra dimensión que nos resulta central para enmarcar el presente

análisis es la dimensión histórico-política de nuestro país. Consideramos recuperar lo histórico desde una perspectiva gramsciana, esto es: no como una acumulación cronológica de acontecimientos,sino como aquella parte del pasado que se integra activamente en el presente afectándolo, pero sin determinarlo (Calello y Neuhaus, 2000). Y así también entendemos que toda práctica social se inscribe en la historia de luchas que la antecedieron. En este sentido cabe recuperar también la revisión de Biagini (2009) en referencia a los movimientos sociales en la Argentina:

> Rastreando las continuidades históricas presentes en las diversas formas de lucha en la sociedad argentina, Di Marco et al. (2003a) sostienen la existencia de un hilo conductor que vincula al movimiento de derechos humanos, especialmente Madres y Abuelas de Plaza de Mayo, los movimientos por la defensa de la educación pública, las marchas del silencio, las "puebladas" las resistencias sociales al modelo neoliberal, tanto las iniciales, vinculadas a su propia instalación, como las de segunda fase, relacionadas con las consecuencias de su instalación. Asimismo, (...) F. Schuster (2005) recuerda el significado "oblicuo" de los movimientos sociales: no solo son entendibles como movimientos de demandas, sino como lugares de constitución de nuevas subjetividades y experiencias (Biagini, 2009, p. 264).

En concordancia con estas ideas, desde la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva, se considera a la práctica de salud como una práctica social que no está libre de determinaciones sociales, económicas, políticas e ideológicas que componen la totalidad social. Es lo que remarca Arouca -uno de los referentes del movimiento sanitario brasileño- cuando nos propone "el desarrollo de una práctica política y de una práctica teórica que posibilita el enfrentamiento a la cuestión sanitaria" (Paim, 2018, p.116).

En síntesis, el presente capítulo parte de varios supuestos: el de entender el cuidado como una construcción vincular, a la enfermería como una práctica social y política y a la salud como un derecho que -a partir de su ejercicio- hace posible la lucha por otros derechos.

Dividimos el análisis en tres ejes, que definimos a partir de los principales planteos que estructuran el capítulo: el primero enfocado en las particularidades del cuidado en salud; el segundo centrado en lo institucional/normativo y su relación con el cuidado en salud; y el tercero dirigido a reflexionar sobre las condiciones de posibilidad de las prácticas de cuidado en enfermería para llevar a cabo acciones transformadoras desencadenadas a partir de la particular coyuntura de la pandemia.

El desarrollo del primer eje de análisis está atravesado por los siguientes interrogantes: ¿La acción de cuidar tanto en el campo clínico como en el comunitario puede ser un hecho político? ¿Qué aspectos de la especificidad del rol y de las prácticas de la enfermería podrían accionar prácticas sociales/políticas que trasciendan las problemáticas individuales? ¿En qué medida las prácticas de cuidado pueden ser condición de posibilidad para accionar derechos; ¿derechos no solo circunscriptos al ámbito de la salud sino más amplios, vinculados a las condiciones sociales que influyen en la salud? ¿Cómo puede contribuir la enfermería, a partir del vínculo establecido en la gestión del cuidado, a potenciar la construcción de sujetos políticos capaces de llevar adelante proyectos transformadores?

Al abordar el segundo eje de análisis –referido a la influencia de lo institucional/normativo sobre las prácticas de cuidado- reflexionaremos acerca de cuestiones como las siguientes: ¿En qué sentido la gestión del cuidado está condicionada por lo normativo y qué de lo normativo puede modificar las

prácticas del cuidado? ¿En qué sentido las lógicas institucionales pueden ser limitantes para accionar/promover prácticas políticas y procesos colectivos transformadores?

Por último, nuestro análisis se centrará en las condiciones de posibilidad que abre la irrupción de la pandemia para cuestionar las prácticas hegemónicas en el campo de la salud. En este punto nos preguntamos si es posible pensar la enfermería como discurso y práctica política transformadora o al menos si existe la posibilidad de cuestionar el discurso y las prácticas biologicistas en la gestión del cuidado. También nos interesa pensar en qué medida esta transformación se constituye en un modo de resistencia o un modo de revertir las condiciones hegemónicas de concebir y ejercer las prácticas de cuidado.

En consecuencia, el capítulo está organizado en tres apartados. En el primero *-El cuidado y la Enfermería: experiencias y prácticas posibles para un cuidado integral-* realizamos un análisis del término *cuidado,* distinguiendo [su sentido en] el campo clínico y el comunitario, e incluimos luego la perspectiva de la integralidad. En el segundo apartado -Lo que la pandemia viene a visibilizar, a denunciar y a gritar- describimos algunos de los aspectos que hacen a las condiciones de trabajo de la enfermería, con el objetivo de reflexionar sobre las posibilidades y los obstáculos propios de esta profesión que facilitan o dificultan una transformación de las prácticas como motor de cambio, no solo en el propio estatus profesional sino también en el sistema de salud en su conjunto. En el tercer apartado -La Enfermería y el espacio de acción política- nos propusimos recuperar algunas reflexiones en torno a lo político con el objetivo de analizar la gestión del cuidado como espacio de acción política y de construcción de sujetos colectivos. Es decir, de sujetos con capacidad para potenciar la construcción de

un proyecto político de salud. Finalmente, en el cierre proponemos una reflexión sobre los desafíos para pensar el cuidado en salud en tanto práctica política.

Las ideas que se despliegan en este capítulo -que busca ser un texto polifónico- están nutridas por voces entrelazadas de diferentes autores –referentes teóricos- y de enfermeras y enfermeros que hemos entrevistado con la intención de darles la palabra. Porque consideramos crucial escuchar la voz de quienes ejercen la profesión.

1. EL CUIDADO Y LA ENFERMERÍA: EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS POSIBLES PARA UN CUIDADO INTEGRAL

El cuidado puede referirse a un amplio espectro de prácticas de nuestras vidas, pero a los fines de nuestro análisis nos ocupamos de aquellas que son propias del campo de la salud. Abordaremos la cuestión desde un enfoque cultural occidental, dado que es nuestra mirada, pero esto no implica desconocer otras miradas. Conviven en nuestra región y en nuestro país diversas culturas y cosmovisiones y esas diversas prácticas de cuidado en salud no sólo coexisten, sino que se entrecruzan y se entrelazan. Tenemos que aceptar que esa convivencia no es armónica. Como señala Menéndez (1994), la medicina denominada científica -para contraponerse a otras formas de conocimiento popular- constituye una de los modelos institucionalizados de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. Pero existen otras formas de atender padecimientos que tienen carácter de "instituciones", ya que todas ellas instituyen una determinada manera de pensar e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre las/los enfermos.

Las medicinas que devinieron hegemónicas

> (…) al interior de diferentes sistemas culturales (medicina mandarina, medicina ayurvédica, medicina alopática), no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad. (Menéndez, 1994, pp. 72)

La medicina occidental alopática o biomedicina.

> …tiende continuamente a expandirse directa e indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares; no sólo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, lo que supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica. (Menéndez, 1994, p.80)

La expresión de esta hegemonía se observa por ejemplo cuando hablamos de "terapias alternativas" (para referirnos a todas aquellas medicinas no alopáticas) en lugar de "complementarias" y cuando despreciamos a las medicinas de los pueblos originarios que, tal como explica Santisteban (2020),

lejos de ser meras creencias, implican una lógica de relaciones muy profundas y complejas. Este carácter de hegemonía/subalternidad lógicamente lo expresamos no solo en nuestros discursos sino también en nuestras prácticas.

Al sistema de salud occidental recurren en búsqueda de cuidado sujetos de múltiples culturas y diversidades. ¿Estamos capacitados para reconocerlos/las? ¿para recibirlos/las, respetarlos/las y cuidarlas/los?, ¿podemos comunicarnos para entender los abordajes y necesidades de todos las/los que recurren al sistema?, ¿podremos revertir nuestra mirada simplista hacia las medicinas de los diversos pueblos originarios? Muchas son las preguntas que aún debemos hacernos para evitar el racismo epistémico[4] y para movernos hacia una ecología de saberes[5].

En este libro, entendemos al cuidado tal como fuera conceptualizado en el proyecto *Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, 2018-2019"*: como diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción y dirigido al buen vivir y al bienestar de los sujetos, considerando la interacción con condiciones ambientales, sociales, psicológicas, espirituales y económicas de la salud (6)[6] ¿Podremos reflejar esta

[4] El racismo epistemológico se refiere a la tradición de pensamiento occidental representado como superior de tal modo que todo conocimiento que provenga de epistemologías y cosmologías no-occidentales es considerado como inferior. La ciencia moderna anclada en el dualismo cartesiano entre cuerpo y mente, mente y naturaleza como dos substancias aparte, se representa como capaz de producir conocimiento fuera de toda determinación espacial y corporal y, por tanto, como capaz de producir un conocimiento no-situado, neutral y objetivo entendido como verdadero para todos en el universo. Tal como señala Grosfoguel en la entrevista que le realizaron Montes Montoya y Busso (2012): "Este reclamo de objetividad y neutralidad es fundamental para el encubrimiento epistemológico que ejercen las ciencias occidentales de la geo-política y la corpo-política del conocimiento (…). Esta arrogancia y su derivado racismo epistemológico se sigue reproduciendo aun entre pensadores que se declaran críticos del cartesianismo" (p. 4).

[5] "El colonialismo, además de todas las dominaciones por las que es conocido, también ha sido una dominación epistemológica, una relación extremadamente desigual entre saberes que ha conducido a la supresión de muchas formas de saber propias de los pueblos y naciones colonizados, relegando muchos otros a un espacio de subalternidad" (Sousa Santos y Meneses, 2014, p.5). En la alternativa propuesta como las "epistemologías del Sur" se buscan intervenciones epistemológicas que denuncien la supresión de saberes llevada a cabo durante los dos últimos siglos por la norma epistemológica dominante, se busca valorar los saberes que resistieron con éxito y las reflexiones que han producido y se busca investigar las condiciones de un diálogo horizontal entre conocimientos. Dicho diálogo se denomina "ecología de saberes". "Es una ecología porque está basada en el reconocimiento de la pluralidad de conocimientos heterogéneos –uno de ellos es la ciencia moderna– y en las interconexiones continuas y dinámicas entre ellos sin comprometer su autonomía. La ecología de saberes se fundamenta en la idea de que el conocimiento es inter conocimiento (Sousa Santos y Meneses, 2014).

[6] Además, sostienen que existe también una concepción sintética del concepto. Estas versiones están asociadas con diferentes influencias intelectuales, tales como: el sumak kawsay, el suma qamaña y el allin kawsay; la cosmovisión andina; el desarrollo con identidad; la teoría de la reciprocidad; el pos desarrollo; la teología de la liberación; la

conceptualización en nuestras prácticas?, ¿podrán ellas guiarnos hacia una ecología de saberes? Pretendemos que estas preguntas -que no serán respondidas en su totalidad en este capítulo- sean orientadoras de nuestro análisis, junto a las mencionadas en la introducción.

En este punto del capítulo buscamos destacar aspectos que consideramos centrales en las prácticas de cuidado, así como algunas de las particularidades que respecto al cuidado presenta la Enfermería dentro del equipo de salud. Como mencionamos al inicio, el cuidado cuenta con la potencia involucrada en la construcción del vínculo que se establece con las/los sujetos de cuidado. Son las/los enfermeras/os quienes, por las prácticas que realizan, establecen vínculos más cercanos con las/los sujetos de cuidado.

1.1 CAMPO CLÍNICO

Quienes hemos pasado por algún servicio de salud sabemos que el contacto del personal de salud con un sujeto de cuidado no implica únicamente aspectos técnicos y de contenido biológico-médico, sino también una relación, por mínima que sea, que se establece entre las personas.

Es así que atender no es cuidar. En su extensa revisión de bibliografía científica latinoamericana, Michalewicz y col. (2014) sintetizan los diversos sentidos con que suelen ser usados estos dos términos. Los autores señalan que, aunque muchas veces los utilizamos como sinónimos, generalmente la atención se centra en el aspecto técnico-protocolar del cuidado en tareas de asistencia como la higiene, la curación de heridas, el relevamiento de signos vitales, la administración de medicamentos, entre muchos otros. Tal como generalmente lo usamos, el concepto de atención puede enmarcarse en la lógica de la

teoría de la dependencia; la teoría de la colonialidad; el desarrollo sostenible; la teoría del sistema mundial; el desarrollo humano; el desarrollo endógeno; el eco socialismo; el socialismo del siglo XXI; la justicia social; la economía de la felicidad; la economía de los bienes relacionales; la economía social y solidaria; el feminismo intercultural; el feminismo de los cuidados; el eco feminismo; la economía de autosuficiencia; la economía comunitaria; la economía descalza y a escala humana; la economía budista; el posextractivismo; el decrecimiento; la ecología profunda; y la teoría de la convivialidad (Fortunato, 2019).

medicalización y del riesgo, en la que las/los sujetos patologizados, reducidos a su condición biológica, son castigados por no haberse cuidado, son estigmatizados por llevar un estilo de vida considerado inapropiado, por no consumir la medicación indicada, etc., etc. El cuidado, en cambio, se conceptualiza en torno a la salud y a la enfermedad como fenómenos sociales, entendiendo que el estilo de vida es resultante de las complejas dimensiones que constituyen la/el sujeto. Comprender esta conceptualización implica superar los reduccionismos, -sobre todo el biologicista en el que se ancla la biomedicina- y abrirse a una nueva escucha de valoración del padecimiento de una/o otra/o diversa/o.

La idea de una cultura separada de la biología y de la naturaleza (que se instala en la época moderna) fue ya refutada por la antropología, ciencia que reconoce que no existió homo sapiens sin cultura. Es falsa entonces la idea de una primera evolución biológica y una evolución cultural posterior, somos una unidad inseparable tan biológica como cultural (Geertz, 1973). A partir de dicha separación muchas veces necesaria para el análisis, las ciencias modernas han alcanzado un reduccionismo extremo. En el caso de la biomedicina, el reduccionismo biologicista conceptualiza y trata la salud y la enfermedad como si pudieran producirse de manera separada de la cultura en la que ocurren. En el marco de este reduccionismo, las personas que acceden al sistema de salud, pierden su calidad de sujetos, se transformaron en objetos de estudio de la medicina a semejanza de los objetos de las ciencias naturales y no de las sociales. A estos "objetos" hay que analizarlos, diagnosticarlos y tratarlos según su patología, su genética, su fisiología. Pero resulta que el diagnóstico no es ni más ni menos que una herramienta teórica.

Como todo conocimiento científico, esta herramienta de criterios

diagnósticos se va modificando a lo largo de la historia. Como bien explica Stolkiner en la entrevista que le realizaron Bersi y Melnistzky, el diagnóstico es una herramienta que nos sirve para trabajar sobre una problemática que presenta una persona. Pero para un diagnóstico integral y para una estrategia de tratamiento y de pronóstico.

> se necesita mucho más, se necesita lo situacional, el diagnóstico de potencialidades, de singularidades, de contexto vital, etc. La enfermedad solamente es comprensible como proceso de salud/enfermedad/atención-cuidado, no es reducible a uno de los factores de ese proceso, no es individualizable sin considerar el contexto y la persona tiene muchas más facetas y singularidades que las regularidades sintomáticas que permiten encuadrarla. (2019, s/n.)

Resaltar esta cuestión no implica desconocer los logros de la biomedicina, pero sí rescatar la necesidad de mantener una mirada crítica sobre ella: es imprescindible reconocer que no somos cuerpos aislados de un contexto social, así como tener en cuenta la diversidad de subjetividades, estilos y modos de vida, de prácticas de autocuidado y cuidado para poder modificar las miradas estigmatizadoras sobre los diferentes estilos de vida de las/los sujetos.

Una consecuencia de la visión biologicista es que la atención supone además una relación vertical y asimétrica y no da lugar a la participación de la/el sujeto de cuidado (Michalewicz y col., 2014). El cuidado, en cambio, implica un vínculo afectivo, implica que se establezca con la/el sujeto de cuidado una

relación de pares, en la cual el sujeto que tiene el problema de salud es escuchado con respeto y comprensión. Se trata de entender y de abordar su problema en una búsqueda conjunta. El cuidado aspira entonces a relaciones horizontales, simétricas y participativas entre el/la trabajador/a de salud y la/el sujeto de cuidado.

Es así que los cuidados son realizados a partir de una vinculación emocional con la/el sujeto de cuidado. Un vínculo que implica el reconocimiento de que ese sujeto no es un conjunto de órganos que deben ser monitoreados, sino que es una persona, con historia, con experiencia de vida, con sentimientos, deseos y derechos (Michalewicz y col., 2014). Es, además, una persona que está transitando una experiencia si no traumática, preocupante. Y es precisamente por eso que accede al sistema de salud, para buscar cuidado.

Dentro del equipo de salud, la enfermería es la profesión que parece permitirse con mayor frecuencia y amplitud esa vinculación emocional. Las prácticas de la/el enfermera/o implican, además de las tareas concretas de asistencia, una actividad implícita de vinculación emocional con el/la paciente que, aunque central, es poco o nada valorada por las instituciones de salud (Michalewicz y col., 2014, p. 219) y muchas veces tampoco por la sociedad.

Para explicar la práctica del cuidado, consideramos pertinente recuperar las experiencias y los relatos de enfermeras y enfermeros con quienes pudimos conversar ya que compartimos el espacio de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús. Entre las cuestiones indagadas, incluimos una referida a las capacidades que las/os entrevistadas/os consideraban más relevantes para llevar adelante los cuidados de enfermería. En este sentido, ellos destacaron lo vincular por sobre lo técnico, lo central de priorizar las necesidades de la/el sujeto de cuidado; la necesidad de pensar lo

singular y no estandarizar los procesos; la formación integral en el abordaje de la salud, una mirada más amplia del proceso salud/enfermedad/cuidado de las personas; la empatía y la tolerancia. En las propias palabras de las y los entrevistados recuperamos los siguientes trechos de las entrevistas que enfatizan estas ideas:

> *"La gestión de cuidados es la competencia más importante pero que no se tiene que reducir a la gestión de cuidados en el plano asistencial" (Entrevista 3).*
>
> *"... en función de lo que necesita la persona que cuidás es lo que tenés que hacer. Prestar atención, escuchar y después todo lo demás…" (Entrevista 5).*
>
> *[El cuidado] "Tiene momentos muy lindos y momentos muy trágicos también. Como profesional se puede facilitar que ese sea un momento positivo o que ese momento sea un infierno. Si se acompaña uno puede hacer un microclima para que la persona no sufra en soledad" (Entrevista 1).*
>
> *"... me parece que en la cuestión del cuidado lo que a uno le parece menor termina siendo primordial ...; estaba sola en una camilla y viene alguien y me arropa, me cubre, me habla y me reconoce como persona. ...esas cuestiones que son ínfimas creo que son primordiales." (Entrevista 4).*
>
> *"Hay que saber anatomía, fisiología, tratamientos. Estar muy actualizados. Pero también todo lo*

> *que tiene que ver con los aspectos sociales y culturales del cuidado. Porque… para convertirse en cuidador tiene que ir todo esto en un combo. Si no tiene los aspectos sociales y culturales esa práctica no se transforma en una práctica profesional, en una práctica completa." (Entrevista 2).*

Respecto a esto resulta también interesante traer el testimonio de una docente de la Universidad Nacional de Lanús en el marco de las *VI Jornadas de Enfermería 2020* de dicha Universidad que, al describir la especificidad del proceso de cuidado de enfermería, señala: "Nos define nuestra capacidad de integrar la información que obtenemos con lo mejor que puede hacerle al paciente. Debemos poner en debate la fundamentación de lo que tenemos que hacer con lo mejor para el paciente y para la comunidad."

En la misma línea de los relatos citados Malleville y Beliera (2020) a partir de un estudio sobre el lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería destacan que las acciones de enfermería están definidas por la/los propios profesionales como tareas de higiene y confort y a la vez como tareas que implican la contención y la escucha. En ese gesto, se reconoce a la/el sujeto de cuidado "en su totalidad; es decir, no sólo como un cuerpo biológico sino como una persona que tiene emociones y sentimientos" (p.19).

Queda claro entonces que, como señala Ramazziotti (2020), en relación con las tareas de cuidado en general requieren de una profesionalización, de una formación integral con la cual

> *…las/los trabajadores del cuidado desempeñen actividades que contribuyan a la salud, la seguridad física, y*

> *al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas (…). Típicamente, estas ocupaciones incluyen docentes de todos los niveles, terapeutas, médicas/os y enfermeras/os, y se concentran en el sector salud y en el de educación. (Ramazziotti, 2020, p. 4)*

Al entender el cuidado como mucho más que lo técnico, se abre un abanico de preguntas que invitan a nuevas reflexiones. Sin la pretensión de responderlas rescatamos algunas ideas de diferentes autores que sentimos nos marcan un rumbo:

¿Es posible cuidar sin un necesario "alejamiento" de la/el cuidador hacia la/el sujeto de cuidado? Pensamos que el aprendizaje de ciertas herramientas de lo que la psicología social denomina distancia óptima o el psicoanálisis llama espacio transferencial permitiría que los profesionales de la salud con formación tradicionalmente biomédica puedan prescindir del escudo técnico-biologicista que los protege de ser inundados por el padecimiento de la/el sujeto que estén cuidando. Sin duda el cuidado debería ser parte del proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de las/los profesionales de la salud. El campo de la salud mental puede aportar conocimientos en este sentido, de tal modo que las/los profesionales se apropien herramientas del cuidado, y que las/los profesionales puedan también cuidarse y ser cuidados/as, enfermería las tiene, y en el caso de la carrera en la Universidad Nacional de Lanús (UnLa), se las trabaja en el espacio de enfermería en salud mental.

¿Es posible cuidar considerando la diversidad? Como señala Moria Pérez (2019):

> *La salud y sus estándares no son universalizables; deben considerarse desde cada subjetividad y atendiendo factores tales como la clase, la edad, la funcionalidad, el origen étnico, entre muchos otros. Pensar desde un paradigma de la diversidad implica considerar que es sano y qué no en cada caso particular, en la convergencia del cuerpo, la identidad, el contexto, la historia y el deseo de cada sujeto. (p.44)*

Este abordaje implica necesariamente estrategias colectivas ¿Podremos lograr cuidados realmente interdisciplinarios? De acuerdo con García (1994), entendemos la interdisciplina como la posibilidad de crear un espacio para la comprensión de las problemáticas desde sus distintos contextos explicativos y sus actores individuales y/o colectivos. Se requiere también, para que el abordaje sea realmente interdisciplinario, que los problemas sean abordados entre las disciplinas y no en ellas. Tópico al que apuntamos, tanto en enfermería en Salud Comunitaria como en enfermería en Salud Mental, y casi con seguridad, también en otras asignaturas; con líneas hacia la transdisciplina. En ese sentido podríamos considerar a la UnLa. y su plan de estudios como innovadores dentro de la formación enfermera.

¿Será posible el encuentro entre subjetividades? Muchas veces las estrategias de cuidado necesitan del encuentro entre subjetividades para alcanzar un consenso entre las necesidades de la/el sujeto de cuidado y las prácticas de la/el cuidador.

Para cerrar seleccionamos una idea de Merhy recuperada por Pinheiro y Burg Ceccim (2009), que sintetiza los principales aspectos del cuidado que nos

permiten pensar en una práctica capaz de cuestionar los elementos más reduccionistas y hegemónicos vigentes en el sistema de salud:

> el desarrollo de las relaciones/interacciones/ prácticas sociales (tecnologías leves) es un medio para restablecer el reencuentro, y para acoger, respetar y cuidar al otro, teniendo en el otro la propia medida. Así las prácticas de cuidado pueden ser concebidas no como acto biologicista sino como práctica social, en interacción, en recreación permanente. El cuidado requiere la comprensión de la coexistencia entre saberes científicos y populares, requiere de tácticas de producción de la alteridad y de la comunicación por medio de relaciones de reciprocidad. (p. 42)

1.2 CAMPO COMUNITARIO

La enfermería no solo actúa en el campo clínico, sino que tiene una práctica importante en el espacio comunitario. El plan de Estudios de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús (2017), refleja un posicionamiento claro respecto al lugar de lo comunitario en la formación. Podemos citar como ejemplo el punto referido al perfil del egresado:

> El enfermero/a desarrolla sus capacidades como persona que ha adquirido competencia humanística, política y técnica, para brindar cuidados integrales, en instituciones hospitalarias y comunitarias, en los niveles de complejidad

> mínima e intermedia, mediante una actitud ética y legal dirigida a la persona, familia y comunidad garantizando intervenciones libres de riesgos.
>
> Respeta y promueve la diversidad cultural, la participación social y política con responsabilidad y compromiso ciudadano. (p. 3)

Esta enunciación se sustenta con diversas asignaturas que tienen un claro propósito de desarrollo de herramientas y capacidades específicas para el trabajo en el campo comunitario. Estas asignaturas están estructuradas en dos ejes curriculares de la carrera:

1) La persona dentro del contexto social, cultural, político y sanitario y en el punto 2) el eje se centra en el Cuidado integral de la persona, familia y la comunidad.

En el primer eje se contempla:

> el análisis del contexto social, cultural, político y sanitario en el que se brinda el cuidado a la persona, familia y comunidad, para poder producir condiciones de desarrollo de la salud. Por lo tanto, este eje aparece como categoría de análisis que recurre al tratamiento crítico de los fundamentos que devienen de los saberes de las Ciencias de la Salud y Sociales, poniendo énfasis en la participación con poder de decisión en las acciones de salud de la comunidad para el desarrollo de capacidades de cooperación e integración. (p.5)

En el segundo eje se enfatiza que:

> La situación social de la población, y su incidencia en el cuidado de la salud, hace imprescindible la búsqueda de soluciones concretas que transformen la situación sanitaria trabajando conjuntamente con la persona, familia y comunidad para lograr un mejor nivel de salud. (p. 6)

Estas propuestas formativas junto con otras experiencias y trabajos revisados nos motivan a formular algunas de las preguntas ya mencionadas al inicio del capítulo pero que vale la pena recuperar en este punto para reflexionar sobre aquellas prácticas y saberes profesionales propios del campo comunitario. ¿Qué aspectos de la especificidad del rol y de las prácticas de enfermería en el sistema de salud podrían accionar prácticas sociales que trascienden las problemáticas individuales? ¿En qué medida las prácticas de cuidado pueden ser condición de posibilidad para accionar otros derechos por fuera del ámbito específico de la salud, pero no obstante vinculados a las condiciones sociales que influyen en la salud?

Un aporte interesante para pensar lo comunitario lo identificamos en el campo de la salud mental que define a la comunidad no sólo como un espacio geográfico, sino, y por sobre todo, como una red de vínculos en la que se construye y desarrolla el sujeto (Elvira, 2020).

En la misma línea de búsqueda por delimitar aquello que entendemos por lo comunitario en el campo de la salud también recuperamos la reflexión de Moira Pérez (2019) que, si bien no hace referencia a lo comunitario, sí nos propone pensar lo social sobre la base de la vulnerabilidad y la interdependencia

como lo constitutivo del ser humano y en oposición al individualismo: "la idea de que todos los seres humanos somos inherentemente precarios no solo pone en cuestión la ontología del individualismo, sino que también conlleva una serie de consecuencias normativas: debemos asumir nuestra responsabilidad en minimizar tal precariedad" (Pérez, p. 47).

A su vez Pérez recupera el planteo de Butler acerca de que, en la medida en que el cuerpo es un fenómeno social, está expuesto a otras/os y por lo tanto es vulnerable por definición. "¿Estamos dispuestos a reconocer la propia vulnerabilidad y la de quienes nos rodean?" (p.47).

En un intento por precisar las prácticas orientadas a lo comunitario, rastreamos en las entrevistas realizadas a las y los enfermeras/os, ejemplos que muestran lo inescindible de la práctica de enfermería con lo comunitario y al mismo tiempo la concepción del cuidado como un acto político. Aspectos que, como fuera mencionado, aparecen explícitamente en el plan de estudios de la carrera.

Identificamos en las entrevistas, con respecto al nexo de lo inescindible del cuidado en enfermería con el campo comunitario, la necesidad del trabajo interdisciplinario y el uso de múltiples estrategias y acciones por fuera del campo estrictamente biomédico para garantizar el derecho a la salud:

> "La mayoría de las personas se mueren en este mundo porque tienen problemas bastante comunes y corrientes, conocidos por las ciencias e identificados por la medicina hace muchísimos años y que están sujetos a condiciones de vida, a indicadores sociales de salud específicos y que el campo de la salud no ha podido resolver

porque no es un problema nuestro *únicamente. Si dejamos de lado las perspectivas de las ciencias sociales es una mezcla entre ser un incompetente y ser un ególatra y no puede salir bien" (Entrevista 3).*

"La gestión de cuidados es la competencia más importante pero que no se tiene que reducir a la gestión de cuidados en el plano asistencial. Y en eso me parece que los profesionales de enfermería por su formación integral en el abordaje de la salud más que el de propiamente la enfermedad tenemos muchos espacios para recuperar, sobre todo en el campo de la salud comunitaria, (…)" (Entrevista 3).

"…dentro de los cuidados profesionales están los cuidados comunitarios, … sin abandonar los llamados "médicos", … [el] territorio de la cotidianeidad y de la vida familiar es el lugar donde es más infinita la posibilidad de trabajo. … Como enfermera podés trabajar para organizar una cooperativa que solucione… Hacemos en realidad todo lo que hace un trabajador social más estos cuidados específicos de la salud… todo lo que hace el trabajo social con las leyes, con las cuestiones de la seguridad social, con la vida ciudadana de las personas, con la salud que está vinculada con las cuestiones ambientales; y lo digo porque es lo que hacemos" (Entrevista 5).

Pero creo que sí fue en el campo comunitario donde sentí que esa idea que yo tenía y sigo teniendo, que las profesiones deben trabajar de manera interdisciplinaria, que

no debe haber vedetismo, que todo confluye en las personas, en las familias. Y ahí es donde yo realmente me sentí que pude cumplir ese sueño de trabajar en la gestión comunitaria como enfermera, trabajar interdisciplinariamente y eso a mí me gratificó, me sentí reconocida como enfermera. Más allá de tener que aguantar el "ay pareces psicóloga, pareces trabajadora social" (Entrevista 4).

Se daba, en el contexto de macrismo como gobierno, el faltante de medicamentos en los jubilados, entonces como estudiantes salimos a hablar con la comunidad, organizamos "puntos saludables" en plazas y estaciones de trenes, nos preguntamos ¿Cómo hacemos para estar cerca de los barrios donde no llega toda esa red sanitaria o ese acompañamiento por parte del sistema de salud? Creíamos firmemente que esas redes de salud teníamos que arraigarlas, para garantizar un derecho. Creo que tenemos que, como estudiantes, que aportar y salir transformados, la calle y el barrio transforman, no hay dudas…" (Entrevista 1)

"Una docente muy querida, de la materia "Salud Comunitaria" nos decía (…): Uds. tienen q estar en el barrio, ahí van a aprender a laburar" (Entrevista 1)

La vinculación del cuidado con lo comunitario y lo político también se hizo explícita en varias de las y los entrevistadas/os:

"El primer día cuando llegás a un hospital y se te muere un paciente porque es pobre, vos sabés que estás haciendo política. Cuando llegás y ves un paciente que está muerto hace 7 horas y que nadie lo fue a ver, y que nadie se dio cuenta de que estaba muerto (yo tengo estudiantes que han bañado muertos), vos sabés que estás haciendo política" (Entrevista 3).

"La falta de recursos, de personal, lo quemados, colegas que están sobrecargados de tareas. Una mina que llega al hospital cagada a palos, prendida fuego. Un nene que no comió que es bajo peso. Tardás muy poco en descubrir que la salud tiene una correspondencia con el compromiso político. Porque todo el tiempo llega gente con derechos vulnerados al ámbito asistencial" (Entrevista 3).

"Algo clave es sentir que lo que hacemos es importante, sentir que cuidar a una comunidad es algo importante y por supuesto que es un acto político. La gente nos entrega su cuerpo, su vida, su sentimiento. Nosotros tuvimos que salir de la zona segura, del no cuestionar..." (Entrevista 2).

Por último, desde una mirada más global cabe mencionar que en el ámbito institucional también es posible pensar lo comunitario. En ese sentido Schiappa Pietra (2012) entiende las instituciones de salud de la siguiente manera "(…) las instituciones de salud no solo delimitan espacios que permiten tipos únicos de intercambios (entre dolientes y curadores) sino que con su existencia

habilitan la reproducción de ciertos tratos." (p. 61).

Esta idea planteada por Schiappa Pietra nos resulta interesante para pensar las gestiones del cuidado en el campo comunitario resaltando cómo las instituciones condicionan ciertos tratos y cómo en ellas se producen efectos subjetivos a través de la creación de determinadas clasificaciones como la de "paciente social", mencionada por una de las entrevistadas. Sin duda estas denominaciones repercuten en las gestiones del cuidado en la institución como fuera de la misma.

> *"Trabajamos sobre todo en salud comunitaria. Vos vas a un hospital y no le dan un alta a un paciente y le dicen paciente social. El sistema de salud inventó una categoría para el tipo que no le pasa nada, pero no tiene donde ir a dormir. ¿Qué es un paciente social? Un padeciente de nuestra sociedad que no sabe a dónde irse de alta". (Entrevista 3).*

De lo expuesto hasta este punto en torno al cuidado en el campo comunitario resaltamos la centralidad de una práctica que incorpore las múltiples determinaciones que hacen a las condiciones de vida de las personas, a la capacidad de constituir redes de cuidado, de promover prácticas creativas, transformadoras y en diálogo constante con la realidad sobre la que actúan los equipos de salud. Estas prácticas colectivas con la comunidad bajo ciertas condiciones y con la superación de ciertos obstáculos podrían facilitar la construcción de sujetos políticos.

1.3 EL CUIDADO COMO DISPOSITIVO POLÍTICO PARA PENSAR Y CONSTRUIR LA INTEGRALIDAD EN SALUD

Un último aspecto que consideramos importante para terminar de desarrollar la idea de las prácticas de cuidado como clave para la transformación es el de integralidad. Este concepto es el eje que estructura ambos campos: clínico y comunitario.

Para describir este concepto nos basamos en algunos autores brasileños, que lo desarrollaron como parte de la reforma sanitaria de Brasil; aspectos destacados e importantes.

Por una parte, resaltamos que la integralidad en salud es una noción constitutiva y constituyente de saberes y prácticas que buscan superar las prácticas "centradas en procedimientos con el usuario interpretado como una 'bolsa de órganos' o 'simple territorio' donde evolucionan los cuadros fisiopatológicos, cuyas afecciones son enfrentadas como acontecimientos biológicos (enfermedad como historia natural)". (Pinheiro y Burg Ceccim, 2009, p.27). La integralidad invita a contemplar, como forma de actuación profesional, las dimensiones biológicas, psicológica y social, así como a entrelazar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud (Paim, 2010).

Por otra parte, la integralidad está orientada a garantizar la continuidad de los cuidados en los distintos niveles de complejidad del sistema de servicios de salud y "la articulación de un conjunto de políticas públicas vinculadas a una totalidad de proyectos de cambio que influyan en las condiciones de vida, los determinantes de la salud y los riesgos de enfermedad, a través de la acción intersectorial" (Paim, 2010).

Es así que la integralidad según Paim (2010) es una noción polisémica, que aparece como una categoría genérica capaz de abarcar varias dimensiones del cuidado (acceso, calidad, relaciones interpersonales) e incluso de las personas, como 'autonomía'. Pero también "puede verse como una imagen objetiva o bandera de lucha, como un valor a sostener y defender, como una dimensión de las prácticas y como una actitud hacia las formas de organización del proceso de trabajo" (p. 5).

El alcance de la integralidad en salud depende tanto de la puesta en práctica de esta perspectiva como de la producción de modificaciones en la formación de las/los profesionales. En este sentido volvemos a resaltar la importancia de una formación que incluya aspectos de la comunicación entre las/los cuidadoras/es y las/los sujetos de cuidado, así como de las maneras de establecer el necesario vínculo afectivo entre unos/as y otros/as.

Tal como señalan Pinheiro y Burg Ceccim (2009), en la enseñanza-aprendizaje en salud los aspectos técnicos no pueden estar separados del desarrollo de capacidades relacionales. Más aún: sería óptimo que este aprendizaje contemple prácticas desarrolladas en los escenarios cotidianos (espacios de producción de subjetividad individual, colectiva e institucional). Sintéticamente, una formación que al superar la clásica enseñanza-servicios potencie las capacidades vinculadas a la integralidad, es decir que la formación sea pensada a partir de una lógica que incorpore una concepción integrada de enseñanza-trabajo-ciudadanía (Pinheiro y Burg Ceccim, 2009). Configuración en la que pensamos cuando proponemos al cuidado integral como eje estructural de los campos clínico y comunitario.

La orientación integradora enseñanza-trabajo-ciudadanía supone un entramado entre la enseñanza de la clínica y la enseñanza de la gestión sectorial

(planeamiento, evaluación, auditoría y control social) con una fuerte noción de la producción de sentido orientada a derechos. En otras palabras, una enseñanza y un trabajo en el área de salud orientados hacia la ampliación de la capacidad de pensar un contexto social y cultural que contribuya a la autodeterminación y que amplíe la autonomía y la capacidad de intervención sobre sus propias vidas; tanto de las vidas de las/los sujetos de cuidado como de las/los profesionales de la salud).

La integralidad implica tener en cuenta también que cualquier formación específica en el campo de la salud resulta limitada para dar cuenta de todo el espectro de demandas que presentan las situaciones de padecimiento o sufrimiento por problemas de salud (Pinheiro y Burg Ceccim (2009). Es por eso que la enseñanza del cuidado en salud requiere de enfoques interdisciplinarios y multiprofesionales. Dicen estas/os autores que el cuidado como práctica orientada por la integralidad.

> "…incluye asistir o tratar según los parámetros de acoger y de respetar –esto es dar lugar a las singularidades, comprender las fragilidades y adquirir la presencia correspondiente- y así prestar una atención de salud inscripta en la construcción de la interacción y en prácticas de afirmación de la vida. (…) "O sea, práctica social con producción de efectos y repercusión entre usuarios, profesionales e instituciones, que se traducen en actitudes de sensibilidad, confianza, pertenencia, tratamiento digno, horizontalidad de la atención y continuidad del acompañamiento de la salud". (Pinheiro y Burg Ceccim, 2009, p.38)

Es así que junto a estas/os autoras/es entendemos al cuidado como un dispositivo político de la integralidad, como una manera de disponer de la integralidad (ordenamiento de la atención, de la gestión, de la participación y de la formación) y como una lucha por un modo de ejercer el trabajo en salud (formación y ejercicio de profesionales).

En gran medida las cuestiones planteadas pueden resultar declamaciones de deseo utópico de una formación y una práctica ideales. A fin de que nuestro análisis encuentre referencias empíricas que le den un sentido más específico y realista, recurrimos a las palabras de las y los enfermeras/os que entrevistamos en el marco de este trabajo. En sus palabras claramente su práctica está guiada por la integralidad, lo que denota que hay espacios/instancias posibles para generar cambios en los campos micro y macro. Se esperaría que la integralidad fuera uno de los ejes de toda formación profesional en enfermería, pues también se señalan cuestiones a superar.

Entre las dimensiones que enriquecen el enfoque de la integralidad recuperamos a modo de síntesis las siguientes: las fragilidades y las singularidades, la capacidad de pensar en el contexto social, promover la autonomía, el ejercicio de la horizontalidad, la lucha por un modo de ejercer el trabajo, el desarrollo de competencias relacionales, y un abordaje que promueva la formación centrada en *enseñanza-trabajo-ciudadanía*.

En palabras de uno de los entrevistados, se destaca la idea de una comprensión de las fragilidades y singularidades como claves para el cuidado.

> *"Contextos de muerte constante, tensiones entre vida y muerte, entre abandonos, … [La enfermería] tiene un fuerte componente de poder construir hábitos y también tiene*

un componente de gratificación, cuidar y ver que esos cuidados generan bienestar en otro, es indescriptible. Hay climas específicos muy lindos, en momentos de partos, por ejemplo. Pero también en guardias te toca ver morir niños/as… "Tiene momentos muy lindos y momentos muy trágicos (Entrevista 1).

"Al principio el valor más fuerte que necesitaba ejercer fue la empatía. El desgaste del pasar de los años hace que ya no sea tan empático, sino que tenga que ejercitar la tolerancia frente a situaciones repetitivas. Porque quizá la persona siente que es su enfermedad o su momento de salud (su parto) y uno ya vio 17 en el día entonces en ese momento cómo genero o practico la tolerancia de situaciones que son desgastantes. Esto como principio de la práctica" (Entrevista 1).

Este entrevistado destacó la importancia de los vínculos entre pares para alivianar la intensidad del trabajo, en particular durante la pandemia:

"Y después, el compañerismo entre pares, esa red de contención es muy fuerte en esta pandemia. Desaparecieron en mi lugar de trabajo los conflictos interpersonales misteriosamente. Fue escucharnos, ver cómo estábamos, si te enfermaste, si te recuperaste. La pandemia reivindicó ese tejido y me parece un valor a cuidar y sostener" (Entrevista 1).

En palabras de éste y de otros/as entrevistados/as también se resaltó la práctica del cuidado en tanto capacidad de pensar e intervenir en el contexto social:

> *"¿Qué exige el sistema de salud de sus profesionales? En el caso de la medicina, impone un ritmo maratónico que impide conocer a la persona, impide conocer a la familia, impide manejar el entorno más indirecto de la persona que es sujeto de cuidado. Me parece que eso les pasó a todos –al resto de los profesionales- menos a los enfermeros porque su carga laboral exclusiva es con el otro, es con el paciente y con su entorno y me parece que ese es un lugar privilegiado para la construcción del proceso de salud" (Entrevista 3).*
>
> *"La gestión del cuidado se relaciona más directamente con las tareas de promoción y prevención individual familiar y comunitario/colectivo. El licenciado/a en enfermería es un profesional que puede dirigir la gestión de cuidado en ese sentido. Para el cuidado integral hay que poder hacerlo todo junto. Es muy distintivo de la enfermería…" (Entrevista 3).*
>
> *Entiendo a la enfermería como todo lo que hay que construir.Es un terreno donde uno puede aportar constantemente. Dar y recibir. No solo de la comunidad (en su minoría porque la mayoría es indiferente) sino de la gente con la que trabajás hay un gesto que te hace sentir útil (Entrevista 1).*

Para finalizar este punto seleccionamos las palabras de una entrevistada que subraya la idea de las prácticas del cuidado como política, de que lo político está no solo en la militancia sino también en la interacción con la/el otro, en cómo se cuida; todos aspectos que contienen la idea de integralidad.

> *"Es ese trabajo en ese nivel… porque es verdad que es importante el ruido que se pueda hacer en la calle, pero es en el espacio de trabajo, en los equipos, es ahí donde se juega realmente el partido. Y es ahí donde se juegan los roles, el poder. Un montón de cosas que se van construyendo y de esa mirada del otro también. Me parece que ese es el lugar más complejo. Porque es fácil hablar entre nosotres, es fácil hablar en la academia. En el territorio la cosa es muy distinta" (Entrevista 4).*
>
> *"Lo asistencial a mí me interpelaba constantemente. Yo tengo experiencia asistencial y a mí nunca me llenó del todo. Me parecía que no podía generar ninguna situación de cambio. Me generaba mucha angustia, mucho cuestionamiento acerca de qué entendía acerca de la salud. Yo antes [a esto] no le ponía nombre. Hoy se lo pongo: la medicalización del cuidado. Y que terminaba haciendo eso más que otras cosas que me parecían necesarias" (Entrevista 4).*

En el cuidado puede apreciarse una clave para mejorar la atención en

enfermedad y superarla hacia un cuidado en salud. Dado que el cuidado es la práctica que particulariza a la Enfermería y que éste es un colectivo con amplia trayectoria de lucha, encontramos en ellas/ellos la posibilidad de generar acciones emancipadoras que redunden positivamente en sus condiciones de trabajo y en todo el sistema de salud, sin dejar de reconocer la existencia de numerosos obstáculos que tendrán que superarse para lograr una transformación duradera.

2. LO QUE LA PANDEMIA VIENE A VISIBILIZAR, A DENUNCIAR Y A GRITAR

Sostenemos entonces que la enfermería puede ser pensada como un campo de lucha y también de resistencia. Reconocer este poder y potencial de lucha lleva a preguntarnos qué posibilidades y obstáculos propios del campo de la enfermería facilitan o dificultan en el presente una transformación aún mayor que las ya transitadas, que pueda expresarse como motor de cambio no solo en el propio estatus profesional sino también en el sistema de salud en su conjunto.

Como es sabido y hemos descripto arriba, dentro del equipo de salud las/los enfermeras/os desempeñan las prácticas de cuidado directo que suponen una elevada entrega física y afectiva pero se encuentran en condición de subordinación frente a otros profesionales del equipo de salud y en una situación de alta precarización laboral (Aspiazu, 2017).

Es preciso señalar que esta situación no es particular de la enfermería y que existen situaciones diversas de precarización laboral en la mayoría de los profesionales de la salud, por lo que el potencial que atribuimos a la enfermería sería esperable esté presente en otras/os profesionales. No pensamos la enfermería como sujeto político aislado sino dentro de un marco mayor. Un

cambio colectivo sería sumamente propicio para la transformación del sistema de salud.

Algunas/os autores destacan factores estructurantes de la profesión que la convirtieron en una "práctica invisible" (Malleville y Beliera, 2020; Molinier, 2012; Ramaciotti, 2020). Si algo positivo trajo la pandemia del COVID-19 es que hizo evidente para la sociedad la necesidad de contar con las/los profesionales de la salud y con un sistema de cuidado eficaz, a la vez que hizo visible la precarización laboral de las/los trabajadoras/es de la salud.

Sin embargo, todavía existen aspectos muy arraigados en nuestra sociedad que debemos seguir deconstruyendo. Entre los principales factores estructurantes se reconoce el relativo a la construcción social de los roles de género. Esto es, en tanto el cuidado –objeto de la enfermería- está asociado con lo femenino y es, por esto mismo, una práctica desvalorizada y precarizada, la enfermería se constituyó históricamente como una práctica subordinada. Aunque en los últimos años se han incorporado más varones, continúa siendo una profesión mayoritariamente femenina (Aspiazu, 2017) y es esta característica, a su vez, la que invisibiliza la formación y capacitación requerida para ejercer las tareas del cuidado en salud (Malleville y Beliera, 2020).

Otro aspecto constitutivo de la profesión es que se desarrolló como una práctica subordinada a la medicina —primero como un oficio empírico y luego profesionalizado—. Es así que la subordinación se identifica como otro de los principales factores en que esta profesión se estructuró aun cuando su desarrollo implicó luchas y logros por el reconocimiento del estatus profesional (...) (Malleville y Beliera, 2020).

El pluriempleo, la sobrecarga laboral, la informalidad y la baja remuneración son comunes en todas/os las/los trabajadores de salud tanto en el

sector público como en el privado, pero más acentuados en la enfermería (Aspiazu, 2017; Cabrejas, 2020; Novick y Galin, 2003; OPS, 2003). A estos rasgos comunes se suman -y agregan complejidad al panorama laboral de esta ocupación- "el déficit en la cantidad de enfermeras/os, su sobre-representación en las categorías de menor calificación, y la relativa situación de desventaja y desvalorización de la enfermería dentro de los equipos de salud" (Aspiazu, 2017, p.13). De este modo las/los enfermeras/os se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y precariedad respecto de las/los demás trabajadoras/es del sector.

La vulnerabilidad particular de las/los enfermeras/os a su vez estaría dada según Aspiazu por "(…) la multiplicidad de normas que regulan la ocupación y una estructura sindical amplia y compleja, [que] fragmenta la representación de las y los trabajadores de enfermería, limitando la posibilidad de incluir demandas específicas de la ocupación en las negociaciones paritarias" (Aspiazu, 2017, p.13). Esta situación requerirá probablemente de un análisis actualizado si consideramos los hechos ocurridos recientemente entre los cuales se destacan las manifestaciones realizadas en 2018 a raíz de la eliminación de los licenciados de enfermería del estatus profesional del Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y luego en el 2020 con la pandemia de COVID-19, por los sucesivos reclamos en relación a las condiciones de trabajo en general.

En cualquier caso, esta condición general del colectivo de enfermería, así como otros aspectos estructurales -que quizá con la pandemia hayan sido en gran medida subsanados, como las deficiencias en infraestructura y la falta de insumos-, impactan tanto en el cuidado de las/los sujetos como en la propia salud de las/os profesionales. Tal como señala Rovere (2017):

> El mundo del trabajo y el mundo de la salud se articulan como en una cinta de Moebius, entramando en los hechos la profunda convicción de que, en última instancia, la fuerza laboral en salud no es sino una población dentro de otra, con la particularidad de estar especializada en cuidar la salud de los demás, en una tarea en donde también expone la propia. (…) los sujetos comprometidos en los procesos terapéuticos y sanitarios también evidencian, en sí mismos, las marcas que su propia tarea imprime. (p.42)

El impacto en la salud de las/los enfermeras/os tiene registros históricos y acaece desde su aparición: Florence Nightingale es quien comienza incluyendo en sus trabajos una aguda reflexión acerca de la sobre mortalidad del personal de enfermería, diciendo:

> …las fatales enfermedades infecciosas son la mitad de las causas de muerte de enfermeras y matronas por encima de la mortalidad de las mujeres de Londres… encontramos que la mortalidad entre enfermeras excede la de la población general de Londres en un 40%. La pérdida de una bien entrenada enfermera por enfermedades evitables es una pérdida mayor que la de un soldado por las mismas causas. El dinero no puede reemplazar a ninguno de ellos, pero una buena enfermera es más difícil de encontrar que un buen soldado. (Rovere 2017, p.40)

A partir de esta breve descripción de situación surgen nuevas preguntas. ¿En qué medida las precariedades y subordinaciones en las prácticas de cuidado en salud que la pandemia visibilizó pueden contribuir, potenciar y/o movilizar prácticas que den un sentido nuevo, una resistencia, una transformación hacia prácticas más humanas e integrales? ¿En qué medida pueden contribuir, potenciar y/o movilizar nuevas prácticas transformadoras que estructuren acciones políticas? ¿En qué medida se cuestiona lo establecido y en qué medida se pueden transformar las prácticas? ¿De qué hablamos cuando hablamos de prácticas transformadoras?

Es interesante en este punto dar cuenta de las tensiones vivenciadas por algunas enfermeras y enfermeros en sus trayectorias personales en relación con la dificultad de reconocer el carácter político de su práctica profesional y con la reflexión posterior a ese reconocimiento:

> *"Yo antes era la típica enfermera que decía: yo vengo a trabajar no vengo a hacer política; no quiero problemas. A mí siempre me gustó ser enfermera. Me gustaba que supieran que yo era enfermera. La política es como el feminismo, una vez que te metés ya no podés dejar de ver el machismo en todos lados" (Entrevista 2).*
>
> *"Si yo voy por los pasillos siendo la gran Gasalla, estoy marcando una posición política, que la mayoría del personal piensa que es apolítico. Pero sabemos lo que es el costo de lo apolítico que sigue siendo una postura política. Y bueno, ahí está. Si yo al otro porque es un extranjero o una persona vulnerable la empiezo a tratar gritando, ya estoy marcando un modelo" (Entrevista 2).*

En relación a la reflexión de la entrevistada sobre cómo la política fue inevitable para poder pensarse desde su profesión, rescatamos lo que Vigoya nos propone en base a lo planteado por Pascale Molinier acerca de colocar el trabajo y la ética del cuidado como ejes centrales en la dimensión política y como elementos claves para un proyecto feminista de transformación social. En palabras de esta autora: "(...) el trabajo y la ética del cuidado harían parte de un proyecto feminista de transformación social que impactaría a toda la sociedad y produciría otro tipo de subjetividad social" (Vigoya, 2012, p.7).

En la misma línea y a partir del análisis de Pascale Molinier (citada por Vigoya, 2012) afirma:

> la promesa de una sociedad más atenta a la importancia del trabajo y la ética del cuidado no puede cumplirse sin una transformación política radical, que trastoque las jerarquías y fronteras en los modos binarios de pensar las relaciones entre lo público y lo privado, lo moral y lo político, la imparcialidad y el compromiso; entre los sexos, las categorías sociales y los países. (p.7)

Estas reflexiones sobre cómo el feminismo tuvo y tiene la capacidad de cuestionar el rol históricamente asignado a las mujeres en las esferas públicas y privadas son centrales para revisar la forma de pensar y ejercer el cuidado. En este mismo sentido Molinier (2012) reflexiona sobre el término subalternidad y sobre cómo revertir dicha condición:

> (...) utilizo el término de subalterna para designar

> a 'las mujeres que se someten a una opresión de clase', teniendo muy claro que la clase tiene frecuentemente un color y/o un origen migratorio intra o transnacional. Estas mujeres no están representadas (lo que quiere decir que ellas no tienen la sensación de estarlo) dentro de las prácticas y los discursos hegemónicos (...). Desde esa perspectiva, la pregunta de Spivak -"¿Pueden las subalternas hablar?"- está marcada por el sello de la extrañeza porque hablar, hacer escuchar su voz, es justamente salir de la subalternidad". (p.10)

Nuevamente en este punto es esclarecedor citar lo señalado por una de nuestras entrevistadas acerca del lugar en el que son pensadas/os -en el que se piensa el colectivo de enfermería- así como sobre la dificultad para salir de ese lugar de subalternidad:

> *"Creo que realmente seremos profesionales cuando podamos unificar algunos criterios para demandar por ser profesionales, pero en el sentido estricto, más allá de las diversidades, pero me parece que priman muchos intereses internos que tienen que ver con nuestro colectivo... Porque muchas veces los otros hablan de nosotros, pero nosotros no hablamos de nosotros... les damos de alguna manera insumos para hablar" (Entrevista 5).*
>
> *"Por eso cuando dicen 'a nosotros no nos reconocen', me parece que el 50% de esa falta es nuestra.*

Tiene que ver con qué actitud asumimos nuestro lugar, porque el otro cuando uno asume el lugar el otro lo toma. El asunto es que uno no toma esos lugares, entonces después nos quejamos que no nos asignan esos lugares" (Entrevista 5).

Una mirada diferente a la planteada por la entrevistada anterior respecto a la política y la Enfermería, la encontramos en el relato de otro colega que destaca cómo se ha visto interpelado a participar políticamente a partir del lugar ocupado por referentes de la profesión en el debate de políticas a nivel macro, así como a partir de los diversos espacios de debate político que se promueven en el ámbito de la Universidad:

"En nuestra Universidad hay referentes discutiendo muy fuerte la macropolitica, en todos los niveles de gestión y práctica... Si uno no ve a esos referentes de lo que uno estudia, uno dice: che, bueno ahí no llega enfermería; si le prestas atención... porque si no pasa desapercibido. Tenemos que visibilizarlos y reivindicar el potencial transformador de nuestra teoría y práctica" (Entrevista 1).

"La discusión política en la universidad es macro… Está esa semilla y se transfiere a los estudiantes… ...Era en las clases de enfermería donde discutías política y esa "no censura", por más de ser una profesión de salud, rompe la lógica asistencial de la profesión y abre la capacidad de pensar: ¡che, nosotros podemos discutir esto!" (Entrevista 1).

Para finalizar, vale la pena retomar algunos de los planteos que se mencionan en una nota escrita durante los primeros meses de la pandemia por Jose Ramón Martinez Riera, enfermero español. En esta nota se expresan algunos aspectos que consideramos centrales para reflexionar sobre las transformaciones que deberían producirse a partir de lo que visibilizó la pandemia en cuanto a las prácticas de cuidado, las condiciones de trabajo de la enfermería y la centralidad de lo político:

> *Me conformaría con que la recuperación como enfermeras y no como heroínas conservase la identificación que durante tanto tiempo se nos ha negado o, al menos, se ha obviado. Que las agresiones que sufríamos por hacer nuestro trabajo desaparezcan. Que el cuidado sea valorado más allá de la simpatía. Que no se nos asimile como subsidiarias de ningún/a otro/a profesional. Que se reconozca nuestra aportación singular a la salud de la población en los centros y servicios donde trabajamos. Que se haga visible la contribución que realizamos como enfermeras gestoras. Que se nos permita acceder a puestos de responsabilidad y toma de decisiones en idénticas condiciones de capacidad y mérito como cualquier otra/o profesional con idéntica titulación académica. Que las plantillas se adecuen a criterios poblacionales y de necesidades de salud. Que nuestras competencias sean reconocidas y asimiladas a puestos de trabajo específicos que eliminen la rotación sin sentido. Que podamos desarrollar una carrera profesional en base a*

> *méritos perfectamente identificables y evaluables y no tan solo por antigüedad. Que se reconozca nuestra formación académica y continuada. Que se regularice la incorporación de las especialistas en puestos específicos… estos y muchos otros, serían, sin duda, los mejores aplausos que podríamos recibir tras la pandemia, tanto por parte de la población como de la administración y de los medios de comunicación (Martínez Riera, 2020).*

Sin duda una de las claves para la transformación hacia un sistema de salud más igualitario e integral es la de garantizar mejores condiciones de trabajo y un reconocimiento real de la profesión más allá de los aplausos.

3. LA ENFERMERÍA Y EL ESPACIO DE ACCIÓN POLÍTICA

La gestión del cuidado como espacio de acción política y de construcción de sujetos colectivos es un tema aún no lo suficientemente estudiado a pesar de ser central para la construcción de formas renovadas y más potentes para producir salud.

Lo político es incorporado en este análisis como término para comprender un tipo de prácticas e identificar su potencial transformador en el campo de la salud –aunque sin reducirnos a él-. Se busca dar cuenta de determinadas condiciones y procesos que den lugar a experiencias y nuevas subjetividades colectivas que pueden o podrían ser centrales en los procesos de cambio social en dirección hacia una ampliación de derechos sociales, entre ellos el de salud.

La acción de cuidar y la acción política raramente son pensadas o problematizadas de forma conjunta. La acción de cuidar nace en el ámbito familiar y por eso se la concibe -aún hoy- en la esfera privada y se la asocia con las relaciones interpersonales; mientras que el ámbito de la acción política ha sido históricamente el de la esfera pública. La distinción entre lo público y lo privado cobra relevancia cuando se busca explicar las dificultades que se observan en el campo de la salud a fin de visibilizar ciertas demandas sobre las prácticas de cuidado o para pensar estrategias políticas. Sin embargo, resaltamos que es preciso concebir la acción de cuidar como parte de la esfera pública.

La reflexión de De Barberi acerca del trabajo doméstico (otra dimensión del cuidado) nos permite identificar algunos elementos teóricos que profundizan esta línea de análisis. La autora sostiene que bajo la perspectiva teórica marxista se plantearon hipótesis acerca de la relación entre el trabajo doméstico, la producción y reproducción de la fuerza de trabajo como mercancía. Ella afirma que la reproducción de la fuerza de trabajo se basa en gran parte en el trabajo doméstico. Vista la esfera del trabajo como pública se hace evidente la relación entre lo privado doméstico y lo público, la interdependencia de una y otra y la articulación necesaria en condiciones de desigualdad (De Barbieri, 1990).

Segato (2018) plantea la necesidad de "desmontar el binarismo público-privado". La autora nos propone que es a partir del desmonte de este binarismo -entre otras cosas- que se hace posible pensar en la construcción de una forma alternativa de hacer política. A partir de recuperar una politicidad que rescate la política doméstica y "los estilos de negociación, representación y gestión desarrollados y acumulados como experiencia de las mujeres a lo largo de la historia" (p.25). Esta política en clave feminista se presenta como una alternativa a la forma dominante de hacer política que ha sido elaborada desde la

experiencia histórica masculina y que es la que ha caracterizado la esfera pública. En palabras exactas de la autora: "Se trata definitivamente de otra manera de hacer política, una política de los vínculos, una gestión vincular, de cercanías, y ni de distancias protocolares y de abstracción burocrática" (p.25). Al trasladar sus palabras al campo de la salud, podemos divisar uno de los aspectos del potencial transformador -su acción política- del cuidado en salud.

Por otro lado, tal como señala Arendt (2015), es a través del discurso (de la palabra) que podemos encontrar puntos de encuentro transformadores, puntos de acción política. Esta autora destaca el vínculo de la política con aquello que "emerge o aparece cuando los hombres se encuentran para tratar asuntos comunes a partir de la palabra y la acción" (p.73). En la definición de Arendt son la palabra y la persuasión los mecanismos que hacen posible la vida común y la política en contraposición a la fuerza y la violencia. De acuerdo con ella, Retamozo Benitez subraya que la categoría de lo político se encuentra estrechamente vinculada a la noción de discurso entendiendo a éste como la articulación y producción de sentidos. A su vez destaca que "el discurso permite presentarse ante los otros y establecer y/o aceptar un lugar común/público en el que se respeta la pluralidad y puede surgir algo nuevo" (Retamozo Benitez, 2009, p.73).

De esta manera, entendemos que el cuidado en tanto práctica social puede y debe concebirse como práctica política sobre todo cuando queremos generar una práctica transformadora. En este punto, resulta central recuperar la propuesta que se elabora desde el movimiento sanitario brasileño en cuanto a la forma en la que proponen pensar la práctica política en salud:

Según Rodrígues (1994), para esta nueva práctica se necesitan nuevos profesionales, capaces de cumplir diferentes roles, desde una función histórico

política de "rescatar, del propio proceso histórico de construcción social de la salud, los conocimientos, éxitos y fracasos de la humanidad en su lucha por la ciudadanía y el bienestar" hasta una función de agregación de valor a través de la producción y gestión del conocimiento científico tecnológico; desde una función de gerencia estratégica de recursos escasos y mediador estratégico de las relaciones entre las necesidades y problemas de salud y las decisiones políticas hasta una función de *advocacy,* utilizando el conocimiento "como instrumento de denuncia para promover la movilización creciente de la sociedad en demanda de la realización de su potencial de salud y ejercicio del derecho de la ciudadanía" (Almeida Filho y Paim, 1999, p. 15).

A partir de la experiencia mencionada nos interesa traer la reflexión sobre lo político en tanto proceso instituyente, como posibilidad para la producción de un proyecto alternativo, según Lefort: "La sociedad es instituida políticamente como una totalidad simbólica a partir de la producción de imaginarios colectivos que funcionan de aglutinantes (...)" (citado por Retamozo Benitez, 2009, p.80).

El autor también alude a Rancière para analizar la categoría de lo político y plantea que:

> El acto político aparece cuando este procedimiento de reproducción [del orden social] es puesto en cuestión por prácticas ejercidas bajo el supuesto irrenunciable de que todos los hombres somos iguales y en el intento pragmático de la verificación de la factibilidad de dicha premisa. A este proceso Rancière lo llama emancipación y es el ámbito propio de la política (2009, p.82).

En resumen, los aspectos centrales mencionados aluden a lo político como una categoría fuertemente asociada a la producción de nuevos sentidos, a la posibilidad de actuar y debatir sobre los asuntos comunes, a lo público, a la capacidad de cuestionar el orden social y a la posibilidad de producir nuevas articulaciones de intereses y proyectos colectivos.

En un intento de análisis conjunto del acto de cuidado y de la acción política, sostenemos que tanto en el acto político como en el acto de cuidar hay dos elementos centrales: la construcción de subjetividades y la experiencia. El tipo de experiencia y de subjetividad que sea posible desarrollar serán claves para que la acción pueda alcanzar el sentido o el resultado que se espera de esa acción.

Al respecto nos parece oportuna la reflexión de Moira Pérez (2019) en relación a cómo es percibida en términos generales la enfermedad. Como advierte la autora, en la medida que la enfermedad es pensada como algo pasajero y puntual el cuidado es solo requerido por momentos. Resulta difícil comprender el acto del cuidado en tanto práctica política ya que una práctica que sólo es pensada como actividad que se realiza de forma temporal difícilmente pueda producir algún proceso transformador, de reflexión crítica sobre la propia práctica. Este proceso resulta aún más difícil cuando constatamos en la práctica del cuidado el predominio de la visión biologicista y asentada en lo técnico como escindido de lo social.

En esta línea, una reflexión que contribuye a pensar la acción política en el campo de la salud es la que realiza Biagini (2009) en su estudio sobre sociedad civil y VIH-SIDA acerca de los movimientos sociales. En ese estudio, la autora retoma trabajos de investigadoras/es referentes del tema y coloca el énfasis justamente en los elementos que van a transformar un movimiento social

en un movimiento político:

> Un movimiento social se transforma en movimiento político cuando sus reivindicaciones, en principio sectoriales, se expresan en "derechos" o reivindicaciones articuladas para toda la comunidad (o amplios sectores) y correlativamente buscan inscribirlas en instituciones políticas y articularlas con las luchas de otras fuerzas no sólo políticas sino también sociales (Gilly, 1993 y Wallace et al., 1994 citados por Biagini, 2009, pp.261-263).

En el mismo estudio la autora recupera el trabajo de Grimberg sobre las demandas e iniciativas de salud de distintos agrupamientos sociales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) entre 2001 y 2003:

En la Argentina, Grimberg (2003) observa desde fines de los noventa, a través de los movimientos de trabajadores desocupados y las asambleas barriales, un proceso de politización de los problemas de salud en múltiples y diversas prácticas, que abarcan tanto acciones de confrontación como iniciativas cotidianas (…). "Esta tarea de prácticas definidas como `salud´se constituye en espacio de resistencia, demanda, y protesta social, a la vez que en eje organizador de nuevas prácticas y nuevos actores y en eje movilizador en la coyuntura" (Grimberg citada por Biagini, 2009, p. 291).

Es a partir de estas experiencias de luchas y resistencias que pensamos y ubicamos el acto del cuidado en salud como un acto político. En este sentido entendemos que el acto político implica, entre muchos aspectos y, sobre todo, un posicionamiento que exige explicitar la construcción o el

acompañamiento a un proyecto político de sociedad en la que se quiere vivir.

Es por eso que nos parece relevante en el debate en torno al cuidado como acto político lo que Argumedo (2002) y otras/os autores de la región identifican como "la matriz de pensamiento latinoamericano". Entre sus características centrales, se encuentran el punto de vista popular y una posición nacional latinoamericana.

Argumedo describe el punto de vista popular y la posición nacional de la matriz de pensamiento latinoamericano del siguiente modo:

El punto de vista popular recupera los relatos de las alteridades excluidas por las corrientes eurocéntricas. Impone el reconocimiento del otro históricamente menospreciado de los significados y tradiciones que alimentan la "visión de los vencidos". "(...) la otra cara de la conquista". Considera que las concepciones de esos "bárbaros más fanáticamente hostiles a los extranjeros" contienen potenciales teóricos emergentes de las experiencias vitales y de las expresiones culturales de un sujeto heterogéneo, que encuentra sus puntos de unidad en una historia común de resistencias y desgarramientos, de sueños de dignidad y autonomía. Historia integrada por innumerables identidades y saberes, que ha ido generando lineamientos compartidos; una matriz de pensamiento cuyos rasgos esenciales asumen lo que Arturo Jauretche llamará una posición nacional, que es también latinoamericana (...) (Argumedo, 2002, pp. 135-156).

La posición nacional latinoamericana significa entonces concebir la historia y el futuro desde un sujeto colectivo, compuesto por múltiples fragmentos sociales, rico en expresiones particulares y yuxtaposiciones. Es la mirada de los protagonistas de la otra historia de estas tierras, presente en las luchas independentistas, en los movimientos de resistencia, en los proyectos

políticos de reivindicación nacional y social (Argumedo, 2002, p. 137).

Por otra parte, la matriz de pensamiento latinoamericano coloca en primer lugar la diversidad cultural y las experiencias vitales de resistencias y luchas de los pueblos de la región. Del mismo modo entendemos que pensar el cuidado como una herramienta política exige colocar el foco en las experiencias de luchas y resistencias, en las historias de las comunidades, en el respeto y la promoción de las diversidades. En síntesis, creemos que es posible pensar desde esta matriz un proyecto de salud que entienda el acto de cuidado como un acto político, a partir del cuestionamiento a las múltiples subordinaciones existentes en el campo de la salud.

Vislumbramos en esta propuesta política un llamado a la independencia de intereses, a la autonomía y a la soberanía; en un proceso que incluya la singularidad en la construcción del nuevo sujeto colectivo. Los elementos expuestos contienen aspectos centrales para poder reflexionar sobre el rol de la enfermería en tanto sujeto político en el campo de la salud y en el campo social y político en el que actúa.

Para finalizar, resaltamos la relevancia del carácter político del acto de cuidado y la necesidad de enmarcarlo como uno de los ejes para la construcción de un proyecto político de salud, que además deberá articularse en un proyecto político de soberanía nacional y regional. En este sentido es oportuno plantearnos cómo puede contribuir la enfermería a potenciar la construcción de sujetos políticos capaces de llevar adelante proyectos transformadores.

CONCLUSIÓN:

¿Cómo pensar, construir y/o ser parte de un proyecto transformador en el campo de la salud en nuestro país? ¿Cuáles son los protocolos, guías, líneas de trabajo a seguir para una práctica orientada a los cuidados y a intervenciones que contribuyan a generar prácticas de lucha por mayores derechos y de resistencia ante la puesta en peligro de esos derechos? ¿Es posible pensar la enfermería como discurso y práctica con la capacidad de contrarrestar/cuestionar o revertir en alguna medida las formas predominantes de gestionar el cuidado? ¿La pandemia del COVID-19 reafirmó prácticas biologicistas y/o impulsó nuevas formas de gestionar el cuidado?

En un intento por esbozar algunas respuestas, entendemos que es importante identificar los obstáculos que dificultan que la fuerza de trabajo en salud se constituya en "la arquitecta del derecho a la salud" (Rovere, 2018). Como Rovere (2018) nos advierte, entre los obstáculos para transformar la situación actual, se encuentran: la estratificación de la fuerza laboral con diferencia de poder, la fragmentación institucional, las prácticas terapéuticas sustentadas en el uso y abuso de la asimetría de poder, la sobre especialización de saberes y el rechazo a saberes transversales funcionales a la despolitización y el desconocimiento, minimización o desprecio por los fenómenos de determinación social de la salud.

Como hemos sostenido a lo largo de estas páginas, la superación de estos obstáculos supone -entre otros aspectos- el desarrollo de prácticas de cuidado atentas a las necesidades y singularidades de las y los sujetos, la eliminación de asimetrías entre profesionales entendiendo la importancia de los distintos saberes necesarios para un cuidado integral y el involucramiento

político de las y los profesionales y de la comunidad. Las prácticas así concebidas forman parte de un proyecto de salud superador del vigente.

En particular, con respecto a la Enfermería, volvemos nuevamente a los relatos de las y los entrevistados para destacar un elemento que consideramos relevante para dar cuenta de las posibilidades de pensar las prácticas de cuidado como prácticas políticas transformadoras. Se desprende de los relatos que la gestión del cuidado exige un trabajo atento a las singularidades de los sujetos y a su contexto, así como una constante articulación con otros actores sociales para poder responder a las necesidades diversas y heterogéneas de la población.

Asimismo, en tanto trabajadores del campo de la salud, manifiestan que se observa de forma inmediata la necesidad de intervenir sobre la realidad de la comunidad en la que se encuentran para lograr mejores resultados en la gestión de los cuidados de salud y la conciencia de los serios límites para llevar adelante estas tareas desde las instituciones.

El potencial transformador en el campo de la salud se encuentra en aquellas prácticas que entienden que la salud es más que la ausencia de enfermedad, que es mucho más, como nos recuerda Bahía (2018), "que médico, remedio, hospital y ambulancia. Es trabajo digno, salario mínimo generoso, emancipación y también redes asistenciales" (p.20). Lo transformador sí lo encontramos en aquellos que en el acto de cuidar ven una oportunidad de cambio de la realidad cotidiana y, en ese hacer con los otros y reconocerse como parte de un proyecto colectivo, se constituyen como sujetos políticos. Porque cuidar al otro/a desde una perspectiva integral de la salud es un acto político.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida Filho, Paim (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. Número 75. pp.pp: 5-30.

Arendt H (2015) La Condición Humana. Buenos Aires, Argentina. Paidós. Argumedo A. (2002) Los silencios y las voces en América Latina: notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Pensamiento Nacional.

Aspiazu E. (2017) Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y Sociedad. Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias. NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet). Nº 28, Verano 2017, Santiago del Estero, Argentina ISSN 1514-6871 - www.unse.edu. ar/ trabajoysociedad.

Bahia L (2018). Tempestad sanitaria: La salud bajo ataque. Revista Soberanía Sanitaria. Disponible en: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/ tempestad-sanitaria-lasalud-bajo-ataque/

Bersi A y Melnistzky RG. (2019). Conversando con Alicia Stolkiner. Diagnosis. Vol. 2 Núm. 16. Disponible en: http://www.revistadiagnosis.org.ar/index. php/diagnosis/article/view/250

Biagini. G. (2009). Sociedad civil en movimiento o inmovilizada? En: Sociedad Civil y VIH-SIDA ¿De la acción colectiva a la fragmentación de intereses? Paidos. Tramas sociales 54.

Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder. Construcción de lo

social y del género. Universidad Andina Simón Bolívar. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh,%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf.

Butler, J (2014). Repensar la vulnerabilidad y la resistencia por Judith Butler. Conferencia impartida por Judith Butler en el XV Simposio de la Asociación Internacional de Filósofas organizado por el Departamento de Historia y Filosofía, Universidad de Alcalá / Instituto Franklin – UAH /Asociación Internacional de Filósofas (IAPh).Disponible en http://paroledequeer.blogspot.com/2014/06/repensar-la-vulnerabilidad-por-judith.htm

Cabrejas, ME. (2020). La enfermería en la primera línea del cuidado. Revista Soberanía Sanitaria. Edición especial Pandemia, debates desde el Sur. Año 4 - Mayo 2020 ISSN 2618-1827.

Calello, H., Neuhaus, S. (2000). Método y Antimétodo. El proceso y diseño de la investigación interdisciplinaria en ciencias sociales. Buenos Aires, Argentina. Edición Colihue.

De Barbieri, T. (1990). Público y privado o por dónde se mueven las mujeres. Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, (Mimeo).

De Sousa Santos B & Meneses MP (Eds.) (2014.) Epistemologías del Sur (Perspectivas). Ediciones Akal, S. A.

Elvira, MS. (2020). Centro Cultural Camino Abierto: una experiencia de desmanicomialización en un hospital general de la provincia de Río Negro (Argentina). Tesis del Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Fortunato, M (2019). Proyecto de Investigación Amílcar Herrera: Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de

enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, provincia de Buenos Aires, 2018-2019.Directora: Cárcamo S. Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Documento de trabajo.

García R. (1994). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. En: Leff H, García R, Gutman P, Toledo VM, Vessuti HM, Fernández R y Brañes R. 1994. Ciencias sociales y formación ambiental. Barcelona, España. Primera Edición. Editorial Gedisa.

Malleville y Beliera (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. ESTUDIOS DEL TRABAJO N° 59.

Martinez Riera J. R. ¿Hasta cuándo seremos heroínas? Menos heroínas y más enfermeras. Disponible en: http://efyc.jrmartinezriera.com/2020/04/17/hasta-cuando-seremos-heroinas-menos-heroinas-y-mas-enfermeras/

Menéndez E. (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? ALTERIDADES, 4 (7): Págs. 71-83.

Michalewicz, A; Pierri, C & Ardila-Gómez, S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, 2014, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021

Molinier P. (2012). El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad. Universidad Nacional de Colombia.

Montes Montoya y Busso, 2012. Entrevista a Ramón Grosfoguel. Polis Revista

Latinoamericana 18 | 2007 URL: http://journals.openedition.org/polis/4040 ISSN: 0718-6568

Mouffe, C (1996). O regresso do político. Lisboa, Portugal. Gradiva.

OPS, 2003. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones. Información estratégica para la toma de decisiones. Dos estudios. OPS/OMS Argentina.

Paim, J(2018) Sujeitos da Antítese e os Desafios da Práxis da Reforma Sanitária Brasileira, en: Fleury S (org) Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos.Río de Janeiro, Brasil. Editora Fiocruz.

Paim, J., y Silva, L.M. Vieira da. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), 12(2), 109-114.

Pérez M (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde na perspctiva queer, en Balaña, S; Finielli, A; Giuliano C; Paz, A; Ramírez (orgs.), Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización, Buenos Aires, Argentina. Tinta Limón ediciones editora, pp. 31-48.

Pinheiro R & Burg Ceccim R. Experienciación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad. En: Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Lilian Koifman, Ruben Araujo de Mattos (compiladores). Enseñar salud. La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud. Buenos Aires, Argentina. Editorial Teseo, 2009.

Ramacciotti KI. Cuidar en tiempos de pandemia. Descentrada, 2020, 4(2), Septiembre, ISSN: 2545-7284 Disponible en: DOI: https://doi.org/10.24215/25457284e126

Retamozo Benítez, M. Lo político y la política: los sujetos políticos, conformación y disputa por el orden social. 2009. 51 (206) Disponible en:

http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/issue/view/3346

Rovere (2017). La salud de los trabajadores de la salud. Revista Soberanía Sanitaria. Año 1, Número 2. Pp: 38-42. Disponible en: www.revistasoberaniasanitaria.com.ar

Rovere (2018). Democratizar para construir. Revista Soberanía Sanitaria. Año 2. Número: 5. Pp: 51-55. Disponible en: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro6.pdf

Santisteban, K (2020). El derecho a la medicina Mapuche-Teuelche. El lawen y las prácticas relacionadas se enmarcan en el derecho de los pueblos indígenas a la salud. El Cohete a la luna en: https://www.elcohetealaluna.com/el-derecho-a-la-medicina-mapuche-tehuelche/

Schiappa Pietra, J. (2012). Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión Social. Neuquén, Argentina, Publifadecs.

Segato, R. (2018). La guerra contra las mujeres. Buenos Aires, Argentina. Prometeo.

Universidad Nacional de Lanús (2017). Departamento de Salud Comunitaria, Licenciatura en Enfermería. Plan de Estudios de 2017 (Res. C.S N°00002/17).

Universidad Nacional de Lanús (2020) Proyecto de Investigación Amilcar Herrera: Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, provincia de Buenos Aires, 2018-2019, Directora: Cárcamo S. Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Informe final.

Vigoya (2012). Introducción al texto de Pascale Molinier El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad. Universidad Nacional de Colombia.

CAPÍTULO VI

POLÍTICA DE CUIDADOS DE LA VIDA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: REFLEXIONES SOBRE EL LEGADO DEL MOVIMIENTO DE DERECHOS HUMANOS EN ARGENTINA

SANTIAGO GARAÑO

Ante esta amenaza somos co-responsables. Nuestro destino depende de cada uno. Y de todos. Los estoy convocado a todos a extremar su propia responsabilidad. Mi propia responsabilidad es garantizar que el Estado cuide la salud y la vida de los argentinos.

Por eso, las fuerzas de seguridad harán cumplir estrictamente toda la normativa vigente para proteger a toda la población argentina. Con aquellos que pongan en riesgo la salud de los argentinos, el Estado será implacable. Haré cumplir la ley con rigor para salvar vidas. Seremos muy estrictos en asegurar que cuidamos a nuestra gente.[1]

Carta del presidente Alberto Fernández a los argentinos.

Con estas palabras, el 20 de marzo de 2020 el presidente Alberto Fernández anunció el inicio del aislamiento social, preventivo y obligatorio, con el fin de controlar el avance de la pandemia del COVID-19 en la Argentina. Mientras que el gobierno nacional tomó la decisión de priorizar la vida y poner todos sus recursos para cuidar la salud de su población, otros países de la región y del continente se sumieron en una crisis sanitaria que ha derivado en miles y miles de muertes. Aún no sabemos cuántas víctimas, personas enfermas y sufrimientos nos deparará esta enfermedad; el final es incierto. Lo que sí se evidencia es que nuestro país adoptó una serie de políticas de Estado –ancladas en la protección de la vida y el derecho a la salud– que la distinguieron de la amplia mayoría de sus

[1] "Carta del presidente Alberto Fernández a los argentinos". Consultada en línea en: https://www.casarosada.gob.ar/slider-principal/46782-carta-del-presidente-alberto-fernandez-a-los-argentinos

países vecinos.

La hipótesis arriesgada que quiero plantear en este artículo es que esta decisión se debió a la importancia que ha tenido el movimiento de Derechos Humanos en Argentina, a sus luchas por la Memoria, la Verdad y la Justicia y, fundamentalmente, a su potente legado en torno a la defensa de la vida, como un valor moral central en nuestra cultura democrática. No es casual que, en tiempos del COVID, en aquellos países donde gobiernan militares retirados, antiderechos y negacionistas –como Jair Bolsonaro en Brasil–, sus presidentes son racistas, sexistas y misóginos –como Donald Trump en los Estados Unidos–, o en los que se han dado golpe de Estado –como en Bolivia– o se proscribieron a los principales líderes de la oposición –como Ecuador– las muertes y el desprecio a hacia sus vidas (fundamentalmente de los sectores populares) se hayan vuelvo obscenas, cotidianas, banalizadas y hayan derivado en una verdadera crisis humanitaria.

EL DERECHO AL DUELO Y LA PROTECCIÓN DE LAS VIDAS "IRREALES"

El problema de los derechos humanos nos lleva a pensar la cuestión de cómo cada sociedad construye siempre qué sujetos son considerados como "humanos" (y quiénes no); quiénes son incluidos como ciudadanos (y quiénes son excluidos de esa categoría y gozan de menos derechos); cuáles son los umbrales de violencia y muerte que caracterizan a cada país y a cada región; y qué formas de represión social y política se rechazan y cuáles –en cambio– se avalan, toleran y hasta se exigen.

En el libro *Vidas precarias* Judith Butler (2006) analiza las características de una forma de violencia particular, aquella que tiene como

blanco "vidas irreales". Esta pensadora feminista sostiene que, en determinados contextos sociales y bajo ciertas condiciones históricas, ciertas muertes son más dolorosas que otras, mientras otras vidas (lejos de estar protegidas) son más vulnerables. Este tipo de violencia (invisible y naturalizada) tiene como objeto –y también condición de posibilidad– un conjunto de vidas que no son dignas de atención, ni se considera que vale la pena preservarlas:

> Así la violencia se ejerce contra sujetos irreales, desde el punto de vista de la violencia no hay ningún daño o negación posible desde el momento en que se trata de vidas ya negadas. Pero dichas vidas tienen una extraña forma de mantenerse animadas, por lo que deben ser negadas una y otra vez. Son vidas para las que no cabe ningún duelo porque ya estaban perdidas para siempre o porque más bien nunca 'fueron', y deben ser eliminadas desde el momento en que parece vivir obstinadamente en ese estado moribundo. (Butler, 2006, p. 60)

La eliminación violenta de este tipo de vidas no deja huella debido a que no son reconocidas socialmente como pérdidas y, por lo tanto, no merecen un obituario ni duelo público debido a que no encajan en el marco cultural dominante de "lo humano". Si las posibilidades de duelo públicamente autorizado revelan las normas que producen "lo humano", esta distribución de diferencial del duelo, permite invisibilizar los efectos de la violencia de Estado y de las desigualdades sociales (Butler, 2006). Es decir, existe una relación entre la violencia que les puso fin a esas vidas, la delimitación de un universo de seres reconocidos como

"humanos" –y otros que no–, y la prohibición del duelo público. Parece decirnos Butler que la violencia extrema –silenciosa, natural y hasta deseada– puede ejercerse legítimamente contra quienes previamente habían sido despojados de su condición de *humano* (¿de ciudadano?).

No es casual que, tanto en dictaduras latinoamericanas como en los barrios pobres, se suela escuchar esta expresión popular, tan inquietante: que ciertos agentes del Estado han asesinado personas como si fueran perros, con el desprecio que se mata a un animal y no a un ser humano. Y que, en tiempos de pandemia, se normalice y naturalice que ciertos seres mueran en la calle, en la puerta de un hospital o abandonados en sus casas, sin que se les haya garantizado el derecho a la salud y a la vida y ni siquiera puedan gozar de un entierro digno.

Para Butler el duelo no sólo constituye el medio por el cual una vida se convierte en (o bien deja de ser) una vida para recordar con dolor, sino que al mismo tiempo reúne y recrea a la comunidad política nacional, en tanto revela los lazos que nos ligan a otros y que nos constituyen. Ella sostiene que estamos constituidos por aquellas muertes que recordamos con dolor, así como por las muertes que reprimimos, esas muertes anónimas y sin rostro que integran el fondo melancólico de nuestro mundo social.

Esta autora nos muestra la construcción de una comunidad nacional con derechos diferenciales, vidas y muertes que socialmente merecen más o menos la pena, cuerpos más protegidos y otros vulnerables frente a la violencia del Estado. Sin embargo, su pensamiento abre una posibilidad para el activismo y la movilización social: sacar del anonimato estas muertes, como resultado de una lucha política. Desde su punto de vista, el desafío es reconocer la vulnerabilidad y el sufrimiento de los otros (desigualmente distribuida a lo largo del planeta) y

asumir la responsabilidad colectiva por estas vidas y esas muertes. Esta es la batalla que emprenden diversos activistas de derechos humanos y se revela como un mecanismo eficaz para ampliar los límites de la ciudadanía y expandir los sentidos de lo *humano* (y en ese mismo movimiento la categoría *derechos humanos*).

Esto sucedió en plena dictadura militar, en Argentina: la conformación del movimiento de Derechos Humanos no sólo construyó una serie de demandas frente a la represión política clandestina, sino que también jugó un rol central en la definición misma del sentido de la expresión derechos humanos (Jelin, 1995). Partimos del supuesto de que la categoría derechos humanos en forma abstracta y descontextualizada poco significan y que la manera en que esta noción es traducida en la práctica depende de relaciones de poder forjadas en contextos locales (Fonseca y Cardarello, 2005). Si bien en teoría los derechos humanos son de un autoproclamado valor universal, de hecho su significado depende de cómo el concepto es políticamente y culturalmente articulado y se plasma en expresiones particulares (Caldeira, 2000).

En nuestro país durante los primeros años de la transición, la categoría derechos humanos quedó íntimamente ligada directamente al "problema de los desaparecidos" (Da Silva Catela, 2001). Fueron estos activistas los que batallaron para imponer ciertos sentidos sociales en la esfera pública: denominar al período como dictadura (antes que "proceso" o "años de plomo", como se solía decir en los primeros años de la democracia); referirse a los métodos de represión como terrorismo de Estado (cuestionando así la noción castrense de que se había librado una "guerra sucia" o una "lucha contra la subversión"); llamar a las víctimas detenidos-desaparecidos (y no "subversivos" o "delincuentes terroristas"); y a los delitos cometidos como imprescriptibles, de lesa humanidad.

A través de estas luchas, el movimiento de DDHH buscó demostrar que su crítica se centraba no en las 'fallas' del sistema dictatorial, sino en las lógicas de funcionamiento, los valores y las prácticas represivas que lo organizaban. Sin embargo, desde 1983 en adelante, el lenguaje de los derechos humanos se ha convertido en un lenguaje disponible y en un medio de representación de reclamos y luchas muy diversas: desde los familiares contra la violencia institucional a las Madres del Dolor, por nombrar solo dos demandas de justicia ver (Barros, 2008). De esta manera, estos grupos han denunciado que las violaciones a los derechos humanos, lejos de ser excesos o desmadres de seres maléficos, perversos o sádicos (que lo eran), anclan en la lógica de las instituciones estatales. Fundamentalmente, las policías y otras Fuerzas Armadas y de seguridad que tienen una larga tradición de desprecio por la vida, en las que la violencia esta naturalizada y la tortura es endémica.

A MODO DE CIERRE

Mucho más que en otras transiciones en América Latina, los DDHH ha sido un ingrediente fundamental de la nueva democracia en Argentina y se convirtieron en los fundamentos de la construcción de una cultura democrática, humanista, tolerante y pluralista (Jelin, 1995). Como ha planteado Sebastián Pereira, en nuestro país el movimiento de DDHH logró articular un proyecto político de democratización, definiendo los "contenidos mínimos" que guiarían la transición a la democracia y, con posterioridad a octubre de 1983, volviéndose un verdadero garante ético de los proyectos de democratización (Pereyra, 2008, p. 31, 34).

Pese a los avances y retrocesos en el juzgamiento de los crímenes de la

última dictadura, sin dudas, el protagonismo del movimiento de DDHH y su legado en torno a la defensa de la vida, marcó a fuego nuestra cultura política. Esto se evidenció en el lema "Somos la vida" que llevó a la presidencia a Raúl Alfonsín (1989-1989), un dirigente radical que integraba la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Aunque, sin dudas, los DDHH se institucionalizaron como una política de Estado con los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, entre 2003 y 2015 (Pereyra, 2008, p. 37 , 44).

Para cerrar vuelvo a la hipótesis con la que inicié este trabajo: ¿qué parentesco hay entre las luchas por denunciar los crímenes del terrorismo de Estado en Argentina y los modos que encontró el gobierno argentino de enfrentar una pandemia en 2020? El valor de la vida, el cuidado del otro y la importancia del Estado, tres pilares y valores democráticos y populares sobre los que tanto ha insistido en reclamar el activismo humanitario. Que nadie merece "morir como un perro"; que toda persona tiene derechos (civiles, sociales, económicos, culturales); y que el Estado no puede desentenderse de nuestro destino. De allí que, frente a los permanentes cuestionamientos que se le hacen a Alberto Fernández, una y otra vez, él responde contundentemente, apelando al legado del movimiento de DDHH: "De lo que estamos enamorados es de la vida, y por eso la cuidamos tanto".[2]

[2] https://twitter.com/OkSucesos/status/1278070059970244608.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Barros, M. (2008). Lenguaje, política y movilización social: la formación identitaria del movimiento de derechos humanos en la Argentina. En: Revista Sociedad Hoy (Universidad de Concepción, Chile), nro. 14, pp. 39-53.

Butler, J. (2006). Vidas precarias. El poder de duelo y la violencia. Buenos Aires. Argentina. Editorial Paidos.

Caldeira, T. (2000). Violence, Civil Rithts and the Body. En City of Walls. Crime, Segregation, and Citizenship (pp. 105-212). Los Ángeles, Estados Unidos de América: University of California Press.

Catela, L. (2001). Desaparecidos e dereitos humanos. Entre um drama nacional e um dilema universal. En Kant de Lima, R. y Reyes Novaes, R. (org.), Antropología e dereitos humanos (pp. 203-266). Niteroi, Brasil: Editora da Universidade Federal Fluminenese.

Fonseca, C. y Cardarello, A.1 (2005). Derechos de los más y menos humanos. En: Tiscornia, S. y Pita M. V. (comps), Derechos Humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil (pp. 6-41). Buenos Aires. Argentina. Antropofagia.

Jelin, E. (1995). La política de la memoria: El Movimiento de Derechos Humanos y la construcción de la democracia en la Argentina. En AAVV (eds), Juicio, castigos y memorias: derechos humanos y justicia en la política argentina (p. 101-146). Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.

Pereyra, S. (2008). ¿La lucha es una sola? La movilización social entre la democratización y el neoliberalismo. Los Polvorines. Buenos Aires. Argentina: EDUNGS.

CAPÍTULO VII

SALUD MENTAL Y TRABAJO EN CONTEXTO DE PANDEMIA - EXPERIENCIAS Y RESULTADOS PRELIMINARES DEL PLAN NACIONAL DE CUIDADO DE TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD EN ARGENTINA

JOSÉ LUIS AGUIRRE - ARNALDO MEDINA - PEDRO SILBERMAN - GUADALUPE LÓPEZ

RESUMEN

El trabajo humano tiene un rol estructural y estructurante en la vida cotidiana de los sujetos y los grupos, particularmente en la situación singular e histórica de la pandemia global de COVID-19. En este artículo presentaremos un plan creado recientemente por el Ministerio de Salud titulado Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud en el marco de la pandemia COVID-19. Su propósito es guiar a las instituciones efectoras de salud a realizar acciones para prevenir esta enfermedad y las consecuencias indirectas que la pandemia ocasiona en la salud del personal desde tres ejes estratégicos: 1) Políticas de Consenso, Rectoría y Articulación; 2) Políticas de Educación, Supervisión y Conocimiento; 3) Políticas para el Cuidado de los/as trabajadores/as. Se presentan resultados preliminares del plan y de una encuesta realizada en hospitales sobre la percepción de los niveles de riesgo de contagio por el uso y disponibilidad de elementos de protección personal, la situación de salud mental y las problemáticas de género. Los resultados sobre salud mental y género evidencian que la situación es más desfavorable para las mujeres y la mitad del equipo de salud encuestado expresa síntomas vinculados al malestar psíquico y emocional debido a la pandemia.

Palabras Claves: *Trabajo; Salud mental; Cuidado; Pandemia; Argentina.*

INTRODUCCIÓN

El proceso de trabajo de las y los trabajadores de la salud adquiere una configuración única porque moviliza a los sujetos en su totalidad: en cuerpo, intelecto, emociones y capacidad relacional. El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud, como son los hospitales, tienen características propias, sea por funcionar las 24 horas de los 365 días del año, como por trabajar con la salud, la enfermedad y el cuidado de las personas (Spinelli, 2013). La pandemia de COVID-19 puso en evidencia la necesidad de tener una política de salud pública presente en todo el territorio nacional y que asuma plenamente la tarea del cuidado y protección de sus habitantes y, en especial, de los y las trabajadoras de salud que se encuentran como protagonistas de este contexto. Considerando las determinaciones sistémicas generales, las grupales y las singulares que intervienen en la construcción del proceso salud-enfermedad-atención, el rol estructural y estructurante del trabajo humano en la vida cotidiana de sujetos y grupos, los contextos sanitarios y de la organización de los servicios sanitarios y la situación particular e histórica de la pandemia global, surge el interrogante que nos convoca: ¿cuál es la situación de salud y particularmente de la salud mental de las y los trabajadores de la salud de los hospitales públicos en Argentina?

Para abordar la pregunta anterior, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró, entre otros dispositivos y programas, el Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud (PNCTS), en el marco de la pandemia COVID-19 (República Argentina, 2020). El propósito de cuidar la salud de los y las trabajadoras constituye un objetivo fundamental en el actual contexto y la implementación del PNCTS representa una oportunidad para que se consolide y

se haga sustentable en el tiempo una vez superada la actual contingencia epidemiológica. En este sentido, el PNCTS es una estrategia innovadora y necesaria en virtud de fortalecer tanto la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación como la calidad de los servicios de salud y las condiciones en las cuales se desempeñan las y los trabajadores. En este artículo, presentaremos los ejes propuestos por el PNCTS y resultados preliminares de una encuesta realizada a equipos de salud sobre la percepción de los niveles de riesgo de contagio a partir del uso y disponibilidad de elementos de protección personal, la situación de salud mental y las problemáticas de género vinculadas con el trabajo.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. RELACIONES ENTRE TRABAJO Y SALUD

El trabajo constituye el principal articulador de la vida de quienes trabajan, y de quienes no. Si aceptamos que las condiciones laborales siguen siendo las ordenadoras de tiempos de trabajo y no trabajo, del tipo de relaciones intra y extralaborales, identificamos entonces que afectan no solo la salud de las y los trabajadores, sino también la de quienes integran su grupo familiar.

Consideramos que las formas de sufrimiento de los grupos sociales son el resultado, en términos de enfermedad, de la conflictiva social entre grupos hegemónicos y subalternos en la apropiación de los recursos materiales y simbólicos para la producción y reproducción social (Aguirre, 2009). Es así que los procesos y relaciones laborales son parte central de las condiciones sociales que afectan los procesos de salud-enfermedad. El trabajo constituye además un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de las personas y colectivos (Menéndez, 2009).

Por otro lado, el proceso salud-enfermedad tiene carácter histórico en sí mismo y nos permite plantear que el vínculo entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad biológico está dado por procesos particulares, que son al mismo tiempo sociales y biológicos. Esta perspectiva nos permite comprender cómo cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción (Laurell, 1982). En el caso de la relación trabajo-salud-enfermedad, es muy importante adoptar una posición inclusiva del proceso sociohistórico, de las condiciones de vida y de los modos de producción para comprender por qué, cómo y para qué los sujetos y grupos se enferman o son pasibles de enfermarse. Claramente, el sufrimiento mental aparece como expresión de un modo de producción social, en donde los sujetos y los grupos se encuentran, permanecen y se desarrollan en una trama de relaciones sociales conflictivas en un momento histórico y social determinado (Guattari, 1988).

De este modo, si bien en la actual pandemia de COVID-19 que aqueja al contexto internacional todas las personas pueden potenciar y realmente enfermar, en el caso de los equipos de salud se requiere especial cuidado, por el contacto directo con la posibilidad de contagio y por las condiciones de trabajo e idiosincrasias de los servicios de salud que actúan como factores determinantes. Asimismo, cabe considerar a la salud mental, las problemáticas de género y la conflictividad gremial e institucional como parte de los procesos de salud-enfermedad que atraviesan al trabajo en salud y que quedan muchas veces invisibilizadas. El conocimiento acerca de las relaciones entre trabajo y salud, de los riesgos ocupacionales y de la organización del trabajo son fundamentales para establecer medidas de promoción, prevención y cuidado en vista de mejores condiciones laborales y de bienestar. Este es el objetivo del PNCTS que nuestro Ministerio pone en marcha.

2. PARTICULARIDADES DEL TRABAJO EN SALUD

Según un trabajo de la OPS (2013), el trabajo en salud en las últimas décadas estuvo marcado por una serie de características de orientación neoliberal como son la pérdida de vínculos al interior del equipo de salud y de este con la organización, con las personas consultantes y con el trabajo mismo; además de precarización laboral, multiempleo, desigualdad salarial y jerárquica por género. Estas situaciones influyen en aspectos vitales de las y los trabajadores como los hábitos alimentarios o los períodos de sueño, percibiendo su actividad limitada y en ocasiones imposibilitada por la elevada demanda. Existe la representación de que los servicios están sobre demandados y manifiestan tener la impresión de no lograr hacer frente a las necesidades de las personas consultantes y/o de solo atender la urgencia, lo cual a su juicio afecta la calidad de la atención y su propia salud (Spinelli et al., 2013).

Los equipos de salud utilizan su experiencia laboral para enfrentar los problemas y suplir los déficits logísticos, programáticos y materiales que el sistema de salud presenta en cualquiera de sus dimensiones (OPS, 2013). Esta forma de trabajo produce sufrimiento, desgaste físico y psíquico. Como toda actividad humana es relacional: con, contra, a pesar de, compartida, en colaboración con otros/as y por ello se desarrolla y sostiene entre limitaciones y conflictos. El deterioro de las relaciones se pone en evidencia en el aumento del malestar dentro de las organizaciones entre actores institucionales teniendo su expresión más evidente en las problemáticas referidas a la salud mental. Este malestar es proclive a producir accidentes y contagios en el trabajo.

La pandemia de coronavirus, que se encuentra en pleno desarrollo en nuestro país, requiere de la fortaleza y dirección del sistema de salud para lograr

los mejores resultados posibles en el cuidado de la salud de la población argentina. Evidentes son los resultados sanitarios en términos de morbimortalidad en aquellos países donde los gobiernos no asumieron el compromiso de una política nacional que se responsabilice plenamente con la tarea del cuidado y protección de sus habitantes.

Los estudios indican que los y las trabajadoras de la salud superan el riesgo general de desarrollar COVID-19. Si bien la disponibilidad y el uso adecuado de equipos de protección disminuyen los riesgos, según la Organización Mundial de la Salud, el número de personal de salud infectado sigue aumentando (OMS, 2020). Durante el brote de SARS 2002-2003, uno de cada cinco casos en todo el mundo correspondía a trabajadores/as de la salud. En Italia, los datos recientes indican que hasta el 20% del equipo de salud se infectó por COVID-19.

En nuestro país, según los datos recabados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud, el porcentaje de profesionales de la salud infectados/as ronda entre el 12 y 14%. Si bien estos datos distan de los resultados de otros países, como China e Italia, es importante actuar en función de prevenir consecuencias más serias. Proponer procedimientos de cuidado en el trabajo y acompañar a cada profesional con entrenamiento y capacitación en el uso adecuado de los elementos de protección personal es una práctica recomendable para mitigar el riesgo de contagio (Guangming et al, 2020; U.S Departament of Labour, 2020). Junto a esto, y en esta contingencia, la salud mental de trabajadores/as es un tema que preocupa de manera particular. Los resultados de una encuesta multicéntrica en la que participaron 1.563 miembros del personal médico realizada en Guangzhou, China, informan que la prevalencia de depresión es de 51%, ansiedad 45%, insomnio 36% y síntomas de angustia 73% (Liu et al.,

2020).

En función de la criticidad del escenario epidemiológico que se atraviesa, el objetivo central del PNCTS es guiar a las instituciones efectoras de salud y aquellas con circulación SARS-CoV2, a realizar acciones para prevenir la COVID-19 y las consecuencias indirectas que la pandemia ocasionan en la salud de las y los trabajadores. Atender y promover el cuidado y autocuidado implica disponer de los conocimientos aplicados a esta dimensión de la salud, distribuirlos y democratizarlos poniéndolos a disposición de quienes lo necesitan.

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PNCTS

El proceso de implementación del PNCTS se desarrolló como construcción colectiva entre actores sociales (ministerio, autoridades hospitalarias, equipos de salud y organizaciones gremiales y sindicales), consensuando acciones que garanticen los derechos de las y los trabajadores, la confidencialidad de la información que se recabe, la libre elección de participación y los resguardos éticos en caso de surgir datos sensibles.

En su fase de implementación, el Plan estableció tres ejes estratégicos: 1) Políticas de Consenso, Rectoría y Articulación, cuyo objetivo se centra en promover acciones de coordinación entre las políticas del Ministerio de Salud de la Nación, las jurisdicciones y los servicios de salud en el marco de la pandemia para dar respuesta bajo estándares de calidad tanto en el cuidado de la salud de personas afectadas por COVID-19, como en la seguridad y cuidado del personal de salud; 2) Políticas de Educación, Supervisión y Conocimiento, con el propósito de desarrollar ambientes para la capacitación, entrenamiento y

supervisión sobre los procesos reales de trabajo, favorecidos por equipos de trabajo, procesos y tecnologías innovadoras de la información y comunicación; 3) Políticas para el Cuidado de los/as trabajadores/as, cuyas acciones se focalizan en la detección de escenarios de riesgo y en el acompañamiento del personal y sus familias.

Para el Eje 1 se trabajó, y se continúa trabajando, en la articulación de consensos progresivos con las conducciones gremiales nacionales y las diferentes jurisdicciones sanitarias en todo el territorio nacional. Con la complejidad que atañe esta tarea, se dialoga con representantes gremiales del personal de salud y las direcciones de los hospitales nacionales y provinciales. Esto implica acordar, en primer lugar, cuáles son los hospitales a abordar y cómo se construye y difunde la herramienta de exploración (una encuesta sobre niveles de riesgo). Se relevan también los diferentes conflictos gremiales, los problemas y obstáculos que conllevan las organizaciones hospitalarias y las modalidades de los procesos de trabajos de salud en el contexto de pandemia. Esos actores, sindicales y de gobierno, marcan el rumbo general de la logística de intervención y monitorean los resultados con la coordinación del Ministerio de Salud.

El Eje 2 consiste en la implementación de una encuesta que explora la percepción de los niveles de riesgo de contagio a partir del uso y disponibilidad de elementos de protección personal (EPP), situación de salud mental y problemáticas de género y trabajo. La exploración de la percepción del equipo de salud sobre la disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión de los EPP, nos permite acceder a un universo de representaciones y prácticas del cuidado de la salud, por parte de los y las trabajadoras causadas por una multiplicidad de determinaciones del proceso de trabajo. En este sentido, nos interesa saber qué sienten, qué percepciones tienen más allá del dato objetivo

sobre la disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión de los EPP. Estas percepciones producidas por el proceso de trabajo y el contexto sociocultural tienen el potencial de producir un determinado nivel de riesgo en dicho proceso.

La difusión e implementación de las encuestas se acuerda con las jurisdicciones de salud y las representaciones gremiales de cada hospital. El Ministerio de Salud Nacional articula y pone a disposición la supervisión y coordinación de dicho trabajo a partir de personal contratado a tal efecto. Las coordinaciones realizan el trabajo de enlace, articulación e implementación de la encuesta, la información de resultados e intervención en la devolución institucional junto al equipo de supervisión del PNCTS. De esta forma, se trabaja con los gremios y direcciones hospitalarias, los resultados de la encuesta, su adhesión, los problemas de implementación, los institucionales y la conflictividad organizacional, como también se proponen estrategias de cuidados pertinentes que revelan esos resultados. La encuesta se plantea como herramienta de testeo permanente y periódica de la situación de riesgo de las y los trabajadores.

El Eje 3 se implementa a partir de los resultados que arroja la encuesta y se acuerda con las representaciones gremiales y las direcciones de hospitales. Las medidas van desde la puesta a disposición de capacitaciones virtuales situadas y permanentes y cursos de prevención y promoción de cuidados ante la COVID-19 para el proceso de cuidados hospitalarios, organizados y suministrados por el Ministerio de Salud, hasta articular acciones de diálogo, acercamiento y facilitación de soluciones con diferentes actores institucionales de los distintos niveles (local, jurisdiccional y nacional). Estas soluciones son cambiantes y dinámicas ya que dependen de la realidad local, de la cultura

institucional y comunitaria del equipo de salud y las disponibilidades de tiempo y medios de conectividad de las diferentes regiones.

En el caso particular de la salud mental, y a partir de la percepción generalizada de los y las trabajadoras como problemática preocupante y urgente a resolver, se ha implementado una estrategia de atención por relevos. Está pensada en una forma de trabajo y acompañamiento a los equipos hospitalarios para que puedan expresar en forma grupal (presencial donde se pueda o virtual en la mayoría de los casos), sus preocupaciones, conflictos interpersonales, angustias y miedos, también sus proyectos y esperanzas. El relevo se da cuando el Servicio de Salud Mental no pueda abordar y escuchar a parte del personal del hospital en cuestión, ya sea por la imposibilidad laboral al encontrarse en estado de aislamiento por contagio presunto o confirmado, o por la imposibilidad transferencial debido al vínculo de proximidad. Cuando esto sucede acudimos con nuestra gestión para articular con la Dirección de Salud Mental Jurisdiccional para que envíe equipos profesionales. Si esto no es posible, y de hecho en las provincias más afectadas por la pandemia sucede debido a la circulación comunitaria del virus, intervenimos con recursos profesionales de la Dirección Nacional de Salud Mental y de la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento.

En este esquema se realizan reuniones grupales por servicios o grupos, según lo indiquen las y los trabajadores, y se da una instancia de conversación sobre cómo sienten y perciben este momento tan crítico para su vida laboral y su vida familiar. Es pertinente observar que, con más de 6 meses de crisis sanitaria, al momento de este estudio, los planteles de trabajadores están agotados, con altos niveles de conflictividad y contagios, con muchos colegas fallecidos y con la imposibilidad de hacer los duelos correspondientes. Este dispositivo se realiza en

siete provincias donde los índices de incidencia de la enfermedad son más altos, y se sigue ampliando a medida que va evolucionando la pandemia en el país.

RESULTADOS PRELIMINARES

La encuesta constituye una herramienta de análisis situacional para la implementación del Plan. Fue aplicada hasta el momento en 60 hospitales, 9 de jurisdicción nacional y 51 de jurisdicciones provinciales: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Fe, Santiago del Estero y Tierra del Fuego. Estos 60 hospitales tienen un total de 53.540 trabajadores/as. La encuesta fue contestada por el 31,3% de ese total, unos 16.779. De los 60 hospitales, 53 tienen atención de pacientes con COVID-19 y 7 sin pacientes con COVID-19; esto se traduce también en que en 53 hospitales hubo y hay personal de salud contagiado y en 7 no.

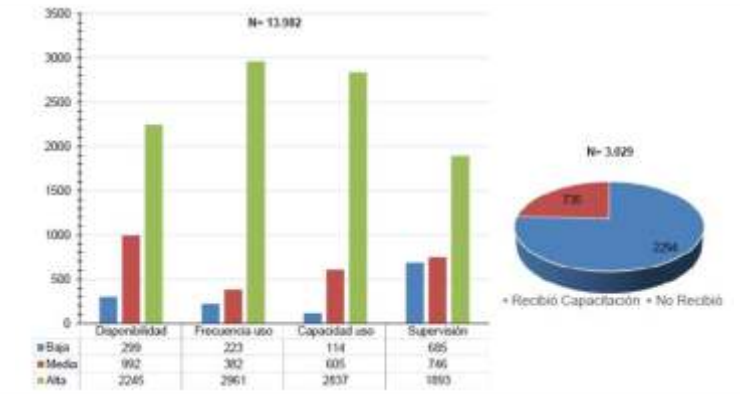
En relación con el Eje 1 podemos expresar que las tareas logradas exigen una articulación compleja con los actores sociales del proceso de trabajo en salud. Nos referimos a la búsqueda de consensos y acuerdos entre el Ministerio de Salud, las jurisdicciones, los hospitales (direcciones y jefaturas) y las representaciones gremiales. Esta articulación está determinada por la conflictividad coyuntural de las disputas por el salario y las condiciones de trabajo, además de los problemas más estructurales del sistema de infraestructura sanitaria en Argentina. La complejidad se traslada al nivel micro (organizaciones hospitalarias) donde los reclamos gremiales y los límites presupuestarios y de infraestructura se hacen presentes. En este contexto se realizan los acuerdos, y los avances no carecen de retrocesos y esperas. Esto

sucede porque el PNCTS se ha constituido en una intervención que produce demandas y permite expresar el malestar institucional, grupal y singular del equipo de salud. Debe agregarse además que se realiza en una situación muy cambiante dada la dinámica epidemiológica que modifica casi diariamente los contextos de trabajo. A medida que se avanza en el tiempo, los acuerdos son más exigentes y exploran áreas nuevas como la salud mental, las problemáticas de género y la infraestructura.

Con respecto al Eje 2, se puede observar en primer lugar que la participación de los y las trabajadoras en la encuesta es baja. Esto se debe a varias causas como: fallas en la organización y transmisión de la encuesta, dificultades en los acuerdos entre actores institucionales, fallas en la infraestructura y en la accesibilidad informática, determinantes culturales del personal, desconfianza en responder, agotamiento del personal de los diferentes servicios por la dinámica desgastante de la atención, y miedo a enfermar y a exponer los factores de riesgo. Estas situaciones se trabajan con las delegaciones gremiales y las direcciones de hospitales, pero aún no se logra aumentar los niveles de participación en la encuesta.

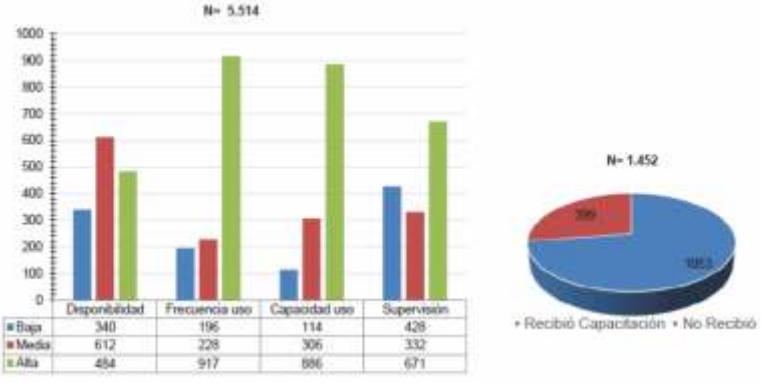
A continuación, en las Figuras 1, 2 y 3 exponemos los resultados de la encuesta sobre los niveles de riesgo del equipo de salud sobre la disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión en EPP en hospitales nacionales, hospitales de la provincia de Buenos Aires y hospitales de otras provincias. Los datos que figuran en los gráficos corresponden a julio 2020, relevados en 37 hospitales del país a partir de una muestra de 8.936 trabajadores y trabajadoras.

Figura 1.
Disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión en elementos de protección personal (EPP). Hospitales Nacionales, 2020.1



Fuente: Encuesta Plan Nacional de Cuidados 2020.

Figura 2.
Disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión en elementos de protección personal (EPP). Hospitales de la provincia de Buenos Aires, 2020.



Fuente: Encuesta Plan Nacional de Cuidados 2020.

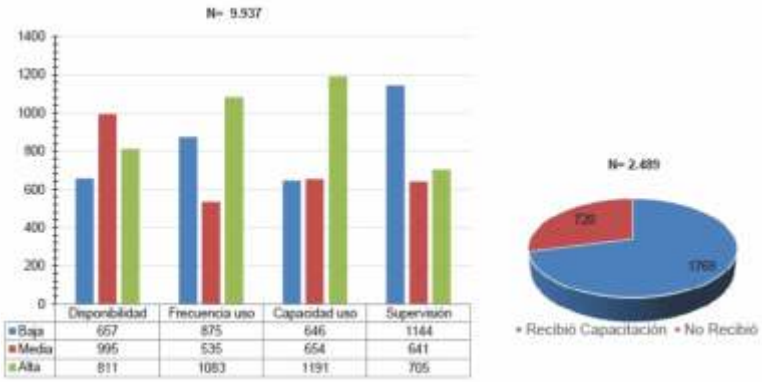


Figura 3.
Disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión en elementos de protección personal (EPP). Hospitales de las provincias de Chaco, Chubut, Entre Ríos, Rio Negro, Santa Fe y Santiago del Estero, 2020.

Fuente: Encuesta Plan Nacional de Cuidados 2020.

Los resultados de la encuesta expresados en los gráficos que preceden indican que tanto en los hospitales nacionales como en los de la provincia de Buenos Aires, las y los trabajadores perciben que la disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión de los EPP es alta y marcan una baja percepción del riesgo de contagio. Esta situación no es la misma en los hospitales del resto de las provincias donde los valores son más parejos entre la percepción de disponibilidad, uso, eficacia de uso, capacitación y supervisión de los EPP. La suma de las percepciones del riesgo alto y medio supera a la percepción de riesgo bajo. Las recientes preguntas incorporadas en la segunda aplicación de la encuesta sobre salud mental y género, nos está mostrando la situación desfavorable para las mujeres que trabajan en los cuidados de salud en comparación con los varones, ya que una gran proporción de ellas tienen la carga de ser único sostén de familia, pluriempleo y desgaste físico. En relación con los indicadores de salud mental, la situación es preocupante porque más de la mitad del equipo de salud encuestado expresa síntomas vinculados al malestar

psíquico y emocional, producto de la situación de atención de la pandemia.

Si bien los resultados son preliminares, están condicionados por una compleja red de determinaciones institucionales propias de cada contexto: matriz organizacional, incidencia y grado de participación gremial, estrategias comunicacionales desde el nivel central al jurisdiccional, modalidades de comunicación interinstitucionales, culturas colectivas y diversidades. En 18 hospitales están constituidos los Comités Operativos de Emergencia (COE) donde los resultados de las encuestas se retrabajan, en el resto no existen o están en proceso de construcción.

Por último, el trabajo sobre el Eje 3, a partir de los resultados de la encuesta, consiste en suministrar capacitaciones virtuales, situadas y permanentes sobre bioseguridad, cuidados personales, procedimientos y protocolos, y se está trabajando para producir capacitaciones sobre salud mental y problemáticas de género. También se producen espacios de conversación para mediaciones de conflictos institucionales, jurisdiccionales y relacionales entre los actores institucionales. A medida que aumenta la cantidad del personal contagiado y en riesgo, se avanza en encontrar soluciones más complejas para garantizar su salud en la mayor medida posible.

Especialmente, en relación con la salud mental, el dispositivo implementado permite escuchar, acompañar y contener las situaciones de angustia, miedo y ansiedad que produce el desgaste del trabajo. Este dispositivo ha permitido el reconocimiento en medio del conflicto de las potencialidades de los grupos para afrontar la crisis, instrumentar medidas de protección y cuidados entre ellos, y encontrar sentidos al sufrimiento que produce el trabajo. También ha permitido organizar tareas y argumentos para la mejora de las condiciones laborales y dar voz a quienes, como dice la mayoría, *"están en la trinchera"*.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

El PNCTS es una estrategia de intervención para el cuidado de los equipos de salud. Se caracteriza por ser procesual, compleja en acuerdos y gestora de incertidumbres. Se ha constituido en una herramienta eficaz para poner en discusión y reflexión a una gama diversa de actores institucionales y esta característica le da la potencia en su eficacia para lograr un mayor grado de cuidados y sus límites en relación con los tiempos para su implementación. El acuerdo con la diversidad de actores implica un gran desafío en un contexto de contagios crecientes, desgaste físico y emocional de los y las trabajadoras, y problemas estructurales en las organizaciones hospitalarias como lo edilicio, los procesos de trabajo y los conflictos gremiales. Se debe considerar también una situación previa donde se había degradado el Ministerio de Salud a Secretaría, con la consecuente disminución de poder político, presupuesto y capacidad de rectoría sobre las jurisdicciones y el sistema nacional de salud, tanto público como privado.

El PNCTS está aportando los primeros datos de la situación sanitaria sobre los cuidados, a través de las percepciones de sus trabajadores/as. Estos datos, aún escasos, nos marcan una tendencia que, creemos, se irá agudizando a medida que pase el tiempo y avance la pandemia de COVID-19. El desgaste físico y emocional son indicadores preocupantes que nos deben alertar porque son causas de mayor deterioro en la salud de los trabajadores y trabajadoras y en sus contagios.

1Dada esta situación, se están complejizando las respuestas que se dan desde diferentes lugares de gestión ministerial, hospitalaria y gremial a este problema. Lo esencial del sistema de salud son sus trabajadoras/es y cuidar de su

salud es una prioridad. Ahora bien, como dijimos al comienzo de este artículo, la salud del personal es producto de un devenir sociohistórico. Se inserta en una compleja red de determinaciones que abarcan lo social, lo político y lo económico, y en los diversos modos en que se expresa el proceso de salud-enfermedad-atención en la configuración del trabajo sanitario. Esas determinaciones, algunas estructurales y otras más atadas a los acontecimientos como la aparición de la pandemia, van moldeando una forma de desgaste físico y emocional que requieren respuestas eficaces y sostenibles en el tiempo para el cuidado de la salud. Creemos que cuidar la salud mental de las y los trabajadores es la respuesta ética y pertinente del sistema sanitario en todos sus niveles. Estas respuestas son producto de una organización colectiva que encuentra acciones y sentidos para afrontar el acontecimiento sanitario más importante que hemos tenido como generación. Ese es el desafío y ese es el objetivo central del PNCTS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguirre, J. (2009). Epidemiología de Salud Mental y Migración interna. Estudio descriptivo sobre autopercepción de sufrimiento mental en un grupo de familias emigrantes que residen en la ciudad de Venado Tuerto, Pcia, de Santa Fe, Rep. Argentina [Tesis de Especialización]. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario, Argentina.

Guangming, Y. et al. (2020). Environmental Contamination of SARS-CoV-2 in Healthcare Premises. Journal of Infection, 81(2).

Guattarí, F, Rolnik, S. (2013). Micropolítica. Cartografías del deseo. Buenos Aires. Argentina. Tinta Limón.

Laurell, A.C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos Sociales, 19.

Liu, S. et al. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet, 7(4).

Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 37 [Internet]. 26 feb [citado 29 sep 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e_2

Organización Panamericana de la Salud. (c2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington DC: OPS.

República Argentina. (2020). Resolución 987/2020 [Internet]. Boletín oficial. 4 jun

[citado 29 sep 2020]. Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230256/20200608.

Spinelli H. et al. (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado. Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires. Argentina. OPS/OMS.

U.S. Department of Labor. (2020). U.S. Department of Labor offers guidance for preparing workplaces for coronavirus [Internet]. 9 mar [citado 29 sep 2020]. Disponible en: https://www.dol.gov/newsroom/releases/osha/osha20200309.

Notas:

[i] Para la construcción del lenguaje no sexista se tomaron las sugerencias de la *Guía para una comunicación con perspectiva de género* del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. De esta manera, utilizaremos los artículos de manera desdoblada y alternada.

[ii] Acrónimo del inglés *coronavirus disease* para enunciar la enfermedad por coronavirus identificada en 2019.

[iii] El Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité Internacional de Taxonomía del Virus, ha propuesto que el presente virus se designe coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2).

TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS A PARTIR DE LA INTERVENCIÓN EN LA MICROPOLITICA

SILVIA NOEMÍ CARCAMO – MARÍA DEL CARMEN ALCARAZ

Para los que están involucrados en los más diversos frentes de lucha y acciones en defensa de un sistema de salud para todos- universal, igualitario, de calidad e implicado en la construcción de ciudadanía-no resulta extraño que uno de los temas más tratados y problemáticos en su organización haya sido como se estructuran y se gerencian los procesos de trabajo en los distintos tipos de establecimientos que ofrecen servicios de salud , esencialmente comprometidos con la defensa de la vida individual y colectiva.

(Merhy, E.)

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de los años 90' hemos participado en esfuerzos por concretar la articulación de proyectos de la Región Sanitaria VI con las (macro) políticas de la Provincia de Buenos Aires. En ese período comenzamos con proyectos de intervención en la (micro) política hospitalaria. Siendo nuestra tarea la de capacitación para la salud, en ese contexto generamos una metodología de diagnóstico de necesidades de capacitación que nos permitiera tomar decisiones informadas en ese campo. Esta propuesta metodológica fue muy bien recibida hasta el punto de recibir premiaciones, antes y después de ser aplicada en dos hospitales de la Región Sanitaria VI. Más de 20 años después, hacemos una revisión metodológica con su correspondiente fundamentación y avanzamos

hacia una vinculación de la misma con la perspectiva que planteamos en la teoría de cuidados del Buen Vivir y del Bienestar. Indudablemente, no abandonamos la idea de que estas propuestas teóricas y metodológicas, tienen el sentido de ser un aporte en el sentido que plantea Merhy (2016), o sea, a la defensa de un sistema de salud, que en la Argentina de la pandemia y la pospandemia, está y estará, esencialmente comprometido con la defensa de la vida individual y colectiva. Y en ese mismo sentido se busca, y así queda expresado en los documentos y acciones oficiales actuales (año 2020-2021), que sea para todos y todas, universal, igualitario, de calidad e implicado en la construcción de ciudadanía. Esto nos lleva a la necesidad de pensar cómo se estructuran y se gestionan los procesos de trabajo en los distintos tipos de establecimientos que ofrecen servicios de salud en este nuevo contexto, o sea, como se lleva adelante la micropolítica del cuidado en esos espacios de trabajo en salud.

CONTEXTO POLÍTICO

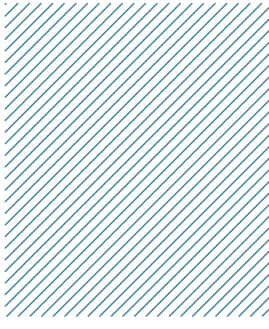
Cuando todavía estábamos en el siglo XX, durante los 90´, las lógicas capitalistas teñían el trabajo de los y las argentinos/as, también el de la mayoría de los/as trabajadores/as de América Latina y el Caribe. El proceso iniciado en la posguerra con los acuerdos de Bretton Woods, que se dieron en julio de 1944, le permitió a Estados Unidos de Norteamérica, como el principal acreedor de los países combatientes, que su moneda se convirtiera en la divisa fuerte de la posguerra (Martínez Rangel y Reyes Garmendia, 2012). Posteriormente vino el Consenso de Washington en 1989, promovida por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Secretaría del Tesoro del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica convirtiendo así a América Latina, en un campo de

experimentación del neoliberalismo por tres décadas, ya que el fundamento teórico de este consenso, eran la teoría económica neoclásica y el modelo ideológico y político del neoliberalismo. (Vilas, 2011; Martínez Rangel y Reyes Garmendia, 2012).

Los escasos logros del neoliberalismo en América Latina, entre otros factores, en la primera década del siglo XXI, promovieron el crecimiento del desarrollismo, con la búsqueda de la recuperación del Estado para el desarrollo y bienestar, aunque, a diferencia de experiencias anteriores, en dialogo con la actividad privada. Mientras tanto desde Washington no se han visto con buenos ojos esas nuevas perspectivas políticas en América Latina, y apoyados en los grupos de poder locales surgidos al amparo de las anteriores políticas neoliberales, y con innegable capacidad de resistencia, han seguido operando y avanzando con los recursos de poder que han mantenido, " los medios de comunicación masiva, el poder del dinero, el control de sectores estratégicos de la producción y la distribución, los contactos externos, el poder judicial." (Vilas, 2011, p.72).

PARADIGMA CIENTÍFICO

Vivimos un momento en el que cada vez más y, hasta cierto punto, gracias a estudiosos como Edgar Morin, entendemos que el estudio de cualquier aspecto de la experiencia humana ha de ser, por necesidad, multifacético, en que vemos cada vez más que la mente humana, si bien no existe sin cerebro, tampoco existe sin



tradiciones familiares, sociales, genéricas, étnicas, raciales, que sólo hay mentes encarnadas en cuerpos y culturas, y que el mundo físico es siempre el mundo entendido por seres biológicos y culturales.
Pakman, M.

Es desde Edgard Morin que pensamos el paradigma de los cuidados del Buen Vivir y el Bienestar. Desde los años 70 a los 90, Edgard Morin fue desarrollando ideas que culminan en lo que se denomina pensamiento complejo, que en la actualidad se ha configurado como un paradigma científico y como tal ha ido impregnando las diversas actividades humanas, ya que responde a las exigencias de nuevas preguntas científicas y nuevas exigencias en la praxis.
Señalaremos algunos aspectos relevantes para este trabajo del pensamiento complejo.

> Morin entiende que su producción teórica marca un camino al que somos invitados a recorrer, con la posibilidad de participación, con la posibilidad de ser parte de esa aventura, que no es nunca un producto acabado. En ese sentido más que sujetarnos a enunciados, nos propone encontrar la forma de articular esa manera de pensar con una manera de hacer compleja, con una manera de incluir en nuestras prácticas cotidianas, la complejidad, sea cual fuere nuestro campo de acción (Pakman, 1994, p.9).

Desde una perspectiva semántica el término complejidad hace referencia a fenómenos u objetos que se componen de elementos diversos, los cuales establecen relaciones recíprocas entre sí y configuran un todo. Pero en esta configuración del todo –la ciencia física– ha puesto de manifiesto que se suceden eventos, acciones, interacciones, determinaciones y azares que le dan a nuestro mundo fenoménico rasgos de confusión, incertidumbre y desorden (Morán Beltrán, 2006, parr.5).

Pertinente para traer a este análisis también, son las producciones de los pensadores a los que se acercó Morin, tales como Gregory Bateson, quien había trabajado intensamente para introducir la Teoría de Sistemas, a la que más adelante haremos referencia en forma práctica y la Cibernética, áreas de trabajo, que en el campo de lo social Morín también contactó con las producciones de Jacques Sauvan y Henri Laborit. Incluso avanza sobre una visión ética de lo bio-físico a partir de su vinculación con ecologistas californianos. Surge entonces en Morin, esta forma de concebir la estructuración de las ideas y de la práctica consecuente con esas ideas, el concepto de transdiciplina, también relevante para nuestro análisis (Pakman,1994, p. 7). En coherencia con aquella visión ética de lo bio- físico, en la actualidad, Morin ha explicitado su adhesión a la perspectiva del Buen Vivir a tal punto que generó una integración personal de la idea del buen vivir para Francia e invita a que cada nación lo haga con sus propias especificidades (25 de mayo de 2016).

Duarte Nunes, en el prólogo del libro de Breilh J. (2003), celebra que éste lleve al campo de la salud las contribuciones más recientes de una nueva epistemología como la de Edgard Morin y Buonaventura de Sousa Santos, que le sirve para pensar la salud y la epidemiología y plantear una lucha contra algunas lógicas dominantes en la ciencia y su método:

> a) la lucha contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista; b) la lucha contra la realidad eurocéntrica y androcéntrica, la uniculturalidad de la ciencia; c) la lucha contra el predominio de las teorías que podríamos llamar "totalizantes" o megarelatos impositivos; y, d) la lucha por un replanteamiento de la relación entre el conocimiento académico- que se asume como la única expresión del saber científico- y el conocimiento popular (p. 23).

MODELO DE SALUD

Breilh (2003) propone referirse al concepto de paradigma en términos de proceso, que haga posible analizar la relación episteme- modelo- praxis y que permitan explicar el proceso histórico implicado en la construcción, oposición y superación de los paradigmas de la ciencia. Es lo que intentamos hacer en esta síntesis introductoria, antes de plantear una metodología de trabajo en la micropolítica del cuidado desde nuestra perspectiva, en el sistema de salud. Por eso es relevante señalar las vinculaciones del paradigma de la complejidad según Morin, con un modelo de salud, del cual es resultante la teoría de cuidados del Buen Vivir y el Bienestar, entendiendo con Breilh que la ciencia está inserta y ligada a la vida colectiva, la praxis en salud en nuestro caso. En ese caso, modelo es una categoría más específica que paradigma.

No es ocioso remarcar que hay modelos con los que la Teoría del Buen Vivir y el Bienestar no concuerda. No concuerda con una ideología sanitaria biologista, que entiende a los problemas de salud como problemas individuales, alejados de la normalidad biológica, un modelo de salud que considera que la

etiología y la patogenia de las enfermedades solo remiten a las causas y a la forma de respuesta médica. Entendiendo que estas concepciones se potencian cuando la perspectiva de un sistema de gobierno, lo hace desde concepciones neoliberales, donde prevalecen los valores ligados al mercantilismo, y en ese caso el costo de la salud es un gasto y no una inversión. No acuerda además, porque esta concepción está vinculada con una doble circunstancia: por una parte la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población, sino solo para aquella que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar y en estrecha relación con lo anterior, entran las consideraciones de costos, lo decíamos antes, de modo que la atención primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema (Testa, 1996).

Frente a estas lógicas capitalistas, existe otra lógica, la de un sistema de salud universal, solidario con el sufrimiento ajeno, que sea generoso con la fragilidad humana (Franco, y Merhy 2016), con ese modelo acordamos. También con el modelo del Estado de Bienestar, que algunos/as denominaron "a la sudamericana" (a partir de los modelos europeos) refiriéndose al que defendía Ramón Carrillo cuando proponía las prestaciones universales vinculándolo a la ciudadanía y no solo a las/os trabajadoras/es, financiado con recursos públicos (Ramacciotti 2009). Acuerda con un modelo de desarrollo del bienestar y la felicidad que se relacionan positivamente con la promoción de la salud psicofísica y la prevención de conductas de riesgo. Por lo tanto, la promoción de la salud y de la calidad de vida, vista como una necesidad sociopolítica de primer orden y un objetivo fundamental interesado en el bienestar de sus ciudadanos.

(Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, 2019).

La Teoría de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar también acuerda con lo que fue conceptualizado por diversos autores como la experiencia socio ambiental de los pueblos indígenas andinos y amazónicos, asentada en las prácticas que encarnan otros modos de comprender y de configurar la relación del ser humano con la naturaleza, no para convertirlo en un nuevo modelo universal, ni un simple remplazo instrumental del concepto de desarrollo, sino un referente para imaginar la posibilidad de construir otros mundos. Buen Vivir como una forma de vida en armonía con uno mismo, con la sociedad y con la naturaleza (Hidalgo Capitán y Cubillo Guevara, 2015). El concepto del Buen Vivir, asimismo, se confronta haciendo una analogía con la noción del bien común de la humanidad, cruzando por los linderos del análisis de las condiciones del metabolismo social, se consideran otras orientaciones que retoman otros conceptos de pueblos indígenas, de mujeres indígenas, y experiencias de la minería a cielo abierto que devasta la tierra habitada (Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, 2019). Y en ese mismo sentido, acuerda con un modelo de salud que considere el medio ambiente como contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva. Manteniendo una relación parte-todo, que se apoya en los dos conceptos componentes de la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar, dicho en otras palabras, para analizar la salud, no es posible pensar el ambiente solo como geografía y sus condiciones ecológicas, solo como un reservorio estático de factores climáticos, contaminantes, vectores de trasmisión infecciosa, etc., sino como un espacio que se estructura históricamente, y donde quedan expresados los efectos beneficiosos y perjudiciales de la organización social, y donde el entorno natural es un mediador

necesario en la transformación de las condiciones sociales para favorecer la salud o para promover la enfermedad (Breilh, 2003).

POLÍTICAS DE SALUD

Siguiendo a Breilh (2003) que cita a Borón (2002) acordamos la importancia de resaltar la búsqueda de emancipación y las conquistas sociales, como estrategia política de los oprimidos, para alcanzar la salud pública como sujeto organizado a partir de trabajar con las contradicciones surgidas de las situaciones impuestas.

Es relevante en ese sentido pensar en la macropolitica en salud que, en la Argentina, desde el siglo XIX paso a formar parte de la agenda del Estado, debido a la preocupación por los constantes brotes epidémicos que atentaban contra cualquier proyecto de modernidad además de diezmar la población. En 1946, se creó la Secretaria de Salud, perdiendo así, los asuntos de salud, la vinculación que durante sesenta años tuvo con el Ministerio del Interior, transformándose posteriormente, en 1949, en el Ministerio de Salud. Es así como se va instalando la planificación con objetivos políticos, para ofrecer soluciones a las distintas problemáticas sanitarias regionales, implementada por cuadros técnicos. Cobraron gran trascendencia acciones de prevención de la enfermedad y atención hospitalaria universal, a las que, hasta ese momento, solo accedían los sectores pudientes. (Ramacciotti, 2009, p. 13-15).

Siempre en el siglo XX, un referente importante del sanitarismo argentino, Floreal Ferrara, como si fuera hoy, plantea en 1993 que

"puede aceptarse didácticamente que se diga que

> atravesamos la crisis más grave del país. En realidad, se trata del derrumbe del sistema. No hay posibilidad de articular las diferencias. Esto implica la pérdida del sentido nacional y la consiguiente destrucción de los objetivos comunes de los integrantes mayoritarios de la comunidad" (p. 260).

Toda la propuesta de Ferrara (1993) apunta a construir una política en salud que tienda a la revolución con límites nacionales, que se aleje de toda dependencia colonial y con plena participación del Estado, y en ese sentido se apoya en la perspectiva de bienestar, el bienestar que desde la salud se consigue con el legítimo ejercicio del poder popular y donde los/as trabajadores/as tienen una responsabilidad que potencialmente puede evitar que sucumba su trabajo, que aumente la desocupación y el destrozo de las instituciones de salud. El proyecto común que propone Ferrara, debe hacerse con un encuadre teórico preciso. Subrayamos esa idea ya que la propuesta metodológica que haremos, para el trabajo en la transformación desde la micropolítica en las instituciones de salud, estará iluminada con una mirada teórica, la de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar.

CUIDADO Y MICROPOLÍTICA

Sabemos que cualquier encuadre teórico no se interioriza mecánicamente en la subjetividad de las personas o grupo de personas, en este caso, trabajadores/as de la salud. La subjetividad social es la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio

social concreto, como familia, escuela, grupo informal, sistema de salud etc. está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales. Expresa las producciones simbólicas y emocionales, configuradas en las dimensiones histórica y social de las actividades humanas; tanto de las personas involucradas en un espacio social, como de ese espacio social en su articulación con otros. Así el sentido subjetivo fundamenta una definición de subjetividad, que no se restringe a los procesos y a las formas de organización de la subjetividad individual, sino que involucra la definición de una subjetividad social. No existen invariantes universales que estén en la base de la producción de sentidos subjetivos, ellos se forman de manera diversificada en la vida social, a través de la historia y los contextos actuales de esa vida social. Todo el material simbólico y emocional que constituyen los sentidos subjetivos se producen en la experiencia de vida de la personas, no como operaciones que se interiorizan sino como producciones que resultan de la identificación, comparación e interrelación entre las disposiciones subjetivas de los sujetos implicados en un campo de actividad social y los sentidos subjetivos que emergen de las acciones y procesos vividos por esos sujetos en esos espacios, que son inseparables de las configuraciones de la subjetividad social en la cual cada espacio de vida social está integrado.(Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, 2019)

Otro aspecto a tener en cuenta para pensar la micropolítica, es el de "determinante" que está vinculado al análisis sobre la configuración de la subjetividad social. En salud está muy difundido el concepto de determinante, aplicado frecuentemente a determinantes sociales y que la Organización Mundial de la Salud (O-M-S.) también subraya. Reconociendo que la noción de determinación social de la salud, es una idea de ruptura que surge del pensamiento crítico del movimiento latinoamericano de medicina social, ahora

conocido como salud colectiva (Breilh., 2013). Nos interesa la perspectiva que se desprende de la teoría de la complejidad y que Breilh (2004) también plantea, implicando que entre lo macro y lo micro existen dos movimientos simultáneos y opuestos, relación que va de lo general a lo singular y otro de lo singular a lo general. Esto es, de lo macro a lo micro, que es el caso de los determinantes sociales, por ejemplo; y de lo micro a lo macro, movimiento vinculado a la autonomía relativa que otorga la capacidad de influir desde lo particular en lo general, según el pensamiento de Morin y de Breilh. Siguiendo esta última idea, la epidemiología crítica propuesta por Breilh, dispone conceptos y prácticas al servicio de los "sin poder", en busca del empoderamiento de estos sub alternos y explotados, para lograr acceso al bienestar y libertad plenos, como acto político y epistemológico. Desde la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar llamamos a los "determinantes", también "condicionantes", debido a que reconocemos la otra relación que parte de lo singular, a lo general, y que se apoya, como dijimos antes, en la autonomía relativa de lo singular, que Breilh promueve. En síntesis, no podemos pensar la relación de lo general con lo particular solo como determinante, sino también, relativizándola, como condicionante. Condiciona en la medida que influye, aunque no lo determina, si lo particular tiene, por lo menos en términos de ciencias sociales, la capacidad de cierto "autogobierno", capacidad a la que apelamos en esta propuesta.

Si unimos todos los aspectos de la subjetividad, con el concepto de determinante- condicionante-autogobierno, el sujeto corresponsable que se piensa desde el Estado, pensemos en quienes cuidan desde el Estado; y el sujeto de deseo que se piensa desde la carencia y genera deseo, pensemos en los sujetos de cuidado; ambos se funden en un escenario político que anima la tensión hacia el otro, en un marco de igualdad jurídica, desde una filosofía de la

inclusión. Escenario político, micropolítico en este caso, más dinámico, solidario y creativo. Siguiendo esta idea, entendemos a la Enfermería como una ciencia humana, construida más allá del positivismo científico-tecnológico, dado que nuestro objeto de estudio lo constituyen los deseos, problemas, las estrategias de acción e intervenciones que se presentan en el curso de la reproducción social, asumiendo un compromiso social con el buen vivir y el bienestar de las personas, familias, grupos, comunidades y pueblos (Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, 2019). Si interpelamos desde todo lo expuesto precedentemente, a la conceptualización del "Cuidado como acción", se instalan los aspectos relacionados a los vínculos, entendidos como los sistemas de relaciones, en el sentido del correlato del lazo social, las formas de redes de sostén, de mecanismos de sostén que establecemos las personas en todo el ciclo vital. El lazo social, como aquel o aquellos procesos vinculares que afectan u operan sobre la persona o su condición micro- social, y que desde este espacio individual- personal- singular, afecta lo macrosocial. El lazo social no es unidireccional, sino que debe ser evaluado en relación a otro/a u otros/as. Lo social está marcado entonces por las relaciones humanas que se establecen en diferentes contextos y que al incorporar determinadas pautas de interacción, se convierten en relaciones grupales, sociales, de trabajo, etc. y se concretan en comportamientos objetivos que no se generan de manera espontánea pues tienen un referente interpretativo-vincular, responden a una comprensión y una asimilación particular de la realidad con la que se interactúa, a la vez que incorporan pautas circunstanciales que las pueden modificar en su naturaleza. La subjetivación de la realidad cobra valor objetivo cuando se devuelve a la realidad en forma de acciones, de cuidados, cuando las decisiones de actuar en un sentido determinado, se respaldan con las acciones humanas, en condiciones reales

objetivas que las contextualizan y que, a su vez, pueden facilitarlas o entorpecerlas, al definir el rango en que puede realizarse la voluntad (Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, 2019).

DESDE CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR, AL DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN LA MICROPOLÍTICA

Merhy (2016) desde el concepto de "autogobierno" se plantea la posibilidad de la "privatización" del uso del propio espacio de trabajo cotidiano, sin tener que rendir cuentas de qué hace y porque se hace, y es siguiendo esta idea, que entendemos que necesariamente, en el esfuerzo por mejorar la calidad de los cuidados, es importantísimo abordarla desde la micropolítica, en eso que Merhy (2016) denomina el "acto vivo en salud". Y en ese sentido la investigación-acción, permite diagnosticar en los micro-espacios (hospital, centro de salud, comunidad), y habilita a generar instancias de capacitación, que, en la última etapa de nuestros estudios, fue muy bien valorada por la mayoría de los/as entrevistados/as, lo que permitiría obtener un mayor conjunto de saberes, del cual se dispondría para la producción de cuidados de salud.

> ...la investigación acción implica que un investigador...entra a una institución o comunidad para hacer investigación junto con y no sobre los participantes. Ese tipo de investigación acción se llama investigación acción participativa (IAP) y proviene de una tradición latinoamericana de Paulo Freire (1968) y Orlando Fals Borda (1991)... (Anderson, y Kathryn Herr, 2007)

Hay que considerar que hay diversas formas de pensar la posición del investigador según Anderson, y Kathryn Herr, (2007): desde adentro (el/la investigador/a se estudia a si mismo/a o a su práctica); desde adentro en colaboración con colegas; desde adentro en colaboración con facilitador/a; colaboración recíproca (equipo desde adentro y afuera); desde afuera en colaboración con los/as de adentro; investigador/a estudia los/as de adentro, desde afuera.

En síntesis, el cuidado como acción, es un proceso que tiene un horizonte hacia el que se apunta, constituido por una totalidad históricamente determinada; emprender el camino hacia esa totalidad presupone además correlación de fuerzas sociales y participación de actores que se organizan desde un territorio concreto, dotándose de voluntad consciente -porque se sabe lo que se quiere conseguir- y dirección política -porque se sabe hacia dónde apuntan con los cambios que propugnan- (Cárcamo S., 2019)

Si vamos a introducirnos entonces en el diagnóstico e intervención desde la gestión de cuidados, será necesario acercarnos a teorías y metodologías que nos ayuden a pensar esta tarea.

La teoría de sistemas fue uno de los descubrimientos que pusieron en jaque a la concepción newtoniana del mundo. Haremos ahora un breve esbozo de ella. La teoría general de sistemas, se encuentra ligada en su origen a la termodinámica, a la cibernética, la teoría de la información y a la biología, y "todas sus variantes e interpretaciones tienen un propósito común: integrar los diversos campos de estudio mediante una metodología unificada de conceptualización e investigación"[1] (López Ramírez, 1998, pag.108).

Comporta también aspectos ideológicos que hay que considerar, la tecnocracia se apoya en estas herramientas, en este caso apuntamos a otra

[1] López Ramírez O. Cita a Papaport (1979).

perspectiva, como ya lo venimos señalando. La tecnocracia está vinculada con un fenómeno denominado la Nueva Gestión Pública (NGP) que tiene relación con lo que se llama "New Public Management" (NPM), que no es otra cosa que la política neoliberal aplicada a propuestas de "modernización" de las administraciones públicas, tendientes a su ajuste. La NGP apunta a minimizar el rol del Estado, con raíces en el Consenso de Washington. La NGP subraya la ampliación de la capacidad institucional y la eficacia del Estado para el buen funcionamiento de los mercados. Surgen desde esta concepción, un conjunto de medidas en el terreno administrativo, fomentando una mayor competencia basada en méritos (de allí la "meritocracia"), apertura del sector estatal para articulación con el sector privado, la descentralización y prácticas de participación como las encuestas de clientes. Aparece así un nuevo vocabulario, tales como "gestión por resultados", "mejora continua de la calidad", "satisfacción al cliente" o "gerencia de contratos". No se trata de técnica -políticamente neutral-, sino que contiene una ideología que hay que poder reconocer, se trata de la tecnocracia (López, 2005).

CASOS Y AUTOCRÍTICA

Varios nombres están asociados a la teoría de sistemas: Bertalanffy quien hizo la primer formulación de la teoría general de sistemas, señalando la diferencia entre sistemas abiertos que pueden alimentarse de materia y de información (p. ej. los organismos vivos), y cerrados (máquinas). Von Foerster, que estudió las leyes del cálculo en los organismos vivos y los problemas de autocognición y autoorganización. Gunther elaboró una lógica operativa y polivalente, alternativa a la lógica bivalente. G S Brown mostró las formas básicas que subyacen a las leyes de la lingüística, matemáticas y física (Papapor, 1979).

Dos son los conceptos fundamentales de la teoría de sistemas, el concepto de sistema y el de entorno. Sistema es un conjunto de elementos interrelacionados entre si cuya unidad le viene dada por los rasgos de esa interacción y cuyas propiedades son diferentes a cada uno de los elementos. El entorno es el conjunto de elementos que tienen influencia sobre los elementos del sistema o son influidos por él. La concepción de un sistema es un conjunto finito de elementos que la forman. La estructura expresa el conjunto de relaciones existentes entre los elementos que lo componen. Cada uno de los sistemas que se interpenetran son para el otro, entorno. La interpenetración permite la formación de distintos niveles de complejidad. Toda interpenetración se encuentra dominada en su conjunto por un esquema binario de conformidad-rechazo (Papapor, 1979).Presentamos más adelante, un esquema, que se utilizó en las dos experiencias que se mencionaron antes en este capítulo, que responde a la lógica de la teoría de sistemas, y permite hacer un análisis, con la utilización de diferentes fichas- herramientas, de las mencionadas estructuras de cada

sistema/servicio del hospital, en cuanto a conjunto de relaciones existentes entre los elementos del sistema bajo análisis, como ya dijimos y el entorno, como sistemas que se interpenetran. Este proceso de análisis permite realizar un diagnóstico de necesidades/problemas a ser resueltas/os desde la gestión institucional, entre ellas/os, la capacitación en servicio. Los casos a presentar son dos, inscriptos dentro de las acciones planificadas por el equipo regional de capacitación de la Región Sanitaria VI. Ese equipo, formado en ese entonces, finales de los 90´, por el Responsable Regional de Capacitación, la Coordinadora Regional de Enseñanza de Enfermería, la Coordinadora Regional de Enseñanza de Diagnóstico y Tratamiento, el Coordinador Regional de Capacitación Profesional, pedagogas/os y Administrativas/os. Dependiendo técnica y administrativamente de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y operativamente de la Coordinación Regional. La tarea del Equipo de Capacitación de la Región Sanitaria VI debía atender las problemáticas en el área de formación, capacitación, asistencia técnica y especialización, dentro del sector salud en la Región Sanitaria VI. Eran el capital humano, dependiente de este equipo, los docentes de todas las carreras y cursos designados por el Ministerio de Salud en la Región sanitaria VI.

En la planificación realizada por ese Equipo para el trienio 1998-2000, el eje de trabajo que se señala es la Calidad de Atención y de Gestión en el Subsistema Público de Salud, siendo la prioridad, la problemática de la población materno infantil y la estrategia de abordaje es el trabajo con la Red de Educación Permanente, cuya formación se inició en esa etapa y era propiciada por el equipo regional de capacitación. Formaron parte de esa Red, representantes de Escuelas de Enfermería, docentes especializados en problemáticas atendidas,

representantes de hospitales, municipios, programas de salud y áreas de la región sanitaria VI.

La Región Sanitaria VI comprendía 9 municipios del sur del conurbano bonaerense, con 23 hospitales públicos, en una superficie de 1.207 Km2, con 3.100.000 habitantes (años1998-2000).

En general esos proyectos respondían y se justificaban en la intención de sus directivos/as de diagnosticar la situación general de la institución que dirigían, en esos casos, fueron dos hospitales, donde se pudo como mínimo obtener un diagnóstico de necesidades de capacitación y como máximo una intervención de capacitación en servicio que respondiera al diagnóstico realizado, ya que esos/as directores/as, consideraban a la formación y capacitación, como uno de los ejes de sus gestiones. En otras dos instituciones hospitalarias que requirieron formar parte de este proyecto, no se alcanzó a implementar en el período en que se trabajó con el mismo.

La complejidad y la amplitud de los problemas que atravesaban y aun hoy atraviesan a las instituciones sanitarias, exige un profundo análisis de tal manera que se pueda discriminar que cuestiones deben ser abordadas desde la capacitación y que cuestiones desde el cambio institucional, siendo la tarea del equipo de capacitación garantizar las de capacitación, pero sabiendo que estas solo podrán tener éxito si son acompañadas por transformaciones institucionales. Permite y es deseable que este proceso diagnóstico sea de participación de todo el equipo de salud, aunque en la experiencia original, con un esquema de colaboración recíproca, abundo la participación de los equipos de gestión, por propuesta de quienes generamos el proyecto, y escasa participación de las personas que conformaban los equipos de los servicios analizados, ya que, una vez realizada la presentación general del proyecto, las fichas-herramientas

eran respondidas en forma individual, sin intercambio con otras/as personas. Por eso mismo en este capítulo estamos redefiniendo el sentido y la metodología de lo que pudieran ser proyectos futuros, en estos nuevos contextos.

En ambos proyectos, con el esquema de participación recíproca, se definió una forma de relacionar los participantes externos con los internos, donde es fundamental la responsabilidad de la dirección del proyecto, por parte de la máxima autoridad de la institución. En todos los casos, el objetivo general estuvo vinculado a determinar necesidades de capacitación en la totalidad del personal del Hospital, o del personal de enfermería, analizado por servicios, de acuerdo a la decisión de sus autoridades. Los objetivos específicos apuntaron a: 1) identificar a cada uno de los miembros del personal del servicio o sector seleccionado para iniciar el proceso diagnóstico; 2) identificar la red de relaciones del servicio o sector; 3) definir el funcionamiento del servicio o sector seleccionado; 4) Identificar la misión y las tareas del servicio o sector seleccionado; 5) analizar las habilidades (saberes – y saber-hacer) de los protagonistas; 6) identificar problemas relacionados con el servicio y las habilidades del personal y sus posibles soluciones; 7) contextuar el servicio en la realidad institucional; 8) definir el tipo de capacitación necesaria, acorde a las necesidades del personal.

Lo que ha diferenciado al caso 1 del caso 2, es que tipo de personal estuvo incluido en el análisis, siendo para el caso 1, el personal de enfermería exclusivamente, y para el caso 2 personal de mantenimiento, médicos/as, enfermeros/as, mucamos/as.

Se parte por la ficha herramienta N° 1 (adaptación de la propuesta de Abraham Pain, 1999) para lograr 1) identificar a cada uno de los miembros del personal del servicio o sector seleccionado para iniciar el proceso diagnóstico.

Se usa la ficha- herramienta N° 2 (adaptación de la propuesta de Abraham Pain, 1999) para alcanzar los objetivos: 2) identificar la red de relaciones del servicio o sector, 3) definir el funcionamiento del servicio o sector seleccionado; 4) Identificar la misión y las tareas del servicio o sector seleccionado; 5) analizar las habilidades (saberes – y saber-hacer) de los protagonistas; 6) identificar problemas relacionados con el servicio y las habilidades del personal y sus posibles soluciones, 7) se comienza a contextuar el servicio en la realidad institucional.

Ficha- herramienta N° 3 (adaptación de la propuesta de Abraham Pain, 1999): los datos obtenidos permiten alcanzar los objetivos, 7) contextuar el servicio en la realidad institucional; 8) definir el tipo de capacitación necesaria, acorde a las necesidades del personal.

Ficha: Herramienta N° 1.

SERVICIO: ..... TURNO: .....

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	ESTUDIOS				CARGO	FUNCIÓN		RELACIÓN CARGO/FUNCIÓN	RELACION LABORAL		
		Prim.	Secu.	Terc.	Univ.		Jefe	Operativo		Planta	Contrat.	Becario.

APELLIDO Y NOMBRE	TITULO	OTORGADO POR	AÑO	MATRICULA	ANTIGUEDAD		CAPACITACIÓN ESPECIALIDAD	Interés en temas de Actualización
					Hospit.	Servic.		

Ficha: Herramienta N° 2.

Sobre la base del esquema anterior:

1. Elabore una lista de servicios o personas de apoyo, internas o externas del Hospital, *de donde o de quien provienen las personas que atiende/cuida y /o el material con el que Ud. trabaja.*

2. Elabore una lista de los obstaculizadores y facilitadores que ese servicio o persona aporta a su tarea.

3. Junto a cada obstaculizador anotado, escriba una alternativa de solución.

1-Servicios o personas de donde o de quién provienen	2		3- Alternativas de solución con los recursos existentes.
	Facilitadores	Obstaculizadores	

4. Definir la misión u objetivo de su servicio o sector.

.....

5. ¿Qué contribución realiza el personal al cual Ud. pertenece a la misión del servicio?

.....

6. Imaginándonos un día donde todo el personal al cual Ud. pertenece se ausenta del servicio donde Ud. trabaja, sin que falte el resto del personal, ¿Qué tareas se dejarían de realizar?

.....

7. Dejando de lado el servicio al cual Ud. pertenece, ¿Qué tareas se dejarían de hacer si faltara todo el personal que conforman los servicios de?

a) Farmacia.....

b) XX.....

8. Elaborar una lista con las afecciones fundamentales que sufren las personas atendidas/cuidadas o alteraciones fundamentales que tienen los materiales, al ingresar (indicadores de admisión), o aspectos a completar en los materiales, con los que se trabaja en su servicio o sector.

.....

9.Elaborar una lista con los cambios favorables que habitualmente se logran al egresar (indicadores de egreso) las personas atendidas/cuidadas en su servicio o sector o aspectos que se completan en los materiales con los que se trabaja.

.....

10. ¿Qué cambios logra producir el personal al cual Ud. pertenece en las personas que atienden/cuidan o en el material con el que trabajan? Comparando el momento de egreso con el de ingreso a su servicio o sector.

.....

11. ¿Cuál es la información o el sistema con el qué se cuenta en el

servicio para comprobar que se está haciendo lo que se debe hacer? (indicadores de funcionamiento) por ejemplo: normas.

.....

12. Describir los medios a través de los cuales circula la información entre su servicio o sector y el exterior, ya sea con otro servicio o sector de la institución o fuera de ella, (por ejemplo: disposiciones escritas, notas escritas, verbal.)

.....

Ficha: Herramienta N° 3.

13. Complete las siguientes ventanas pensando en su trabajo:

1-Características que tiene y que no quisiera que cambie. (¿Con qué estoy conforme?)	2-Carácteristica que tiene y que quisiera que cambie. (¿Qué le sobra?)
3-Características que no tiene y que no quisiera que aparecieran. (Algo que no sucede, ni quiero que suceda)	4-Características que no tiene y que quisiera que aparecieran. (¿Qué le falta?)

1)¿Cuáles son las habilidades exigidas para desempeñarse en el puesto/cargo que usted ocupa (por orden de importancia)?

.....

2) De la lista anterior, ¿cuáles son las habilidades deseables y qué es realmente indispensable para desempeñar su trabajo?

DESEABLE	INDISPENSABLE

3)¿Cuál es la duración de la capacitación básica exigida para

desempeñarse en su puesto/cargo?

.....

4)¿Cuáles son los requisitos para acceder a su puesto/cargo de trabajo?

.....

5)¿Cuál es la duración total del aprendizaje necesario para responder correctamente a las normas impuestas?

.....

6) ¿Hay un procedimiento o un modo de trabajar habitualmente en el servicio o sector para cumplir su tarea?

.....

7)¿Cómo son trasmitidos los conocimientos al personal qué cumple su misma función en su servicio o sector?

.....

8) ¿Cuántas personas en el Hospital poseen los mismos conocimientos o habilidades que Ud.?

.....

9) ¿Con cuál procedimiento o conocimiento de su trabajo tiene dificultad?

.....

10) ¿Puede crear nuevos conocimientos o solo aplica lo que le enseñaron?

.....

11) ¿Realizando su tarea habitual puede observar o hablar con las personas que trabajan en el servicio o sector?

.....

12) ¿Tiene posibilidad de distribuir información entre sus compañeros/as y el resto del equipo del servicio o sector?

.....

13) ¿Debe Ud. tomar decisiones que tengan influencia sobre otras personas o servicios en la asignación de capital humano o materiales? ¿Cuáles?

	OTRAS PERSONAS	SERVICIO
CAPITAL HUMANO		
RECURSOS MATERIALES		

A partir de la información obtenida con cada ficha- herramienta se definieron indicadores previamente establecidos por objetivos, ejemplos: para la ficha – herramienta N° 1, Número total del personal y número de personas por función y por turno en el sector o servicio, etc.; para la ficha – herramienta N° 2, listado del 100% de los servicios o personas que se relacionan con el sector o servicio al ingreso de las personas o material con el que se trabaja, etc.

RESULTADOS Y ACCIONES

Caso 1- Personal de enfermería- AÑO 1999.

Temas seleccionados para trabajar durante el año con el personal de enfermería.

1.- Administración de medicamentos; 2.- Colocación y cuidados de vías parenterales; 3.- Control de signos vitales; 4.- Manejo de material estéril; 5.- Preparación del paciente pre-quirúrgico; 6.- Cuidados pre-quirúrgicos; 7.- Higiene del paciente; 8.- Control de infecciones; 9.- Registro de electrocardiograma.

Ejes de trabajo.

1.- Aspectos legales; 2.- Registros de enfermería; 3.- Pase de guardia; 4.- Normas de trabajo; 5.- Prevención de riesgos.

Modelo de plan de clase.

Se ajustaría de acuerdo al tema y grupo de trabajo.

1.-. Consultar cómo realiza la tarea el personal presente. Relacionarlo con los temas tratados hasta el momento. Apoyar los aciertos.

2.- Cotejar lo expresado con material proyectado.

3.- Prevención de riesgos (¿Cómo evitar las complicaciones?).

4.- Registro de la tarea (importancia legal del registro, de prevención de riesgo y papel de la/del enfermera/o).

5.- Pase de guardia (teniendo en cuenta el tema específico tratado).

6.- Evaluación con actividades referentes a:

a) Registros (¿Cómo registrar...?).

b) Resolver caso (¿Cómo se hace...?).

c) Definir el rol (¿Qué corresponde hacer desde lo ético, técnico y o legal?).

Para trabajar fuera del aula

Entrega de apuntes de las normas generales referente al tema proponiendo cambios y sugerencias para entregar en la próxima clase.

Caso 2-Hospital Monovalente materno- infantil - personal de mantenimiento, médicos/as, enfermeros/as, mucamos/as - Año 1999-2000

Las problemáticas presentadas en las reuniones preliminares con el personal, son las siguientes:

-En cuanto a la población atendida.

- 37% de embarazo adolescente.

- Consulta recién al 5°/6°mes de embarazo.

- Alto índice de población N.B.I.

- Los padres tienen dificultad para realizar la educación sexual de sus hijos/as.

En cuanto al hospital.

- El personal de estadística no posee capacitación específica.

- No se manejan los mismos códigos en los Servicios Generales.

- Baja autoestima del personal.

- El personal de Mantenimiento no posee capacitación específica.

- El perfil del Hospital se ve excedido en sus posibilidades de respuesta a las necesidades de la población, que es de aproximadamente 200.000 habitantes, y que deben recurrir a él por todo tipo de consulta o atención y no solo por las relativas a la problemática Materno-Infantil (que está definido como su perfil).

- Son receptores de las derivaciones de las 39 unidades sanitarias del área programática.

Temas seleccionados para trabajar durante el año:

Personal de mantenimiento

Escolaridad primaria; Jardinería; Computación

Médicos/as

Vías respiratorias; ingles; adolescencia; administración hospitalaria; cirugía

neonatológica; computación; urgencias; nutrición en prematuros; evolución psicomotriz; seguimiento de alto riesgo de prematuros; asistencia respiratoria mecánica (alta frecuencia de menciones); oftalmología; terapia intravenosa; diabetes; ostomías; membranas extracorpóreas; terapia intravenosa; diabetes; ostomías; enfermedades infecciosas; dietología-nutrición pediátrica; rotar en servicios; curso superior de neonatología; especialización pediátrica; jerarquizar atención médica; traumatología pediátrica; vías respiratorias; administración hospitalaria; quemados; salud pública; obesidad; epidemiología; maestría en políticas sociales; asistencia respiratoria; emergentología; patología prevalente; computación; maestría en economía hospitalaria; gastroenterología pediátrica.

Enfermeros/as

Vías respiratorias; urgencias; seguimiento de alto riesgo de prematuros; organización servicio de neonatología; percutánea; asistencia respiratoria mecánica (alta frecuencia de menciones); pasantía hospital Garrahan; capacitación en neonatología/ terapia intensiva en neonatología; membrana extracorpórea; especialización pediátrica; computación; SIDA.

Mucamos/as

Computación; escolaridad primaria; curso auxiliar de enfermería; esterilización.

Trabajo social

Administración hospitalaria.

Fonoaudióloga

SIDA.

No se ejecutaron acciones de capacitación a partir de cambios en los equipos de gestión del nivel local y regional.

AUTOCRÍTICA

Han quedado expuestas lecciones para tomar en cuenta en próximas experiencias, algunas ya explicitadas y otras no, tanto para copiar como para mejorar.

PARA COPIAR

a. La Dirección de la institución, responsable máxima de todo el proyecto.

b. Participación en el proyecto, del equipo de gestión hospitalario desde el primer momento.

c. Contar con un anteproyecto que se ajusta con los/as participantes de la gestión.

d. Ajuste del proyecto con el equipo de gestión.

e. Realizar reuniones previas con los equipos de trabajo de los diferentes servicios, que permita contextuar la institución y vincularlos con el equipo de capacitación conformado por actores/as institucionales y extrainstitucionales.

f. Explicitar en el anteproyecto que todos los cambios necesarios en el hospital, no dependen solo de la capacitación.

PARA MEJORAR

a. No contar con ideas explicitas que orienten las decisiones metodológicas, del tipo ¿para qué hacemos todo esto?

b. Procedimiento de recolección de información, fuera de las reuniones iniciales, muy centrado en respuestas individuales. Restó análisis grupal de los problemas y las posibles soluciones, teniendo en cuenta que las subjetividades se construyen en comunidad, tanto para comprender la realidad, como para modificarla cuando esa comunidad, en este caso de trabajadores/as de la salud, se apropian y apasionan en la búsqueda de determinados cambios institucionales. Entendemos pertinente, una triangulación de métodos, donde a partir de las preguntas disparadoras de las fichas- herramientas, se investigue/diagnostique/intervenga junto con los/as participantes, generando cambios deseados por los/as propios/as protagonistas, en un proceso que articularía todas las etapas de forma integral.

c. Proceso de recolección de información separado del proceso de acciones de capacitación, de manera tal que los cambios político- institucionales amenazan y afectan el proyecto, dejándolo trunco en/o, después de la etapa diagnóstica. La conveniencia de incorporar la metodología de investigación-acción, es ratificada acá, ya que, en todo caso, alarga el proceso en cada servicio, si se trabaja con ese criterio de segmentación, pero no separaría el diagnóstico de la intervención y en una misma etapa se estarían vinculando las necesidades de cambio con las propuestas para capacitar en ese sentido.

CONCLUSIONES

La propuesta de cuidados desde la micropolítica debe reunir algunos requisitos que la teoría y la práctica nos aportan y que hemos ido desarrollando en todo el capítulo:

a. La dirección de la institución, responsable máxima de todo el proyecto.

b. Participación en el proyecto, del equipo de gestión hospitalario desde el primer momento.

c. Contar con un anteproyecto que se ajusta con los/as participantes de la gestión.

d. Ajustar del proyecto con el equipo de gestión.

e.Realizar reuniones previas con los equipos de trabajo de los diferentes servicios, que permita contextuar la institución y vincularlos con el equipo de capacitación conformado por actores/as institucionales y extrainstitucionales (si los hubiera).

f. Explicitar en el anteproyecto que todos los cambios necesarios en el hospital, no dependen solo de la capacitación.

g. Contar con ideas explicitas que orienten las decisiones metodológicas, del tipo ¿para qué hacemos todo esto?

h. Conveniencia de la triangulación de métodos, donde a partir de las preguntas disparadoras de las fichas- herramientas, se investigue /diagnostique /intervenga junto con los/as participantes (investigación- acción).

i. Articular una manera de pensar, con una manera de hacer compleja, con una perspectiva inter y transdisciplinaria y porque no, ser parte de esa aventura, que no asegura un producto acabado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Anderson, G. L. y Kathryn Herr, K. (2007). El docente-investigador: Investigación - Acción como una forma válida de generación de conocimientos en I. Sverdlick, I. (2007). La investigación educativa: Una herramienta de conocimiento y de acción. Buenos Aires, Argentina: Noveduc recuperado de https://www.academia.edu/download/41149504/otros-tallerinvestigacion-anderson_kerr_docente_investigador.pdf

Biernat C., Cerdá J.M., Ramacciotti K.I. (2015). La salud pública y la enfermería en la Argentina. Bernal. Argentina. Universidad Nacional de Quilmes

Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública recuperado en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Breilh, J. (2004). Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. Argentina. Lugar

Buen Vivir TV (25 de mayo de 2016). Edgar Morin. Diálogos del Buen Vivir [El sociólogo y filósofo francés Edgar Morin habla sobre el progreso y la necesidad de fraternidad y solidaridad]. Video de canal de You Tube. Recuperado de https://www.youtube.com/channel/UCr0QN5ALulvfYZ5rVPowjiQ

Carcamo, S. (2019). Desafíos de la enfermería comunitaria. Conferencia de cierre en Primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria y Salud Social. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Puerto Santa Cruz. San Julián. Argentina. Recuperado de https://youtu.be/-tsiLAFAFBo

Delgado Ramos G. C. (2014). Buena vida, buen vivir: imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad. México. UNAM. (Edición electrónica)

Franco,T.B. y Merhy, E.E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Textos seleccionados. Buenos Aires. Argentina. Lugar

Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería (2.019). informe final del proyecto Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, 2018-2019. Secretaría de Ciencia y Técnica. Remedios de Escalada: Argentina: Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

López Ramírez, O. (1998). El paradigma de la complejidad en Edgard Morin en Revista Departamento de las Ciencias. Universidad Nacional de Colombia recuperado de https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20469/01235591.1998.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, A. (2005). Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Andrea-Lopez-65/publication/268398490_Los_fundamentos_de_la_Nueva_Gestion_Publica_logica_privada_y_poder_tecnocratico_en_el_Estado_minimo/links/59a4b9280f7e9b4f7df3812d/Los-fundamentos-de-la-Nueva-Gestion-Publica-logica-privada-y-poder-tecnocratico-en-el-Estado-minimo.pdf

Martínez Rangel, R., y Reyes Garmendia, E. S. (2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. Política y cultura, (37), 35-64. Recuperado el 17 de agosto de

2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422012000100003&lng=es&tlng=es.

Morin, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Gedisa Editorial. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/morin introduccion al pensamiento complejo.pdf

Pain, A. (1999). Cómo realizar un proyecto de capacitación. Un enfoque de ingeniería de la capacitación. Barcelona. España. Granica

Papaport. A.(1979) Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Madrid. España. Aguilar

Ramacciotti K. (2009). La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires. Argentina. Biblos

Ramacciotti. K. La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires. Argentina. Biblos

Spinelli H.,Urquía, M.,Bargalló M.L., Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. En Spinelli H. (2004). Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires. Argentina. Lugar

Vilas, C. M. (2011). Después del Neoliberalismo. Estado y procesos políticos en América Latina. Remedios de Escalada, Argentina. Argentina. Editorial de la UNLa

CAPÍTULO X

HACIA UN HORIZONTE INTEGRAL DE LA DOLENCIA HUMANA Y SU CUIDADO

EMA A. ARNDT - JULIO M. AZCURRA

"En las encrucijadas se plantea el problema de cuál es el rumbo y cuál es el camino que conduce más directamente a destino. En el instante de la opción es fundamental no ilusionarse por el horizonte luminoso y fácil. Es preferible tomar por la ruta más escarpada si ello fuera necesario para evitar la contingencia del error. "

Ramón Carrillo

1. LA MEDICINA EN LA TENDENCIA TECNOLÓGICA DE LA FILOSOFÍA OCCIDENTAL.

El tratamiento y la atención de heridas y enfermedades han acompañado desde siempre el trayecto civilizatorio de la especie humana. Al tiempo de la aparición de las escrituras en las distintas civilizaciones vemos que ya existía un bagaje de conocimiento para el tratamiento de enfermedades.

Estos primeros escritos muestran una base herbolaria basada en la aplicación de la vegetación disponible. Basta mencionar como ejemplo el papiro de Ebers, del año 1500 aC de la civilización egipcia. No solamente los egipcios y los chinos recurrieron a la herbolaria para buscar los remedios a múltiples males. De igual manera sucedió en los pueblos de América.

En la América precolombina existía una historia herbolaria que podría tener entre 4000 y 5000 años de antigüedad. Incas, Aztecas y Mayas tenían como base de las curaciones la medicina de hierbas. El uso de plantas medicinales, sustentó el peso principal de los tratamientos médicos hasta el presente. Tal es así, que aún en países como Alemania, Rusia, China, y otros, la medicina naturalista constituye una parte fundamental de los tratamientos médicos. Los Incas tenían diferentes rangos en la profesión médica, los que curaban por

supersticiones y sacrificios, los que pronosticaban la enfermedad por los sueños, los que predecían el resultado de la enfermedad examinando las entrañas de un tipo de animales llamados "cuyes", herbolarios instruidos en las propiedades de las plantas, los que dominaban la magia y los que curaban por confesión del enfermo (Lyons & Petrucelli, 1980).

La observación y la transmisión de la experiencia acumulada por generaciones, fue el mecanismo que, durante milenios, constituyó el conocimiento del tratamiento de las enfermedades.

En la cultura occidental, en la que estamos inmersos, durante 14 siglos la medicina estuvo fundamentalmente regida por la monumental obra de Galeno. Este médico, cirujano y filósofo griego, localizó la razón en el cerebro, así como las causas de la locura. Según él esta enfermedad tendría dos orígenes: uno orgánico causado por ejemplo por el alcohol o el daño directo, y otro en la mente, causado por la fobia, el desengaño o la melancolía.

En el período transcurrido entre el fin del siglo XV y los últimos años del siglo XVI se abre una nueva era en la historia de la humanidad con profundas modificaciones espirituales y materiales en el mundo occidental.

A partir de este periodo, conocido como renacentista, vemos que hay una creciente eficacia en los recursos técnicos para explorar y explotar mejor el medio biofísico. La introducción combinada del racionalismo cartesiano y las matemáticas por un lado y el método experimental descripto por Francis Bacon, manifestó en primer lugar su efecto en las ciencias físicas y posteriormente en la biología, la química y finalmente en la medicina. Al mismo tiempo, el descubrimiento de América, ampliaba el horizonte geográfico de los europeos, impactando profundamente en la dinámica social y económica de Europa y América (Papp, 1979). Aunque la aparición de las vacunas fue a fines del siglo

XVIII, recién a principios del siglo XX comienzan a atenderse las infecciones bacterianas que son efectivamente controladas a partir de la aparición de los antibióticos en 1939.

Si bien la aplicación de principios y equipos provenientes de la física como los rayos X y las vacunas habían representado un progreso en el manejo de ciertas patologías y en el diagnóstico médico, recién después del fin de la Segunda Guerra Mundial se produce un salto en el empleo de técnicas diagnósticas complejas de imágenes y una farmacología de base industrial química basada hasta el presente en productos naturales. La aparición de los psicofármacos e inclusive el desarrollo de técnicas quirúrgicas sobre el corazón, conformaron un panorama cada vez más tecnológico de la aplicación en la terapéutica médica, de instrumental físico. Por su parte la fisiología y la bioquímica avanzaron en las enfermedades metabólicas al tiempo que una muy extensa cantidad de estudios de los componentes sanguíneos fue acompañada por la automatización de estos análisis. La variedad de información obtenida, marcó un salto en las posibilidades de diagnóstico preciso de numerosas patologías endocrinológicas y metabólicas.

El desarrollo de la tecnología química en la purificación de sustancias terapéuticas específicas, provenientes aun hoy en su mayoría de plantas usadas tradicionalmente por sus efectos curativos, junto con la síntesis industrial de los mismos compuestos, ha llevado el promedio de expectativa de vida al nacer, a una prolongación sustantiva. Los éxitos de tratamientos médicos durante el siglo XX, reflejados en la progresiva prolongación y mejoramiento de la vida humana promedio, ha llevado a modelar un pensamiento médico muy positivista y lineal. La secuencia de enfermedad-diagnóstico etiológico- y tratamiento químico o quirúrgico específico fue modelo de los protocolos. Hasta los años 80 del siglo

pasado este modelo oscurecía factores emocionales como causas serias de provocación de patologías y aun de la muerte. El éxito de la aplicación de esta medicina dejo de lado otras terapéuticas radicalmente diferentes como el psicoanálisis freudiano en el que se basó el tratamiento de las enfermedades mentales hasta la aparición de la cloropromazina. Esta droga es la iniciadora de la cuarta revolución en psiquiatría, la de los psicofármacos[1].

2. RESULTANTES NEGATIVOS: DESPERSONALIZACIÓN Y FRAGMENTACIÓN DEL INDIVIDUO.

Sin pretender presentar una descripción abarcativa, podemos sintetizar las resultantes principales de la ciencia occidental moderna. Estas han sido un crecimiento explosivo del conocimiento de las patologías, del número y la complejidad de los instrumentos y técnicas diagnósticas y de similar manera, de los tratamientos disponibles.

En primer lugar, los profesionales de la salud han debido especializarse para poder incorporar la masa de nuevos conocimientos disponibles.

En segundo lugar, otra cara de la medicina especializada, es la pérdida de la visión de integridad del individuo como tal, priorizándose el tratamiento de la enfermedad y no la del enfermo.

En tercer lugar, la necesidad de especialistas técnicos en el manejo de instrumental complejo y la variedad y cantidad de estudios complementarios, reduce marcadamente el contacto directo del médico responsable con el paciente. Esto compromete la relación de confianza entre ambos y de soporte emocional con los beneficios terapéuticos asociados que provee.

[1] Toda simplificación de la historia con fines docentes es discutible y la de las enfermedades mentales no escapa a ella. Aunque podemos considerar que la primera revolución en la psiquiatría corresponde al inicio de la institucionalizaciónn sistemática de los enfermos mentales y el progresivo abandono de creerlos endemoniados a partir de la primera década del siglo XV en Europa. Aunque numerosos ejemplos de institucionalización existen previamente siendo remarcables en la medicina árabe. La segunda revolución en psiquiatría se asocia con la labor de Phillippe Pinel durante la revolución francesa, con el desencadenamiento de los enfermos en los asilos y el impulso a la penetraciónòn de los médicos en los mismos. La tercera revolución se produce con los avances de la clínica psiquiátrica de la escuela alemana desde mediados del siglo XIX y la aparicióńn del psicoanálisis freudiano a fines del mismo. La cuarta revolución en psiquiatría se inicia a mediados del siglo XX con la llegada de la cloropromacina, el primer anti psicótico efectivo, que permitióó el retorno al medio familiar de un alto porcentaje de pacientes institucionalizados.

Los servicios médicos modernos reconocen el valor del apoyo psicológico de los pacientes. Es frecuente proveer de servicios complementarios de atención para cuadros patológicos y actos quirúrgicos especiales. Aunque extendidos en numerosos hospitales públicos y servicios privados, la progresión hacia una medicina humana integral que contemple los aspectos emocionales individuales con sus características culturales, ha sido ampliamente sobrepasada por el uso de protocolos mecanicistas del diagnóstico y tratamiento.

Esta tendencia se ve favorecida por el incremento continuo del número de técnicas cada vez más complejas de diagnóstico y la alta sofisticación actual de los equipos utilizados. Esto se extiende también tanto en los laboratorios de análisis clínicos como en las modernas técnicas auxiliares de imágenes. Lo antedicho también se observa en la complejidad instrumental de la cirugía que llega a la robotización y numerosas terapéuticas que necesariamente utilizan equipos de alta complejidad técnica de manejo como dializadores, radiaciones, etc.

Una dramatización de la progresión que ha existido en la medicina, en la relación terapéutica podría servir de argumento para una nueva versión de "tiempos modernos" de Chaplin, pero referido al hospital. Hemos pasado del médico integrista preocupado por nuestra salud al especialista parcializado en una parte del cuerpo. Y luego de la segmentación del individuo y de los profesionales con la consiguiente despersonalización, el futuro previsible a causa de la inteligencia artificial es la asistencia por robots especializados. Todo esto sustentado con el argumento: los hombres pueden equivocarse y las máquinas no utilizado para desarrollar las computadoras que juegan ajedrez.

Dos fenómenos han ocurrido debido a que los tiempos de relación paciente y personal terapéutico han disminuido. Las necesarias sensaciones de confianza y

seguridad de protección generadas en la relación personal deben ser distribuidas y diluidas.

Por otro lado, el necesario componente emocional a ser atendido en los pacientes tiende a ser desplazado a los profesionales de mayor contacto personal, debiendo adecuarse la preparación de los mismos a sus nuevos roles.

3. LES HUMANES Y SUS CONCEPTOS DE FELICIDAD: EUDAIMONIA Y HEDONISMO

Como ya planteaba Aristóteles, seguimos viendo que todos los seres humanos buscan la felicidad. En principio, podemos decir que este es un estado buscado por la psique individual, superadas las necesidades vitales. "Puesto que todo conocimiento y toda elección tienden a algún bien, volvamos de nuevo a plantearnos la cuestión de la cual es el bien supremo entre todos que pueden realizarse, sobre su nombre casi todo el mundo está de acuerdo, pues tanto el vulgo como los cultos dicen que es la felicidad. Pero sobre qué es la felicidad discuten y no lo explican del mismo modo el vulgo y los sabios". Siguiendo el pensamiento de Aristóteles, éste postula un arte de vivir de una manera virtuosa, buscando la sabiduría, para desarrollar el potencial humano.

Así, en la evaluación de la felicidad podemos diferenciar a la felicidad hedonista de la felicidad eudaimónica.

La primera es el estado de ánimo elevado que experimentamos después de un evento externo: buena suerte, bienes exteriores y autosuficiencia. Muchos buscan la felicidad en el mundo material obteniendo éxito, dinero, admiración o la satisfacción de placeres sensoriales inmediatos.

En cambio, la eudaimonia (eu: bueno y Daimon: demonio, genio o acompañante del alma o psique) es nuestro sentido de propósito y dirección de la

vida, nuestro involucramiento con algo más grande que nosotros. El concepto fue ligado por Aristóteles al más alto bien del ser humano y a cosas como la virtud (arete) y la sabiduría en su aspecto práctico (phonesis).

Recientemente la ciencia ha recuperado esta idea de las dos formas de la felicidad y ha demostrado una diferencia profunda en los efectos de las mismas sobre el individuo.

Dentro de lo sorprendente de esta recuperación de conceptos Aristotélicos, están los resultados de Steve Cole y col (2012, 2017, 2019). Sus primeros trabajos comprueban a nivel de la expresión de genes que la mente y el sistema inmune están ligados entre sí. La mente parece modular en varios aspectos la respuesta inmunitaria.

Posteriormente, este investigador midió el perfil de expresión genética de un grupo de voluntarios diferenciados en escalas de felicidad eudaimónica y hedónica. Si bien, el bienestar eudaimónico y hedónico muestran similares características afectivas presentan un perfil de expresión de genes de características altamente divergentes. Las células blancas de la sangre periférica muestran que las personas con altos niveles de bienestar hedónico mantienen una elevada regulación de la expresión de genes pro inflamatorios de respuesta al estrés y disminución de expresión de genes involucrados en la síntesis de anticuerpos. En contraste, altos niveles de bienestar eudaimónico están asociados con baja regulación de la expresión de genes de estrés.

La expresión del genoma es más sensible a variaciones cualitativas de la calidad de bienestar del ser humano que su apreciación afectiva consciente. En otras palabras, es posible identificar los mecanismos moleculares subyacentes asociados con el bienestar psicológico ventajoso para la salud (eudaimonia). Un mejor perfil de expresión genética significa una mayor respuesta antiviral y una

menor respuesta inflamatoria. Otros experimentos demuestran que la disciplina mental es capaz de afectar la expresión genética y regular la función de nuestro ADN. Las células inmunitarias son las primeras en mediar esta respuesta dinámica. Actividades como la meditación mantienen la longitud de los cromosomas mientras que el estrés crónico puede acortar la longitud de los telómeros cromosomales que intervienen en el proceso de envejecimiento, favoreciendo el mismo. La inclinación individual hacia las expectativas positivas u optimismo, predispone hacia una mejor salud. Se ha demostrado que la disminución de un sentido de amenaza al individuo está asociada a un perfil más sano de expresión del genoma en las células inmunitarias.

Estos resultados anteriormente señalados que muestran los mecanismos biológicos participantes en estudios integrativos clínicos, celulares y moleculares confirman una extensa investigación epidemiológica donde se ha establecido que el estrés, la depresión crónica y la falta de soporte social son factores de riesgo para el desarrollo y progreso de cáncer que fue tomado como patología testigo.

4) EL CEREBRO COMO PROBLEMA: LA EMOCIÓN Y EL RAZONAMIENTO.

Desde que Descartes abrió la posibilidad al conocimiento occidental de pensar un "individuo máquina", se originó una avenida divergente a considerar al ser humano como una integridad, marcando el rumbo de la investigación científica (Papp, 1979).

La complejidad biológica del cerebro favoreció esa dicotomía de raíz filosófica. Los progresos en el entendimiento del cuerpo humano por aplicación sistemática de la anatomía macro y microscópica, la fisiología experimental y la

bioquímica, pronto llevaron a la división del conocimiento biológico del mismo en varios sistemas. Si bien se reconoció el rol integrador y regulador de los sistemas nerviosos periférico y autónomo, el sistema nervioso central con las múltiples estructuras del cerebro formadas por un solo tipo principal de células, causó tremendas dificultades para integrar la función con la estructura orgánica. Este retraso para el entendimiento del cerebro y sus funciones intrínsecas al individuo y conductuales de la vida de relación tenía una razón principal. La dificultad de abordar, por el exitoso método científico clásico, problemas de gran complejidad. Así la participación de la psique quedo oscurecida en el caso de la enfermedad, favoreciendo el camino hacia el pensamiento del enfermo como una máquina con partes susceptibles de reparación.

Al finalizar el siglo XIX aparecen dos nuevos abordajes. Uno, el movimiento gestáltico que planteó en sus estudios algo de muy difícil compatibilización con el método experimental clásico: "el todo es más que la suma de las partes". El otro abordaje, es el desarrollo del psicoanálisis freudiano a partir de sus estudios clínicos del valor terapéutico de la hipnosis, técnica que había demostrado utilidad en el tratamiento de las profundas neurosis traumáticas de guerra. Las limitaciones de la hipnosis como herramienta terapéutica en otras neurosis lo llevo a rechazar la misma y a la elaboración de nuevos desarrollos teóricos a partir de la interpretación de los sueños[2].

¿Qué deja de lado la exitosa aproximación racional experimentalista en el tratamiento de las dolencias?: atender la necesidad del acompañamiento solidario. Esta es una condición esencial del individuo tal como ser gregario (Freud, 1920). Vivir en grupo no es una decisión racional optimizada sino una respuesta evolutiva a necesidades y posibilidades reales. El Martin Fierro (Hernandez J., 1968) lo sintetiza poéticamente: "Un hombre junto con otro/en

[2] Carl Gustav Jung psiquiatra contemporáneo de S.Freud también abandono la práctica de la hipnosis a partir de la interpretación de los sueños y la libre asociación elaborados por este úúltimo, y desarrollo su propio cuerpo teórico e interpretativo.

valor y fuerza crece/ el temor desaparece/ …" La pertenencia a un grupo, el reconocimiento de los otros miembros y por los otros miembros del mismo, la asunción de un rol y el respeto a un orden aceptado colectivamente sin renunciar a los propios intereses vitales directos, son consecuencia de la condición gregaria de la especie y no son resultante de un desarrollo evolutivo cultural. Dos condiciones emergentes de la vida gregaria son: 1) la autolimitación de la libertad de acción absoluta del individuo que condiciona parte de sus impulsos y deseos; y 2) la emergencia de la conducta solidaria: dar y recibir, acompañamiento y ayuda. El prolongado período de desarrollo postnatal con necesidad de cuidados del infante humano potencia la persistencia posterior de las condiciones mencionadas en la conducta humana. Y están presentes bajo cualquier patrón cultural en que se haya desarrollado el individuo.

Podemos pensar que aquellos componentes profundos generados o modulados por el habla son de importancia ya que construyen significaciones permanentes y profundas durante el desarrollo individual. Esto es parte de un conocimiento muy antiguo. Así se entiende Gorgias: la forma en que define y describe este sofista, en diálogo homónimo con Platón su práctica del "rhètor". La retórica puede servirnos para caracterizar con precisión el papel de un profesional que ejerce una procuración de la eficacia de la palabra, como el psicólogo en la actualidad y más particularmente el practicante clínico. Así, cuando en un pasaje de ese diálogo, Gorgias defiende ante Sócrates el poder y el valor de su arte, proporciona un ejemplo en el que el carácter técnico de su intervención coincide puntualmente con el que puede llevar a cabo un psicólogo hoy, en determinados contextos clínicos, como negarse a tomar un remedio, o estar demasiado inquieto ante una intervención quirúrgica, el mismo puede convencerlo sin valerse de otro arte que la retórica.

Era tan palmaria entonces como lo es ahora la necesidad de unos recaudos éticos para hacer valer con legitimidad ese poder de la palabra. También entonces como ahora, estas artes de persuadir, de lograr convicción (en Gorgias, Sócrates procura cernir la eficacia retórica con una fórmula "algo así como máquina -o mecanismo- de [producir] persuasión) suscitaban desconfianza y prejuicio.

En el ámbito del psicoanálisis, hoy lo mismo que a comienzos del siglo XX, cuesta mucho admitir que un elemento sugestivo está presente por principio (en los dos sentidos del término) en la práctica analítica y que el trabajo por despejar ese elemento es a la vez imperioso e imposible (Malfe, 1995)[3].

Con respecto a la retórica, ya en 1905 Freud nos dirá en "Psicoterapia, tratamiento por el espíritu": "El tratamiento psíquico denota el tratamiento desde el alma, un tratamiento -de los trastornos anímicos tanto como corporales- con medios que actúan directamente o inmediatamente sobre lo anímico del ser humano. Un medio semejante es, ante todo, la palabra, y las palabras son en efecto, los instrumentos esenciales del tratamiento anímico. El profano seguramente hallará difícil comprender que los trastornos patológicos pueden ser eliminados por medio de las "meras" palabras del médico. Supondrá sin duda que se espera de él una fe ciega en el poder de la magia, y no estará del todo errado, pues las palabras que usamos cotidianamente no son otra cosa, sino magia atenuada. La ciencia ha logrado restituir a la palabra humana una parte por lo menos de su antigua fuerza mágica." (Freud, 1905)

El saber antiguo, nos permite apoyarnos en una obra, la de Freud y avizorar desde ella o a través de ella fuentes que enriquecen nuestra reflexión y aún nuestra práctica.

1La medicina antigua nos enseñó que la creencia firme del sujeto en

[3] Ricardo Malfe. Continuador de la obra de F.Ulloa. Principal referente de la Psicología Institucional Psicoanalítica. Miembro de la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo. Primer psicólogo en acceder el cargo de profesor titulas en la Universidad de Buenos Aires.

que la infracción de un tabú le produjera la muerte, se la producía finalmente, es lo que dimos en llamar el poder de la palabra, en realidad se trata de la creencia del sujeto[4].

La Argentina se ha caracterizado por la extensión y difusión de la práctica psicoanalítica. Cómo es de esperar de las circunstancias reales propias de esta aplicación y de nuestro profundo y propio bagaje cultural, se han derivado aportes de valor al conocimiento universal y aquí consideraremos dos ejemplos.

En "El malestar en la cultura" Freud dice que no solo la felicidad no está incluida en los planes del creador, sino que además al sujeto le es mucho más fácil experimentar el sufrimiento. "El sufrimiento, nos viene de nuestro cuerpo condenado a desaparecer, del mundo exterior que quiere enviarnos sus fuerzas destructoras y finalmente de nuestras relaciones con los individuos. El sufrimiento proveniente de estos últimos, es peor que los otros" (Freud, 1920). Es relevante en este campo la extensión conceptual desarrollada por Fernando Ulloa, defensor de los DDHH y psicólogo de personas torturadas bajo la dictadura. Es destacado su aporte sobre el desarrollo de los conceptos de una cultura de la mortificación, a la que se accede a partir de algunas figuras de la psicopatología institucional. "Ya que la constitución de toda cultura institucional supone cierta violentación legítimamente acordada." (Ulloa 2012). Como contracara de la mortificación esta la institución de la ternura, "la ternura como constitutiva del sujeto, escenario del pasaje del cachorro humano a la condición pulsional humana…ternura como abrigo, escudo protector contra la violencia social." (Ulloa 2012). El segundo ejemplo es el de Pichón Riviere, cuyos desarrollos "del psicoanálisis a la psicología social "son clásicos en esta última disciplina. (Pichón Riviere, 1981) y en planteos epistemológicos posteriores (Montecchi 2018).

[4] La muerte, un punto final en la dinámica de los seres vivos, siempre representó para el ser humano un interrogante misterioso y temido. "Desde el nacimiento llevamos una promesa de muerte" (Heidegger, 1926) *"El "ser ahí" puede conseguir una experiencia de la muerte sobre todo dado que es esencialmente "ser con los otros". El otro ya cadáver, posibilita una imaginería de intercambio entre vivos y muertos.*
En realidad, el mundo actual es un mundo de consumo vertiginoso: la fama efímera, el placer efímero y la acumulación de gigantescas fortunas en pocas manos con desechos de dimensiones planetarias como los "plásticos en el mar". Y aquí vemos una nueva reaparición de la muerte, siempre tan negada, ahora bajo la amenaza de la extinción planetaria que solo la ciencia puede evitar vía la inteligencia artificial, la clonación y la colonización de Marte. Lo que permitiría seguir en esta cinta de Moebius.

5. LA FRONTERA CIENTIFICISTA Y LA FELICIDAD DEL INDIVIDUO COMO OBJETIVO POLÍTICO

"Si para el individuo la felicidad suprema consiste en la virtud, el Estado más virtuoso será igualmente el más afortunado" Aristóteles

La pertenencia a un grupo de pares con valores compartidos y mutuo soporte solidario ante la necesidad de la existencia también fueron promovidos generalmente por los componentes místicos - religiosos presentes en las diferentes culturas.

Así el extrañamiento o destierro configuraron la pena máxima a alguien del grupo. La posición de exacerbado personalismo y autosuficiencia fueron siempre asociadas a un desprendimiento de la condición humana (reyes-semidioses). Sólo recientemente el positivismo filosófico llegó al extremo de promover la posición del individuo egoísta extremo como modelo social. La historia siempre mostró al egoísta extremo como el prototipo negativo de los valores sociales; el usurero, el tacaño, etc. desde los cuentos y las fábulas para niños hasta las descripciones históricas de personalidades.

El arquetipo del individuo exitoso autoconstruido sin deber nada a su medio social y con la ganancia en valor monetario como dogma, se impuso junto al modelo económico neoliberal en el mundo. Paradójicamente, 35 años más tarde, la epidemia del COVID-19 muestra a los países originarios del modelo, como los que sufren un mayor número de decesos. Y una profunda crisis sistémica poco antes iniciada, desnuda las falencias del modelo neoliberal y preanuncia el inescapable cambio estructural en el mundo.

Sin entrar a pensar en una línea continua progresiva de las civilizaciones humanas, nos podemos preguntar si hay posibilidad de modelos

políticos que lleven a una organización social con un cuidado más integral de las dolencias de sus habitantes.

Esta no es una pregunta de fácil respuesta. La felicidad es una sensación propia de un individuo y atiende a su concepción o satisfacción consigo mismo, que le provee de una sensación de plenitud. Es indudablemente un hecho propio individual.

La política en cambio, atiende el significado y la finalidad de la vida colectiva, atiende a la totalidad de los hombres de una comunidad, en una forma de vida en común, la cual trasciende los individuos y se constituye en una empresa colectiva. Cada individuo limita lo que es específicamente propio en función de la obtención de objetivos que lo incluyen, pero son comunes a otros hombres.

Esto genera una tensión permanente y dinámica entre la valoración de cada individualidad y los límites, trabas y presiones del convivir y las oportunidades de realización personal en lo colectivo. Cuando estas tensiones se desarrollan requieren para la satisfacción individual marcos éticos inalterables como la práctica de la verdad y la justicia. Y de un cierto grado de seguridad como garantía social ineludible.

Así, Aristóteles entreveía esta relación del individuo con el estado o comunidad diciendo que para el hombre la felicidad suprema es la virtud y lo mismo sucede para el Estado. Pero en la época de Aristóteles también opinaba que es extraño que un hombre de Estado no medite la conquista porque el Estado representaba la posibilidad de poder, de dominación como fin externo de ese conjunto social. Siguiendo estas premisas, el Estado es dichoso si es rico. Y bien administrado y con buenas leyes puede retornar a los individuos que lo componen la parte de virtud y bienestar que les pueda pertenecer a cada uno.

Pero la historia europea posterior mostró el predominio de las ideas de conquista hasta le erupción que tuvo que ser violenta de los pueblos para poder participar de la verdadera administración del poder de los Estados.

El derecho a perseguir la felicidad individual faculta a los individuos en la participación de las decisiones políticas y esto está presente en la protección de la libertad individual de las constituciones liberales. Tomando como ejemplo la constitución de Estados Unidos, que sirvió de modelo de las constituciones liberales posteriores, vemos este derecho a perseguir la felicidad individual en la forma de una cláusula de estilo bajo el concepto de "bienestar general". Pero la sola direccionalidad hacia el bien común no es suficiente. Ningún sistema político puede deparar la felicidad que es una función personal intransferible, por más que utopías teóricas, revolucionarias o tradicionales lo pretendan.

La felicidad en sí es una condición personal que requiere para el individuo la satisfacción de necesidades de la vida cotidiana. Pero la obtención de conquistas dentro del campo material por importantes que sean no atiende a la totalidad de las condiciones que necesita un individuo.

La plenitud del desarrollo personal está condicionada a la percepción de ser parte integral de la organización social por el individuo.

Esto requiere la participación activa del mismo en las relaciones comunitarias. El involucramiento personal en las relaciones comunitarias, permite superar las limitaciones de la representación política por otros individuos que brinda la democracia. También permite atender los cambios dinámicos permanentes que configuran los deseos, tanto el deseo individual como los cambios en las relaciones de los miembros de la comunidad. Por eso, solo la activa participación comunitaria permite al individuo acercarse al ideal, nunca alcanzado, de satisfacer sus intereses individuales y simultáneamente, sentir su

participación en la determinación del destino común.

En otras palabras, atender el deseo de libertad personal, que auto limita en función de la seguridad, protección, solidaridad y satisfacción de la relación con otros seres humanos.

Por lo expuesto anteriormente, la explicitación de un objetivo de felicidad ha sido un concepto muy escaso en el discurso político de la historia reciente de la humanidad. Sin embargo, es posible atender a un antecedente argentino.

La organización de un Estado que permita este desarrollo implica necesariamente una concepción filosófica de raíz humanista. El mismo debe contemplar el cuidado de las distintas etapas de la vida humana para responder según sus derechos y necesidades.

La experiencia del modelo político desarrollado en Argentina, por Juan Domingo Perón, luego de la 2da guerra mundial, no solamente retomó el compromiso explícito de lograr la felicidad para el pueblo en términos de discurso político. Lo plasmó constitucionalmente en una serie de derechos sociales de sus habitantes. También en acciones políticas expresas, marcó permanentemente el respeto por la vida, la igualdad y la dignidad de los individuos, así como también la promoción de la participación y solidaridad en el tejido social. Entre las principales acciones a nuestro juicio se encuentran las enumeradas a continuación:

- Marcó una política exterior de respeto absoluto por la libre determinación de las otras naciones sin interferencias externas.

- La participación en alianzas de guerra, el principal flagelo de los pueblos a lo largo de la historia del occidente cultural, nunca fue una opción de política exterior.

- Fue promotor de la Organización de Países No Alineados de las Naciones Unidas durante la guerra fría (política independiente de los dos bloques económicos en pugna).

- La protección de los niños anticipó las decisiones de las Naciones Unidas con el mismo fin y fue ejemplo mundial.

- La obra pública, un clásico componente de la acción del Estado con fin de bienestar.

- Tuvo un diseño de planificación participativa en base a 500.000 propuestas de los habitantes (2do plan quinquenal), siendo el primer ejemplo a nivel internacional de este tipo de planificación.

- Elevo a nivel de provincias el rango político de los territorios nacionales aun rezagados. Esto equiparó el grado de decisión política de sus habitantes.

- Logró el voto femenino y abrió la rama femenina del partido político oficial.

- Organizó el turismo social de escolares, y torneos nacionales juveniles. De igual manera para los adultos mayores.

- Estableció la gratuidad de enseñanza a nivel universitario (el nacional era el único existente).

- Creo un sistema universitario particular para los obreros (Universidad Obrera Nacional)

- Consolido un nivel de enseñanza secundaria técnica a nivel nacional.

- Impulso la difusión de toda expresión cultural autóctona dándole rango constitucional a la cultura nacional en su preámbulo.

Más de 50 años de preeminencia de modelos políticos de filosofía materialista cubrieron el planeta. La necesidad de considerar la felicidad como

objetivo político ha reaparecido en ciertas naciones. Pero es de esperar que en las sociedades actuales se produzcan las profundas transformaciones necesarias que atiendan a proveer a sus pueblos las condiciones de dignidad, igualdad, solidaridad y participación efectiva que facilite la felicidad de sus miembros.

6. UN PRECURSOR: RAMÓN CARRILLO Y LA TRANSFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.

"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, a la angustia y al infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas"

En el apartado anterior no mencionamos las acciones en el campo de la salud de un proyecto político que aventuró atender a la felicidad del pueblo. Obviamente la salud tiende a ser una condición básica del bienestar humano. La excepcional transformación de la sanidad argentina en la etapa mencionada fue debida al accionar de Ramón Carrillo. Tomamos la definición de un sanitarista actual:" Ramón Carrillo fue a la salud pública lo que Sarmiento fue a la educación" (Ramos, 2014).

Sería un acto de injusticia histórica pretender sintetizar su obra y la proyección de su pensamiento en el panorama actual de la salud en Argentina. La lectura de su trabajo en la apertura de la 2da Conferencia Internacional de Epidemiología y Enfermedades Endémicas (Carillo, 2012) nos permite salvar parte de la injusticia antes mencionada.

Sin embargo, otra parte de la injusticia posible de prevenir, es marcar que junto a Carrillo hubo una pequeña legión de mujeres y hombres de diversa

formación, pero con un pensamiento común. Y especialmente apoyando y complementando las acciones sanitarias de Carrillo se destaca una mujer también excepcional: María Eva Duarte, "Evita". No sólo fue el principal sostén de Carrillo dentro de la compleja dinámica interna de la política, sino que a través de la Fundación que dirigía complementó el accionar del mismo[5].

Evita quería las mismas comodidades en hospitales y escuelas para los pobres que los de los sectores más pudientes de la sociedad. Entendía muy bien el valor anímico profundo de sentirse respetado, protegido y aún mimado en circunstancias de enfermedad, o de tener que aprender. Era de esperar que la sensibilidad social de Evita complementase con el pensamiento de Ramón Carrillo.

Parafraseando a Carrillo, podemos decir que el progreso civilizatorio viaja en avión o en cohete, pero la cultura lo hizo a pie, junto con la justicia social. Las buenas costumbres de la reflexión y la meditación se han perdido siendo superadas por el vértigo de una masa de información y propaganda, productos de consumo útiles e inútiles, sobre-estimulación visual y auditiva, etc. Y en los últimos 30 años, la promoción de una masificación mundial con la bandera del éxito económico individual como valor supremo, desplazando principios esenciales de la convivencia social como la solidaridad y la conducta ética entre otros. La prolongación de la vida media hasta más de los 70 años, esgrimida como prueba del éxito del progreso, junto con el crecimiento de las oportunidades de una vida hedónica, no han corregido tremendas injusticias en el seno de la sociedad, aún en los países de mayor éxito económico propulsores del neoliberalismo en que se sustenta.

Pero la compleja dinámica de la vida real, ajena a las limitaciones de las teorías intelectuales en boga, ha puesto a prueba las bondades y defectos de

[5] A la tremenda acción del estado desarrollada por Carrillo que comprendió 22 hospitales y un total de 4000 centros de atención en todo el país, la Fundación, en acción coordinada creó 12 policlínicos (Avellaneda, San Martin, Lanús, Ezeiza, Catamarca, Salta, Jujuy, Santiago del Estero, San Juan, Mendoza, Corrientes, Entre Ríos y Rosario.) y la "Escuela de enfermería de la Fundación Eva Perón" entre otras acciones de perfil de bienestar social como objetivo. A unos 70 años de la experiencia que nos muestra un accionar político expresamente comprometido con la felicidad del pueblo, nos podemos preguntar por la validez actual de este planteo.

las mismas en todas las naciones del planeta en la forma de una pandemia. Como dijo Lenin, parafraseando a Goethe "La teoría amigo mío es gris, pero el árbol de la vida es eternamente verde" (Johnson, 1983). Más allá de las condiciones de evento natural o artificialmente provocado, las condiciones del COVID-19 llevaron a una exposición pública de los sistemas de salud en una emergencia global. En Argentina permitió evidenciar que las carencias e injusticias que encontró Carrillo en 1946 en las poblaciones del interior ahora son moneda corriente en amplios sectores de las concentraciones urbanas, mostrando el retroceso de la Argentina en términos de Justicia Social.

Obviamente ha pasado mucha agua bajo el puente en unos 70 años, por lo tanto, atenderemos a la situación actual,

¿Qué cosas plantea el COVID-19 y su impacto local y mundial que deban servir de base a la reflexión honesta? Intentemos algunas respuestas:

1.Se dividió la sociedad con dos discursos, uno con los que aceptan la realidad del COVID-19 y otros que no lo aceptan. La no aceptación implica negar el valor del conocimiento en epidemiología universalmente aceptada.

2.Mostró que había una parte de la sociedad que no está dispuesta a la conducta solidaria necesaria entre los miembros de una comunidad para solucionar ciertos problemas que afectan por igual a todos sus miembros.

3. Puso en evidencia las limitaciones del modelo neoliberal librecambista promovido internacionalmente y practicado en nuestro

país durante 4 años a partir de 2016. Este modelo incluyo la degradación de la categoría ministerial a la salud y la ciencia y tuvo un claro perfil anti industrial. En cambio, la crisis del COVID-19 demostró que: a) la capacidad industrial nacional que permitió atender a la necesidad de respiradores entre otros insumos. Recordemos que al inicio de la crisis mundial las exportaciones de los países productores fueron prohibidas, llegándose a situaciones extremas como la piratería de cargamentos. b) La capacidad nacional de producción de elementos diagnósticos y de tratamiento, la disponibilidad de laboratorios públicos de investigación y una fuerza de trabajo capacitada proveniente del sistema universitario nacional. Esto ha permitido evitar situaciones humanitarias dramáticas propias de pandemias del pasado. Y estamos hablando comparativamente de países adscriptos al modelo economicista antes mencionado como Italia, Francia, Inglaterra o los Estados Unidos entre otros. c) La disponibilidad de una aerolínea de bandera para repatriación de conciudadanos, y la coordinación de acciones internacionales de cooperación humanitaria.

4. La irresponsable campaña mediática. Se atacaron medidas oficiales guiadas por la experiencia epidemiológica argentina y mundial mediante campañas mediáticas coordinadas. Esto mostró la dependencia de los grupos concentrados de medios de difusión de intereses económicos sectoriales.

5. También expuso las necesidades y carencias de amplios sectores de la población argentina y su distribución territorial,

marcando la necesidad imperativa de reconstrucción del tejido social de la Nación.

Podemos decir que la pandemia ha permitido poner en evidencia las falencias humanitarias de nuestra sociedad.

Debemos recuperar la solidaridad, poder ver al "otro", entender que "somos en tanto los otros", cuidar a los que nos están cuidando. No podemos aducir que nos faltan ejemplos en nuestra historia. Juan Manuel de Rosas, para lograr que la población indígena se vacune contra la viruela, se vacunó él mismo frente a los caciques y sus pueblos. Y debemos recordar que no existían agujas hipodérmicas o lancetas esterilizadas.

"Lo recordaría mucho tiempo después el cacique Pincen, el último de los grandes guerreros de la Pampa: "- ¿Juan Manuel? Muy bueno, pero muy loco. No podíamos recibir sus regalos (potrancas y yerba) sin que un gringo nos tajeara el brazo, que decía era un gran gualicho contra la viruela." (Revisionistas, 2008) Quizás ahora podamos despejar el horizonte…

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Boyle, C. C., Cole, S. W., Dutcher, J. M., Eisenberger, N. I., & Bower, J. E. (2019). Changes in eudaimonic well-being and the conserved transcriptional response to adversity in younger breast cancer survivors. Psychoneuroendocrinology, 103, 173-179. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.01.024

Carillo, R. (2012, noviembre). Vista de Balance epidemiológico argentino. Recuperado 3 de octubre de 2020, de http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/249/238

Freud, S. (1905). Psicoterapia, tratamiento por el espíritu. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1920). El malestar en la cultura. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Hernandez J. (1968) El gaucho Martin Fierro. Buenos Aires, Argentina: Ciordia S.R.L.

Johnson, P. (1983). Tiempos modernos (1988.a ed.). Buenos Aires, Argentina: Javier Vergara Editor S.A.

Lyons, A. S., & Petrucelli, R. J. (1980). Historia de la medicina. Barcelona, España: Doyma.

Malfe, R. (1995). Fantasmata. El Vector imaginario de procesos e instituciones sociales. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Matthias R. Mehl, Charles L. Raison, Thaddeus W. W. Pace, Jesusa M. G. Arevalo, Steve W. Cole Proceedings of the National Academy of Sciences Nov 2017, 114 (47) 12554-12559; DOI: 10.1073/pnas.1707373114.

Montecchi L (2018) Precisiones sobre la epistemología convergente. Madrid.

España. Clínica ampliada files,wordpress.com,2018/06:2018

Papp, D. (1979, 6 diciembre). Ideas revolucionarias en la ciencia. Qué Pasa, 451, 63.

Eisenberger, N., Cole, S. Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health. Nat Neurosci 15, 669–674 (2012). https://doi.org/10.1038/nn.3086.

Pichón Riviere, Enrique. (1981) El proceso grupal. Buenos Aires. Argentina 7ma edición Ediciones Nueva visión.

Ramos, V. (2014, 24 agosto). "La historia de Ramón Carrillo es la de un héroe y un mártir" | IADE. Recuperado 3 de octubre de 2020, de http://www.iade.org.ar/noticias/la-historia-de-ramon-carrillo-es-la-de-un-heroe-y-un-martir.

Revisionistas. (2008). Rosas y la vacuna antivariólica. Recuperado de http://www.revisionistas.com.ar/?p=10804

Ulloa, Fernando O. (2012). Salud Elemental con toda la mar detrás. Obra póstuma. Buenos Aires. Argentina Libros del Zorzal.

CAPÍTULO XI

SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL BUEN VIVIR Y EL BIENESTAR

FORTUNATO MABEL- ANTONIOLI CLAUDIO - FONTENLA JAVIER -BENÍTEZ ALFREDO - FIUMARA MARÍA

K´irita hampisaq, comundadtan risaq [1]

GENERALIDADES

Sumak Kawsay es una construcción semántica en idioma quechua, que designa una cosmovisión ancestral de la vida. Sumak Kawsay evoca al individuo, a la especie y al cosmos, sin segmentaciones. Sumak Kawsay se extiende más allá de la satisfacción de las necesidades. Su búsqueda encarna la consecución de una calidad de vida y de muerte digna.

El asunto de "lo mental" está inmerso conceptualmente en una complejidad, podría decirse un obstáculo epistemológico, que en estos tiempos pandémicos se instala nuevamente con mayor evidencia. El antagonismo entre objetivación/subjetivación está presente en todas las profesiones-disciplinas que integran el campo de la salud mental. Pero ¿Podemos concebir la salud mental independizándola de un sujeto como parte y arte de la cultura que lo contiene y sostiene? Si partimos de los problemas y no de las disciplinas ¿El acontecer del ser humano y por ende su salud, no estarían condicionados si no se tiene en cuenta su concepción de sujeto simbólico de una cultura que lo habita y de la cual forma parte como un todo indivisible? Es decir, para sortear este obstáculo epistemológico se nos hace necesario, primero repensar la concepción ontológica del sujeto, su "naturaleza simbólica", no biológica, que excede y trasciende toda razón del "cogito, ergo sum" cartesiana y consciente de un individuo aislado.

La pandemia, por un lado, pone en evidencia las consecuencias que una sociedad consumista genera en el tejido social y ecológico; por

[1] Quechua: "Tengo que curar la herida, tengo que ir a la comunidad"

> otro lado, lleva a que los procesos de subjetivación propios del capitalismo tardío sean atravesados por los fantasmas que produce la angustia y la incertidumbre ante la presencia de la muerte [...] la vivencia de una sensación de fragilidad. (Carpintero, 2020, p.2)

Aprender a vivir es asignarle valor a las cosas, para lo cual recurrimos a procesos de construcción conceptual, que se basan en las experiencias individuales, sociales, culturales, son términos comunicables a través del lenguaje que se otorgan al conocimiento abstracto sobre elementos de interpretación de la propia realidad; si bien los conceptos clasifican las cosas, se ajustan a un determinado contenido, ordenan el mundo de las ideas, y a la vez es necesario considerar que no siempre las mismas palabras tienen la misma significancia para la persona que la decodifica; un mismo concepto en un mismo ámbito puede expresarse de manera diferente, o sufrir modificaciones. En este sentido, iniciaremos diciendo que los modos de vida determinan las ideologías, la manera de comprender el mundo que nos rodea, la capacidad de simbolizar expresadas a través del lenguaje verbal y no verbal, de comportamientos, vestimenta, comidas, tradiciones, del arte y la cultura, en conclusión, de los modos de ser y estar. Las ideologías, son las ideas que representan el interés común de sus miembros expresado en términos de ideales. Ahora bien, las ideologías se encuentran sumergidas en el constante cambio, y se ajustan a los intereses de los distintos grupos sociales, y en esta interrelación hay una prevalencia del común acuerdo entre los miembros que componen el colectivo; esta relación de intereses se da en un contexto socio histórico-político, económico y cultural: hoy la situación producto de la pandemia, que más que contexto es texto que nos atraviesa de múltiples formas.

[…]" En la escritura no hay manifestación o exaltación del gesto de escribir; no se trata de la sujeción [épinglage] de un sujeto en un lenguaje; se trata de la apertura de un espacio en el que el sujeto que escribe no deja de desaparecer…" Michel Foucault
"La identidad está en crisis cuando un grupo o una nación rechaza el juego social del encuentro con el otro…" Marc Augé

DEFINICIONES DE SALUD MENTAL COMO EMERGENTES DE CULTURAS OPUESTAS

En este espacio de reflexión se abordarán enunciaciones del campo de la salud mental contrastando dos culturas opuestas, la cultura occidental y cristiana, eurocéntrica, y la cultura local de los pueblos originarios. La salud mental como nosotros la pensamos en esta forma de organización estatal moderna, está relacionada con el Estado de Bienestar. El estado se erige, entonces, en promotor y satisfactor de derechos de ciudadanía y, con ese objetivo desmercantiliza algunas prestaciones, entre ellas, la salud, la educación, la seguridad, la justicia, en función de obtener cohesión social y de lograr gobernabilidad de acuerdo con su plan económico estratégico. Esto supone una cuestión de ideología, en ajuste a la definición de Ernesto Laclau, entendida como una "práctica constructora de sujetos", a la cual están asociadas, por ende, las formas de cuidado.

LAS FORMAS DE CUIDADO

Para la concepción de la filosofía occidental y cristiana de sociedad, es

la familia la primera forma de cuidado. Jacques Donzelot (2008) lo consignó en estos términos en su obra "La policía de las familias", postulando:

> [...] uno se agota al definirla por la unilateralidad de una función de reproducción del orden establecido, de su determinación estrechamente política; y el otro la dota de un ser propio, pero a costa de reducirla a la unicidad de un modelo cuyas variantes no están más que remotamente relacionadas con la evolución económica de las sociedades. (p.10)

Allí refiere cómo uno ingresa dentro del ambiente doméstico, en el cual las sociedades separan dos espacios, el de producción y el de reproducción. El de reproducción es el espacio doméstico, el de la familia y alude a los cuidados y a la restauración de la fuerza de trabajo. En dicho espectro el Estado intervendrá mediante la puericultura y las medidas de higiene, las cuales se feminizan mediante formas de asistencia asociados a satisfactores de las necesidades inherentes a conservar la capacidad productiva del trabajador, se reproduce el trabajador, y a su vez se reproduce el cuerpo del trabajador, en los hijos y la familia.

¿Cuál es el valor central de la salud mental en nuestra sociedad? Se traduce en mayores grados de autonomía y de libertad; autonomía pensada en orden a la funcionalidad y también concebida como potencia individual, es decir, la capacidad de gestionar la propia vida, de decidir y de planificar cuáles son las necesidades, deseos y propósitos, con los mayores grados de libertad y autonomía posibles. Más que necesidades, podríamos decir, se construyen

demandas[2] como resultado de la ideología y de los propósitos de reproducción social y productiva. Muchas de estas, encuentran modos mercantilizados de ser satisfechas ya que, por definición, necesidad es aquello que falta. Toda necesidad puede ser definida como aquel objeto o situación cuya ausencia causaría un daño. Para Agnes Heller (1996), es erróneo distinguir entre necesidades reales (need) de irreales (want) ya que todas las necesidades en tanto que son sentidas y deseadas por los seres humanos son reales (concepto psicoanalítico freudiano de "Realidad psíquica" vs. realidad objetiva). Estas necesidades, tienen a su vez satisfactores, que pueden ser objeto de diferentes grados de formalización y tecnificación, convirtiéndolos, entonces, en productos ofrecidos de acuerdo a las reglas del mercado. Llegamos así al entendimiento de que cualquier demanda puede ser acaparada por una técnica, y a la vez es pasible de ser transformada en una mercancía –entendiendo por mercancía a todo aquello que tiene un valor en el mercado- hay oferta y hay demanda, la cual inmediatamente es cubierta mediante una técnica.

Algunos de los principios sobre los cuales se constituye el buen vivir en salud (bio psico social espiritual) se erigen sobre la base del buen pensamiento, del buen sentir y del buen actuar, la ley de recompensa y una plataforma cósmica. La experiencia de cuidado es personal y está determinada por la historia de cada persona, como parte del enfoque de cuidado transcultural, integral, enmarcado en el respeto y la dignidad de cada persona y es muy significativo entender que en algunas comunidades esto implica una construcción social, no personal. Cuidar es más que la aplicación de técnicas y procedimientos, es fundamentalmente una acción comunicativa y personal, basada en el respeto y reconocimiento del otro.
Desde la Teoría del Buen Vivir y Bienestar entendemos que el acto interpersonal del cuidar (con una o más personas) implica un posicionamiento –posiblemente

[2] La necesidad, según el psicoanálisis freudiano-lacaniano, se transforma en demanda, ya que el sujeto, al dirigirse al objeto de la necesidad, es atravesado por la red simbólica del lenguaje complejizando su satisfacción y poniendo en marcha la metonimia del deseo.

diferente y/o complementario e interdependiente- que "presupone" cumplir determinados objetivos. Esta interrelación, además, incluye un reconocimiento de la "vulnerabilidad"[3] de todos los incluidos en la misma, abriéndose paso a una construcción de subjetividad que va a estar determinada por los valores socio-históricos de ese preciso momento [4–5]. Una situación que ya se plantea compleja porque puede tener una significación diferente partiendo de la historia de vida de cada sujeto implicado y sus acopios culturales. Aquí entra, a nuestro entender, la contraposición entre dos (o más) formas de comprender y por ende proceder con respecto a la salud en general y a lo que nos convoca, que es la salud mental.

La mayor contrastación con la cosmovisión del mundo capitalista, occidental y cristiano en términos del concepto de salud mental y, por ende, de cuidado, se pone de manifiesto en la forma o las formas en que el cuidado se prodigaba. Así como en la filosofía judeo cristiana, todo esbozo o tipo halla su pragmatización en un antitipo, en la concepción filosófica de los pueblos originarios se da en el binomio mito-rito. Es decir, hay un mito que a través del ceremonial se hace presente plásticamente en un rito, los cuales representan formas en las que las comunidades adjudican identidades, establecen roles, determinan mecanismos para evitar males o para recuperar a quien tenga la salud perdida.

Lévi-Strauss (1995) nos adentra en la cuestión de cómo alguien

[3] Vulnerabilidad: "Uno de los alcances del concepto es dado por su potencial de ampliación sobre la compresión de los fenómenos de la salud, resultante del entrecruzamiento de comportamientos y vivencias individuales, subjetivas, condiciones sociales, políticas y culturales, conjuntamente con las acciones de salud dirigidas para la prevención y control de los agravantes. En la perspectiva de la determinación social de la salud-enfermedad y de la vulnerabilidad, está implícito su carácter interdisciplinar, lo que es fundamental cuando se trata de problemas o de necesidades de salud, en la medida en que la complejidad del objeto de la salud requiere diferentes aportes. En el mismo proceso de vulnerabilidad se encuentra la capacidad de lucha y de recuperación de los individuos y grupos para su enfrentamiento" (Takahashi, 2006).

[4] "La construcción de la subjetividad, en la perspectiva de Husserl y la fenomenología, es decir los procesos de construcción de significados, valores, normas morales y éticas, que regulan los comportamientos prácticos y la relación con los otros de trato y sociedad, el lenguaje y los sentidos para la existencia, es siempre los modos en que cada sujeto se integra a la vida en común, a la cultura que habita, a los procesos simbólicos, los intercambios económicos, políticos y de esta integración se modela su sensibilidad, sus emociones y pasiones. Lo que nombramos "sujeto" tiene una historia y una estructura de continuidad y permanencia en el tiempo (no de eternidad), la subjetividad es siempre epocal, actual y cambiante, ya que está ligada a las condiciones sociales y culturales de la existencia y refleja los grados de libertad y autonomía logrados por cada sujeto en relación a las condiciones y acontecimientos que impone la vida social. Cada sujeto es siempre singular tanto en su historia como en los modos subjetivos que expresan su relación con el mundo social, es decir los otros, en que habita". (Galende y Kraut, 2006)

[5] Criticamos el concepto de riesgo (epidemiología clásica) que construye sujetos y poblaciones "abstractas" y ontologiza los cuadros patológicos (Almeida Filho, 2000)

deviene hechicero. La magia toma ahí un lugar relevante en tanto es el instrumento para que esto sea posible. Un instrumento intangible, que más bien se relaciona con tres puntos: la confianza del hechicero en sus técnicas (basadas prácticamente en simulaciones), la fe del enfermo en el hechicero mismo y la confianza y exigencias de la opinión colectiva. Así, en torno a éstos elementos se definen y sitúan las relaciones entre el brujo y aquéllos a quienes él hechiza nos dice Lévi-Strauss, quien no duda de la eficacia de la magia, pero se pregunta su porqué. Primero, que la magia sea eficaz se debe a la confianza en ella, pero sobre todo la situación mágica es un fenómeno de consenso. Es en torno a esto que en el texto surge la pregunta "¿Cuál es la parte de credulidad y cual la de crítica de la actitud del grupo, respecto de aquéllos en los que reconoce poderes excepcionales, a los que otorga privilegios correspondientes, pero de los cuales exige asimismo satisfacciones adecuadas? Pregunta que a la vez destaca que el reconocimiento, la fe en ella, tiene lugar no sin cierta ambivalencia o ambigüedad.

Esto nos hace pensar en que quizás la distinción entre la función social de la magia y la propia de la ciencia en nuestro mundo tienen algunos puntos en común. Cabría preguntar si lo que sucede a estos grupos con la magia no es semejante a lo que sucede hoy en día a una parte del mundo con la ciencia. ¿Acaso sin la ciencia la humanidad se sentiría en pleno desorden, sin sistema?. Al ser humano siempre le ha sido insoportable lo que no tiene explicación, negando así su condición de "No realizado", de un sujeto en falta que lo angustia. Y es indudable que la ciencia como explicación para todo ocupa un lugar que va más allá de los fines reconocidos como propios por el discurso científico. Lévi-Strauss además se plantea la relación entre pensamiento normal y pensamiento patológico, distinción que concierne a la relación existente entre el sinsentido y

la magia. Para él, al pensamiento normal (que para nosotros resuena al neurótico) le falta sentido, tiene una avidez peculiar por comprenderlo todo, pretende encontrar el significado de todo, pero no puede encontrarlo por sí mismo; por otro lado, el pensamiento patológico (lo que podría ser la paranoia para nosotros) desborda de interpretaciones y en él todo tiene sentido. Nos dice: "Para el uno, existe lo no-verificable experimentalmente, es decir, lo exigible; para el otro, existen experiencias sin objeto, es decir, lo disponible. Así, lo que por un lado aparece sin significación o sentido, apelando a él, el otro lado se encarga de dárselo"

Dicho texto está asociado a la restauración comunitaria, práctica que nada tiene que ver con un cuerpo de trabajo, sino con la posibilidad de no herir los rasgos identitarios del grupo comunitario. Entonces, en la medida en que esos grupos comunitarios, establecen identidades, fijan roles y estatus que se encarnan en el poderío adjudicado al chamán o a la machi, que representan un relato en el cual es la historia misma la que cura. Así al no tener una fórmula industrializada de porcentaje de trabajo, tampoco tienen necesidad de vender su capacidad de trabajo, por tanto, salud mental no es estar en uso de la razón y hacer lo más ventajoso con el menor esfuerzo –lo cual para la cultura occidental y capitalista es racionalmente apropiado- los pueblos originarios en su imaginario y cosmovisión presentan otro tipo de razonamiento que tiene más que ver con fortalecer vínculos comunitarios, establecer identidades compartidas, recuperar las formas en la que fueron creados –apego a su teogonía, cosmogonía, antropogonía- por ende, separarse de ellas, enferma.

Se presenta, en fin, una idea teleológica de la salud. Así como en el cristianismo consiste en la pérdida del Edén, y en el marxismo es la búsqueda de la sociedad sin clases, en la cosmovisión de los pueblos originarios la finalidad se

halla en mantenerse en común unión y en estrecha relación con su cosmogonía.

El buen vivir, entonces tiene que ver con la capacidad de fortalecer e integrar la historia, mediante la potenciación de grupos comunitarios. Entonces, las formas de cuidado son mitos, que se expresan plásticamente en ritos, en estrecha relación con la antropogonía y en sujeción a ella, la condición para alcanzar salud.

DESARROLLO

En todas las declaraciones que se realizaron en función de establecer principios básicos que orientan las acciones en salud y, en salud mental en particular, se reconoce a la salud como una responsabilidad social que involucra la participación de la comunidad en el propósito de desarrollar y fortalecer la solidaridad, la ciudadanía y la democracia. A su vez, se requiere de un esfuerzo múltiple para alcanzar ese anhelado estado de bienestar físico, mental y social, necesario para todos los seres humanos. Se reconoce asimismo que las comunidades han de ser activas y gestoras de su desarrollo y que la construcción del concepto de salud implica, tanto un proceso colaborativo, como la convergencia de mecanismos de diálogo horizontal y de intercambio cultural participativo.

En los pueblos originarios, la salud es entendida y vivenciada como una construcción cultural, no existe una salud individual sino un concepto de salud colectiva y un concepto integral que se aprende y emerge con el bienestar de la comunidad. Este concepto es visto como armonía o equilibrio. La relación con los demás miembros de la comunidad, en respeto de la individualidad, pero en exaltación del bien comunitario, se vincula en proporcionalidad directa con la

tierra, en reconocimiento por todo cuanto se recibe de ella. Se respira lo que podemos denominar una "cultura de la salud", en asimilación con la naturaleza. Surge en dicho enclave la idea de bienestar individual como emergente necesario del bienestar con las cosas que nos rodean. Dicha extensión de uno mismo hacia el todo comunitario y convivencial genera la dialéctica del dar y como lógica consecuencia, del recibir, tradúzcase lo propio en el accionar en mi propio favor desde la voluntad de un individuo de la comunidad o con la comunidad toda, o traducido en un determinado don de la Madre Tierra. La Madre Tierra tiene personalidad, alcanza entidad por cuanto porta nombre propio y de alguna manera, guarda en su memoria los ciclos establecidos del dar y del recibir: todo lo hace de manera autónoma. Obra de manera totalmente autárquica. Es el diálogo que sostiene con los individuos y con las comunidades aquello que determina el buen vivir, que lejos de llamarse confort, implica paz interior, como consecuencia del buen uso de las cosas.

La consecuencia natural de dicho intercambio experimental y convivencial, se denomina salud. Salud es entonces equilibrio. Y dicha proporcionalidad perfecta traslada todas las áreas, es decir se muestra en el todo integrado del individuo comunitario –más que social- y en su extensión como parte de la madre tierra, de la cual es fruto y a la vez cultor.

> Para nosotros todo va con todo; eso es "armonía", por eso hablamos de integralidad. Hacer un pagamento es evitar la enfermedad, pues se hace un pagamento por la vida. Estamos sanos, cuando tenemos completo equilibrio mente-espíritu, cuando estamos en total paz con nuestros hermanos y con la madre tierra, es decir, es estar en armonía. Para

> lograrlo es necesario aceptar al otro tal como es. (Asociación Civil Rumbo Sur, s.f)

En la comunidad arhuaca prevalece la cosmovisión del mundo. Ellos integran la vida a la madre tierra, es una visión milenaria de tradiciones, ritos y costumbres. La enfermedad como concepto es interpretada como un resultado de desequilibrio espiritual madre naturaleza-hombre, consecuencia de incumplir con la ley de origen.

> Para nosotros la madre tierra es como la primera casa, es la primera madre, por la cual nosotros tenemos el deber espiritual de proteger, cuidar y preservar. Si la madre tierra se enferma, todo lo que esté a su alrededor, también se enferma. De ahí que nosotros la miramos como la armonía en el equilibrio, la miramos como algo integrado a nosotros; si algo le ocurre a la montaña, si algo le ocurre al agua, también nos va a afectar a nosotros. Los arhuacos nos enfermamos cuando se pierde la armonía, que es la paz con la naturaleza, también cuando uno se porta mal. Cuando hay enfermedad es porque hay una deuda pendiente, hay que limpiarse, es una deuda, como ser infiel, ahí la persona se confiesa con el Mamo en una ceremonia, entonces queda limpio (Arwikoka, 2011).

La vida es una oportunidad íntimamente ligada con la madre naturaleza en armonía y equilibrio. La vida como integralidad entre cuerpo, espíritu y

naturaleza. Para la gran mayoría de las comunidades de los pueblos originarios, la muerte no es la "paga" por el pecado. Es el cumplimiento de un ciclo natural, forma parte del ciclo del ser: Cuando la muerte se manifiesta en algún integrante de la comunidad, la comunidad pierde una oportunidad de servir a la tierra y al prójimo, pero es a la vez, una oportunidad para asumir su tarea dentro del espacio comunitario y responsabilizarnos por cumplimentar el servicio que el difunto prestaba, al hombre, a la mujer, a la tierra. Configura una "transición", en la que quien muere reinicia el ciclo de la vida como sustrato viviente, de una tierra viviente. Así, la persona no muere a causa de la falta de salud, muere porque habiendo cumplimentado su derrotero y le toca ahora, servir desde dentro. Las comunidades enlazan la cosmovisión al pensamiento y al hacer por la preservación; y de esa manera se positivizan las leyes mayores de su existencia. La ley de la salud está ligada al servicio, al don y al donar, La ley mayor, la implica y está sujeta al cumplimiento de una observancia respetuosa del medioambiente y de la adoración a la Madre Tierra. El único actor de la existencia que se concentra en un dar permanente es la tierra; de allí su autoridad y significancia. Por ejemplo, cuando se produce un alumbramiento, es la tierra misma la que pare a través de la mujer. El parto es un momento familiar, en el que todos los miembros de la familia están alrededor de la mujer que está dando a luz, apoyándola y participando del momento, cuidando de la vida. El momento del nacimiento incorpora en sí mismo la visión holística y espiritual de la comunidad alrededor de la vida y su cuidado. El recién nacido no recibe nombre sin que antes se realice la ceremonia de identidad, la cual consiste, en algunos pueblos originarios, en poner al niño en contacto con toda clase de alimentos que va a consumir durante toda la vida.

Así, en este sencillo pero profundo ritual, se deja ver con claridad a la

salud como equilibrio, la manera de curarse de un mal físico es restableciendo el equilibrio y la armonía en el plano espiritual, que es donde radica el origen del malestar.

El duelo se torna parte de la vida, así como la pérdida, la cual, por cierto, deja de ser individual, para ser comunitaria. La manera particular de ver el mundo y el cosmos de las comunidades indígenas determina las relaciones armónicas de la persona y grupos sociales con la naturaleza enmarcada en el equilibrio, la integralidad y la armonía; ese principio que encarnan los pueblos originarios es fundamental para la construcción de la sociedad y debería permear los espacios socio-sanitarios. Los elementos culturales están presentes en la vida cotidiana de las comunidades y determinan la forma en que éstas afrontan las dificultades y los problemas de salud, así como la enfermedad. La enfermedad más que una manifestación fisiológica, es el resultado de un desequilibrio de la naturaleza y del entorno, por lo tanto, la recuperación o sanación está determinada por prácticas sociales y culturales, cargadas de simbolismo. El concepto y representación de los procesos salud-enfermedad están íntimamente ligados al espíritu, este concepto de espíritu está presente no solo en los seres vivos, también en las cosas materiales. La cultura incorpora creencias, valores, actitudes y modos de ver la vida que son aprendidos, transmitidos e incorporados por cada persona en sus entornos familiares y educativos y determinan, entre otros, sus pensamientos, formas de vida, relaciones y procesos de comunicación.
Para algunas personas y escuelas lo mental alude la "cognición", es decir, una serie de procesos de pensamiento y de respuestas que elaboran y expresan los sujetos, tanto de la información que les llega de afuera, como del interior de su organismo; otros, en cambio, entienden que el concepto salud mental alude a una construcción relacional: la relación que se establece entre el sujeto y el marco

socio-cultural del cual emerge. Existe una tendencia a creer que la medicina indígena, o de los pueblos originarios, está más bien relacionada con la idea de la homeopatía y con su farmacopea (por mencionarlo en una dimensión ortodoxa). En cambio, cuando se alude a la medicina occidental, se la piensa en relación a la alopatía, validada por el positivismo hegemónico de la ciencia eurocéntrica.

Diremos, en primer término, que estamos frente a la construcción de dos saberes bien diferenciados. El primero se sustenta en un modelo positivista del conocimiento en el cual se implican la "enfermedad" y su semiología, en el segundo subyace un modelo empírico que trabaja desde una visión del mundo integradora de la persona como emergente de su realidad (biológica, ecológica, social y cultural). En América Profunda –con líneas relacionadas al Zaratustra de Nietzsche que le habla y sondea al corazón y de Foucault con su Hermenéutica del Sujeto y la espiritualidad– Kusch (1999) rechaza al cientificismo "En la Academia cuidamos excesivamente nuestro pudor universitario…" y propone un saber que debe estar unido al vivenciar, asumir el estar: lo visceral del entorno. Este pensamiento vivencial no es una teoría y para comprenderlo hay que dejar de lado el pensamiento moderno occidental. Kusch reconstruye la máxima tensión de ese contraste como la oposición entre el hedor y la pulcritud, dos formas arquetípicas que evocan el drama existencial de los seres urbanos frente a la presión popular-ancestral originaria. Por un lado, están los estratos profundos de América, con su raíz mesiánica y su ira divina a flor de piel y por el otro los progresistas occidentalizados de una antigua experiencia del ser humano. Uno está comprometido con el hedor y lleva encima el miedo al exterminio y el otro en cambio es triunfante y pulcro y apunta a –meritocracia mediante– reprimir su angustia, depositada en la seguridad del conocimiento ontológico y eurocéntrico.

> En América, ya lo dije en mi primer libro, se plantea ante todo un problema de integridad mental y la solución consiste en retomar el antiguo mundo para ganar la salud. Si no se hace así, el antiguo mundo continuará siendo autónomo y, por lo tanto, será una fuente de traumas para nuestra vida psíquica y social. [...]
>
> La intuición que bosquejo aquí oscila entre dos extremos. Uno es el que llamo el ser, o ser alguien, y que descubro en la actividad burguesa de la Europa del siglo XVI y, el otro, el estar, o estar aquí, que considero como una modalidad profunda de la cultura precolombina y que trato de sonsacar a la crónica del indio San Cruz Pachacuti. Ambos son

Si unimos todos los aspectos de la subjetividad, el sujeto que se piensa desde los equipos de salud mental y el sujeto de deseo, que se piensa desde la carencia y genera deseo, ambos se funden en un escenario sanitario, cultural y político, que anima la tensión de uno hacia el otro. Encontramos una praxis en salud mental que propone que la construcción de la salud es una cuestión de la que debe hacerse cargo exclusivamente el saber académico especializado. Los trabajadores del área encontramos en nosotros mismos y en la relación con nuestros usuarios al menos dos situaciones: en una, vivimos oscilando entre dos polaridades mentales poco concordables entre sí: un pensamiento fundamentalmente conceptual, producto de esa cultura occidental que históricamente se nos ha impuesto, que de algún modo distorsiona, intercepta nuestro modo profundo de estar ante la vida y el mundo, propio de nuestro

pueblo. Pareciera ser una subjetividad condenada a permanecer inconsciente, pero ello no frena que determine cotidianamente nuestras actitudes, valoraciones y elecciones. Por otro lado, y en contraposición a "lo occidental", en la sabiduría de los pueblos de "Nuestra" América Profunda, subyace un pensamiento conciliable con las filosofías tradicionales orientales y, en general, con la sabiduría ancestral propia de los pueblos protohistóricos (pre-ontogénicos, el "estar" antecede al "ser"). Según Steffen (1989), el sentir profundo de nuestro pueblo todo parece coincidir, en sus notas fundamentales, con el pensar propio de todos los pueblos protohistóricos. Por un lado, pulsan las vivencias del sentir popular profundo, por otro, caminan las estructuras racionales y el discurso psi. Esa polarización se muestra en ciertos aspectos irreconciliables. Allí surge la problemática acuciante de los equipos de salud mental en el momento de responder a las demandas de nuestra comunidad; Esto implica, generalmente, una práctica despojada de la perspectiva de los pueblos, descontextualizada culturalmente y una estructuración poco satisfactoria de los programas locales de promoción, prevención y atención.

En la concepción de la medicina occidental, el sujeto que enferma importa en tanto es el receptáculo de la enfermedad en su cuerpo, pero no en cuanto sujeto inscrito en un marco referencial determinado (Arrizabalaga, 2000; Devereux, 1973; Foucault, 1966; Geertz, 2005; Seppilli, 2000). Como consecuencia de esta premisa, el profesional de salud se focaliza en el cuerpo, porque es el medio mediante el cual la enfermedad se pone de manifiesto, se da a conocer. El desarrollo que ha tenido la medicina occidental la ha cualificado como más "científica" en términos de la experimentación y del objeto de estudio, pero se ha distanciado de la persona que sufre. En ese contexto puede aseverarse –y especialmente en estas épocas en las han entrado en vigencia los diagnósticos a

distancia– que la relación entre paciente-profesional-entorno es más difusa y adquiere menor relevancia. Dicho pensamiento aplica asimismo en el ámbito de la salud mental. La psiquiatría occidental considera que los trastornos mentales pueden ser explicados mayormente mediante los desórdenes del sistema nervioso central. Siguen anteponiendo el "ver" propio de la observación, al "escuchar" al otro en comunidad con su entorno, historizando sus síntomas. Esta forma de plantear el modelo biomédico en la psiquiatría moderna se expresa conforme, por ejemplo, a la conceptualización que hace de los "trastornos mentales" la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). En dicho contexto, Uribe (1998, 2000), explica que la APA pretende que el DMS-IV (y actualmente el DSM-V), tenga una validez universal y ha reconocido someramente la influencia del entorno cultural en la enfermedad mental, por ello ha creado a partir de un apéndice una categoría llamada "los síndromes psiquiátricos culturales". Así, en el DSM-IV, la APA asume que, en un trastorno como la esquizofrenia, los criterios diagnósticos tendrán que tener en cuenta la cultura y el medio social en el que se inscribe el sujeto. "[…] En algunas culturas, las alucinaciones visuales o auditivas con un contenido religioso pueden ser un emergente natural de la experiencia religiosa (por ejemplo, ver a la Virgen María o el oír la voz de Dios)" (Uribe, 2000, p. 352). De la misma manera sucede con los delirios, ideas que pueden ser delirantes en alguna cultura (que no integre en su acervo los conceptos de la magia y brujería) pueden ser comunes en otra (Uribe, 2000, p. 352).[6]

En la medicina occidental hegemónica se le da prioridad a la "enfermedad", "al órgano enfermo o disfuncional"; mientras que en la medicina indígena se trata al habitante comunitario que enferma, en un contexto

[6] Se realiza una paráfrasis de los dichos textuales a fin de facilitar la lectura.

particular. Sobre este particular, Don Manuel (Banco de la República, 1999, citado por Rodríguez Cuenca, 2011), un Chamán del Valle del Sibundoy, refleja la cosmovisión de los médicos indígenas en el siguiente texto:

> El hombre, los animales, las plantas, los ríos, las montañas, los páramos, las lagunas y los astros, participan de una totalidad en la cual todos los elementos tienen vida, tienen espíritu y además se encuentran relacionados a través de las energías que cada uno posee. La gente ordinaria cree que una piedra es una piedra, el agua, agua y un árbol, árbol, pero la realidad es diferente. Todas las cosas tienen "pintas" y hay que saber entrar en cada una. (p. 5)

Si bien la medicina occidental y la indígena parten de modelos epistemológicos diferentes, persiguen un mismo fin, la "sanación" o "curación".

En relación con los "padecimientos" y enfermedades del cuerpo, existen saberes de la medicina indígena más o menos conocidos (Bidou y Perrin, 1990; Dagua, Aranda y Vasco, 1998; Domico, Hoyos y Turbay, 2002; Gallego y Eucaris, 1986; García y Patiño, 1993; Ordóñez, Lozano y Morales, 1993; Sams, 2002; Zubiría, 1986); no así en los relacionados con la salud mental, o para usar expresiones propias de uno de los pueblos originarios del sur de Argentina, la comunidad Páez, los "sufrimientos del alma".

Es posible encontrar manifiestos explicativos de salud mental indígena en los anales de la historia de algunos pueblos originarios de México. En ese sentido, Lagarriga (1991), sintetiza en "Concepción y terapia de la enfermedad mental", que la etiología de la "enfermedad mental" está determinada por

fenómenos mágicos, agentes sobrenaturales (espíritus nocivos, aires, muertos, brujos, rayos) y por fenómenos psicológicos y humanos (situaciones "estresantes" y relaciones interpersonales conflictivas) que pueden generar diferentes tipos de enfermedades, tales como locura, pérdida del alma, vergüenza, depresión, nervios, envidia, derrame de bilis, entre otras. Como agentes y factores terapéuticos, en la medicina indígena mexicana se recurre por una parte a la asistencia de "brujos" y "curanderos", quienes utilizan como técnicas curativas las "hierbas naturales", los baños y lavativas, los masajes, los "ungüentos", y una serie de objetos con poderes "mágicos" que contrarresten los maleficios hechos por personas o brujos. Estas técnicas, en cuanto se refieren a los sufrimientos del cuerpo, son también ampliamente utilizadas por los médicos indígenas de las culturas colombianas (Dagua, Aranda y Vasco; 1998; García y Patiño, 1993; Kakar 1982; Zubiría, 1986).

La medicina de los pueblos originarios tiene su base epistemológica en su propia cosmogonía y cosmología, particularidad que impide que desde la teoría del conocimiento de la medicina occidental pueda rebatirse, cuestionarse. No estamos parados sobre un mismo fundamento; ambas medicinas y las concepciones que se edifican en torno de ellas, remontan a una génesis diversa. En ese punto, (García y Patiño, 1993; Jamioy, 1998; Ordóñez, Lozano y Morales, 1993) sostienen que, en el caso de querer establecer paradigmas, se podría incurrir en reduccionismos y esquematizaciones propias del positivismo de la ciencia occidental

La multiplicidad de factores que intervienen alrededor de la concepción, los procesos y las prácticas curativas que emplean los pueblos originarios en su medicina, reflejan la realidad sociocultural y conceptual de la comunidad a partir de ritos y creencias ancestrales. Esa realidad socio-cultural en

la que está inmerso el médico indígena y sus consultantes es la que en últimas va a permitir aquello que Lévi-Strauss (1987) denomina la "eficacia simbólica", es decir:

> No se combatirá la enfermedad sino la fuerza mágica que la provocó, no se trata de curar síntomas sino de tratar una agresión mágica, por eso, cuando un enfermo moría se interpretaba no como que el tratamiento fue inapropiado, sino que el enemigo que envió la enfermedad era mucho más poderoso y sabio. (p. 206)

El peso de la realidad socio-cultural y su influencia en el psiquismo humano y en la enfermedad, ampliamente estudiada por Freud (1981a; 1981b) demuestra –para el mundo occidental– cómo la libido en oposición al contexto socio cultural va a determinar el surgimiento del síntoma histérico. Siendo el cuerpo el campo de batalla en donde la historia cultural heredada y los deseos y fantasías que expresan la pulsión sexual van a enfrentarse, dando como transacción sustitutiva al conflicto entre esas dos poderosas fuerzas, el síntoma histérico (vómitos, parálisis faciales y corporales, etc.).

MEDICINA INDÍGENA Y SALUD MENTAL

La conceptualización de los problemas de salud mental será la piedra angular sobre la cual se construirán e implementarán las soluciones. El tema que gira en torno de la epistemología es, en relación con la medicina indígena, el punto de partida, atento que la palabra (del que habla y habita el lugar en su

cultura del "mero estar-siendo") es la unidad que construye cada cosmovisión y antropovisión que rigen la vida y la organización de estos pueblos.

Las transformaciones históricas producen cambios tanto en la denominación de los problemas como en la referencialidad. Así, por ejemplo, se puede ver con claridad la mutación en torno de la clasificación de las enfermedades mentales, en el manual de trastornos psicológicos de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), citaremos como ejemplo, dicha mutación en relación con la etiología de la homosexualidad.[7]

Se hace necesario, entonces, valorar otra clase de saberes que no están enmarcados dentro de la óptica de la cientificidad médica, pero que poco a poco, son evaluados y valorados en todas sus dimensiones (Álvarez, Perafán e Izquierdo, 2000).

Salud mental es un concepto inexistente en la tradición de los pueblos originarios, pero a través de procesos de transculturación se ha ido generando una concepción con la incorporación de la configuración occidental

> . . .la cual ha permeado sus prácticas, costumbres y estilo de vida. Como resultado, en la actualidad los pueblos originarios conciben el concepto de salud mental desde dos perspectivas, una ancestral y otra occidental, la cual se relaciona con anormalidad o loquera, dolor de cabeza, confusión y afectación del comportamiento (Montoya Vélez et al., 2020, p.7).

En esta situación, la/s persona/s, familias /comunidades que consultan al equipo de salud mental, que manifiestan su demanda de cuidados,

[7] La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), a partir de 1974 dejo de considerar la homosexualidad como una "desviación sexual" y pasó a considerarla en algunos casos especiales como un "trastorno de la orientación sexual". Es decir, sí existía algún problema, este ya no dependía de la orientación sexual, sino como el sujeto asumía dicha orientación.

están transculturadas, en un modo de comprensión dual de su situación desde la ideología occidental. Persona que se define a sí misma como "paciente", y que viene con un programa muy definido: viene a que el equipo de salud mental le ayude a hallar las causas y explicación de sus malestares y lo hace a través de unas categorías cognoscitivas que son ajenas a su pensamiento originario. Cuando se produce este encuentro, que fundamentalmente se transforma en un encuentro ideatorio, se intercambian ideas. En los pueblos originarios se atiende poco a lo conceptual, más bien, como dice Steffen (1990):

> . . .está al acecho del tinte afectivo que la presencia del interlocutor le genera en un nivel poco lúcido y consciente Esa observación de Kusch acerca de cómo se juega el diálogo interpersonal en el indígena, es también para todos los niveles populares. (Steffen, 1990 p.44)

Rodolfo Kusch a propósito del pensar indígena y las diferencias de éste con el pensar occidental expresa que la mente del occidental se dirige a la realidad con la intencionalidad de captar objetos. El indígena, más que objetos, capta aconteceres. El indígena no ve como nosotros los "cultos" un algo estable poblado de objetos. Ve, más bien, una especie de pantalla sin cosas, pero con intenso movimiento, pudiendo ese movimiento ser bueno o adverso.

En estos tiempos pandémicos vuelve a tener trascendencia lo que expresa Kusch con respecto al hombre de ciudad, al urbano, como que debe renovar la experiencia del miedo al desamparo. El miedo es lo fundante, el hombre de la ciudad teme al no poder sobrevivir (un miedo que por un lado tiene una raíz originaria pero también y de forma más determinante en la Ilustración, la

[7] La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), a partir de 1974 dejo de considerar la homosexualidad como una "desviación sexual" y pasó a considerarla en algunos casos especiales como un "trastorno de la orientación sexual". Es decir, sí existía algún problema, este ya no dependía de la orientación sexual, sino como el sujeto asumía dicha orientación.

ciencia, la técnica). Este hombre de ciudad acepta que tiene miedo (se siente seguro con la tecnología, las ciencias biológicas, el celular, el delivery etc. etc.), pero lo reprime. Cada vez que aparece, que aflora ese miedo, esa angustia, lo tapa con consumismo por eso queda impotente con la pandemia (¿Cómo es que no controlamos el virus?). En esta situación de desamparo ante lo desconocido y amenazante, de negar la finitud ("la medicina resuelve la pandemia") en una línea de pensamiento enquistada por el modelo progresista europeo. La incertidumbre del vivir en los pueblos originarios se contrapone a la "pulcritud" del hombre blanco. Las características del pensar indígena pueden ser, a grandes rasgos, generalizables, para todo el conjunto de nuestro pueblo latinoamericano. En lo que se refiere a las minorías urbanas transculturadas, esas modalidades psíquicas básicas persisten, pero como dijimos, fuertemente reprimidas a niveles inconscientes.

Kusch en su propuesta anti ilustración y sueño civilizatorio, señala que el indígena tiene el inconsciente a flor de piel (que en la conceptualización psicoanalítica podría confundirse equiparándolo al "pensamiento delirante" de las estructuras psicóticas), mantiene esa cosmovisión de que no hay resolución final, no paraíso, situación que se decanta y queda el mundo visto por puro azar: no se niega la incertidumbre de la existencia. Es como una "chakana", una olla que puede llenarse de maíz o de maleza según el resultado posible.

> De la conjunción del ser y del estar durante el Descubrimiento surge la fagocitación que constituye el concepto resultante de aquellos dos y que explica ese proceso negativo de nuestra actividad como ciudadanos de países supuestamente civilizados. Como es natural, todo esto

> deriva finalmente en una sabiduría, como saber de vida, que alienta en el subsuelo social y en el inconsciente nuestro y que se opone a todo nuestro quehacer intelectual y político. El calificativo hediento, que esgrimo a veces, se refiere a un prejuicio propio de nuestras minorías y nuestra clase media, que suelen ver lo americano, tomado desde sus raíces, como lo nauseabundo, aunque diste mucho de ser así. Evidentemente, tuve la deliberada intención de mostrar el hondo sentido positivo que tiene ese presunto hedor. (Kusch, 1999 p.21)

El citadino blanco, como refiere Kusch, vive su angustia poniendo en evidencia el carácter primario de la existencia, su temor existencial –Hegel, Heidegger, Kierkegaard–y, a diferencia de los pueblos originarios, olvida la fragilidad que hace a nuestra existencia (comienza a "reclamar" "demandar" a la ciencia y a los gobernantes a que solucionen la problemática pandémica). Este ser urbano continua, sin cuestionar, la idea de desarrollo de los economistas-tecnócratas de occidente.

Los pueblos originarios utilizaban prioritariamente una función mental: la afectividad. La cultura originaria menciona el "corazón" (en quechua: "soncco"; en aimara "chuyma"), más que como un órgano, como una facultad psíquica que, a la vez, ve y siente: como un regulador intuitivo del juicio.

> El juicio del corazón es racional y participa de lo intelectual de la percepción, pero, a la vez, siente fe en lo que está viendo: remite a un registro profundo en que toda la

> psique se pronuncia ante una situación objetiva. (Steffen, 1990 p.44)

El juicio desde el corazón, en nuestra cultura originaria, rescata el acoplamiento entre sujeto y objeto, desde el sujeto total. No el sujeto sólo intelectual de nuestras ciencias objetivas, sino el sujeto total, pensante y sintiente con toda su profundidad psíquica existencial. Los amautas repetían al Dios Viracocha ¿Dónde estás? Pregunta que no encuentra respuesta en el exterior, entonces comienza a tener una dirección interna (lo intelectual no lo responde, es fundamental una decisión moral, negar la exterioridad para abrir un camino interior). La angustia no se resuelve desde la huida científico-tecnológica hacia afuera, como en la ciudad. El pensamiento de Kusch reivindica el estar, esa posibilidad creativa de lo caótico ("se fue" no "se murió": no tiene validez cielo-infierno-purgatorio), un pensamiento andino con base fundamental en el equilibrio. Dios Viracocha no está allá, debe estar acá con mis necesidades y las de mi comunidad.

EL MÉDICO OCCIDENTAL Y EL MÉDICO INDÍGENA

Existen múltiples diferencias entre las concepciones propias de la medicina indígena y la occidental sobre los factores etiológicos involucrados en la "enfermedad", y la forma de operar con éstos en el proceso terapéutico. Esas diferencias no son las únicas entre las dos formas de medicina; otro elemento esencial que hace la diferencia entre estas dos formas de practicar el "arte de curar" es el referente a la persona misma que ejerce dicho arte, pues tanto la una como la otra consideran que la "variable personal" del médico es fundamental en

el proceso terapéutico. El formato del ejercicio del arte depende de una serie de valores y factores que tienen que ver, por una parte, con la comunidad y sus referentes reales e imaginarios, y por otra, con la historia individual, familiar y la formación que ha tenido el futuro terapeuta. En ambas tradiciones médicas se reconoce la importancia que puede tener la vocación personal del futuro médico, entendiéndose por vocación el interés y las motivaciones que le llevan a escoger la profesión del "arte de curar". En la medicina indígena, no es el sujeto quien escoge el ejercicio del "arte de curar"; no se trata de una predilección, no se trata del ejercicio del hacer a voluntad, en cambio, el médico occidental elige serlo. El médico indígena no solamente tiene que elegir serlo, sino que, además, tiene que ser elegido por factores que están ajenos a su voluntad o que se escapan de su directa influencia (espíritus, vientos, designio de los dioses) (Castañeda, 1974; Jamioy, 1998).

No siempre el electo médico indígena elige, o está de acuerdo con tal designación, en dicho caso, se procede contra voluntad. (Castañeda, 1974; Castañeda, 1986). Ejemplo claro de ello se encuentra en algunas tradiciones médicas indígenas del Alto Putumayo. En dicho contexto, o, mejor dicho, bajo la cobertura de dicha cosmogonía, el futuro médico indígena deberá portar en su árbol genealógico antecedentes incuestionables que atestigüen una herencia en este sentido.

En otras culturas, las visiones que tienen los médicos indígenas sobre algunos niños y las habilidades que ven en ellos, les sirven de indicativos o señalamientos sobre las cualidades innatas de aquellos niños como futuros herederos de sus conocimientos. Cuando los dioses o los poderes sobrenaturales han indicado claramente a un médico indígena al futuro aprendiz de médico, lo apartan de la comunidad, y hacen todo un proceso de formación tan estricto y

riguroso como en cualquier escuela de medicina. "El proceso de formación implica la transmisión de una serie de conocimientos heredados ancestralmente, tanto teóricos como prácticos, que involucran toda su concepción tanto cosmogónica como cosmológica del ser humano y de la naturaleza" (Arocha, 1999; Castañeda, 1974; Jamioy, 1998; Narváez, 2006; Ordóñez, Lozano y Morales, 1993, citado por Vallejos Samudio, 2006). El aprendiz, no sólo tendrá que aprender sobre plantas de poder y medicinales, visiones, sueños, signos de la enfermedad, panteísmo, etc. sino que también tendrá que saber moverse con destreza dentro del medio geográfico y social en el que desarrollará su práctica (Eliade, 1986; Lévi-Strauss, 1972; Lévi-Strauss, 1987 citado por Vallejos Samudio, 2006). En algunas culturas-etnias, el médico indígena toma su propio cuerpo como un instrumento técnico eficaz, a través del cual puede valorar y diagnosticar la enfermedad de quien le consulta.

El cuestionamiento que persiguen las generaciones actuales están vinculadas en cómo vivir en armonía con el entorno, es por ello que hay una apuesta fuerte a las tradiciones culturales que favorecen el cuidado de los elementos esenciales para la vida, y cuando decimos esenciales no nos referimos a las estrategias del marketing que tiene como principio promover necesidades para luego convertirlas en esenciales y garantizar el consumo; posibilitando la infinita presencia de productos a la mano, pero al mismo tiempo inalcanzables generando demandas que son superfluas. Por otra parte, si consideramos a la historia no en el sentido lineal, sino de las características de las poblaciones en los diferentes contextos, existe un componente común en el ser humano que es la dominación de lo simple a lo complejo; y que uno de los aspectos donde se establecen las bases del progreso es la variable producción y conservación de energía, donde la tecnología y energía juegan un papel principal en la

determinación de la organización social e ideológica, conocido también como Ley de White (1964), por tanto en muchas sociedades la definición social de prosperidad está asociada a la opulencia, y esto lo demuestran los estudios realizados por organismos e instituciones que se ocupan de estudiar la salud de las comunidades, que son diversas las enfermedades y fuentes de malestares que padecen los habitantes del mundo globalizado.

COROLARIO
DECONSTRUCCIÓN COMO UN APORTE A LA SALUD MENTAL

"No existen mecanismos biológicos accesibles al conocimiento sin un sujeto que los expresa e interpreta y una relación con otro que los valora… La confusión consiste en la pretensión de que el discurso de la neurobiología es ya integrador de los tres niveles"
Emiliano Galende

"El pensamiento como pura intuición implica, aquí en Sudamérica, una libertad que no estamos dispuestos a asumir. Cuidamos excesivamente la pulcritud de nuestro atuendo universitario y nos da vergüenza llevar a cabo una actividad que requiere forzosamente una verdad interior y una constante confesión"
Rodolfo Kusch

La cultura occidental no es universal, por más que los adherentes al eurocentrismo lo pretendan, por lo tanto, debería dejar de darnos "su" versión de

la realidad, porque una praxis psi cientificista y occidental –obligada a colocarse en actitud objetivante ante su "paciente"– nunca podrá establecer real vínculo ni comprender las necesidades de nuestro pueblo, su sentido de la vida y del mundo, sus formas de ver e interpretar nuestra realidad y nuestro devenir.

El cuidado de la salud mental lo debe establecer en primer y único término la comunidad en comunión con su entorno ("Geocultura" en términos de Kusch). Un encuentro en donde el equipo de salud pone en juego su saber y su no saber en relación a la vida de las personas, tomando como eje el cómo éstas conciben su saber y su no saber en la relación con el equipo, y cómo ahí se ubica una práctica de cuidado. Establecer un proceso de recuperación de la compleja pero determinante articulación ente acción política-social, creación académica, y de esta forma una recreación de pensamiento. El pensar de nuestros pueblos originarios sería el estar profundo (Pre-ontológico) ancestral del hombre. Ese sentir profundo se nos ofrece cotidianamente, en nuestro quehacer profesional, por lo cual, el desafío es vencer, abrirse paso, de las macizas barreras categoriales que nosotros mismos, colocamos defensivamente y recrearlas junto con nuestros interlocutores. Internalizar la necesidad de captar e innovar, desde el sentir (ese sentir que no ha sido captado ni comprendido por "lo científico") de nuestras comunidades. En nuestra tarea, implicarnos en la reivindicación de una conciencia personal y colectiva armónica. Establecer, en el campo de la salud mental, la implementación firme de que las personas participen en la formulación de su propio proyecto terapéutico. Cómo refiere E. Merhy (2002), la idea es que la persona que solicita cuidados en salud mental, con su experiencia, con su conocimiento de vivir, construiría con nosotros su proyecto terapéutico. Es una ruptura del dominio de un saber único sobre la vida del otro. Al mismo tiempo, consideramos necesario que enfermería reinterprete, terminológica y

conceptualmente, significados y significantes como la etnoenfermería[8] y la transculturalidad[9], intentando evitar de esta forma los determinismos culturales. Al igual que Fornons Fontdevila (2010), entendemos que debemos trabajar más el sentido del término identidad. La identidad de una persona es un proceso que se construye lo largo de toda su vida, abarcando todos los aspectos que la integran como ser humano: su inscripción en el seno familiar, la asignación de un nombre propio, la inserción en su comunidad, con su lengua, territorio, cultura e historia colectiva. Tratemos de pensar la apertura de posibilidades desde la narración, la expresión, la promoción del diálogo tanto en el seno familiar como en el social-comunitario y la re-narración desde la voz de las personas, la recopilación de su propia historia subjetiva y de la historia y características de su espacio. Teniendo en cuenta la complejidad del contexto que nos atraviesa en este momento y las dificultades que pueden plantearse para sentir esa cercanía tan necesaria con y entre las personas, trabajar la identidad desde la posibilidad de conocerse y darse a conocer en comunidad.

También incorporar la idea de la "micropolítica del trabajo vivo en acto" –según Merhy (2016) – que es la manera cómo el trabajador maneja su trabajo vivo en acto con sus éticas, con su idea de qué es la vida del otro, y construye una experiencia muy singular que será llevada hacia una gestión colectiva del proceso de trabajo y las decisiones. La posibilidad de construir en el equipo de salud una gestión más particular del trabajo sin dogmatismo, ni imposición, ni hegemonías.

> …enfatizar que nuestro modo de cuidar al otro no se trata de adaptarlo a una idea de normalidad que no existe,

[8] La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre los fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

[9] La transculturalidad se define como "aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos". La propuesta de Madeleine Leininger sobre la enfermería transcultural es "un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte". tía algún problema, este ya no dependía de la orientación sexual, sino como el sujeto asumía dicha orientación.

> debemos inevitablemente respetar la diferencia, la singularidad plena del sufriente, ayudar al rescate o la construcción de una identidad… basada en su historia y su existencia real… (Galende y Kraut, 2006)

Una promoción de la salud mental, culturalmente apropiada y acorde a dinámicas de interculturalidad en torno a sus significados y prácticas. la necesidad de avanzar en el proceso de construcción intercultural del significado y praxis de ésta. Como refiere Alicia Stolkiner "…el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidados en que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida" (Stolkiner y Solitario, 2007).

No desconocemos que la mayor parte de los profesionales de salud mental, formativamente, pertenecen a la cultura occidental, la de la civilización oponiéndose a la barbarie, la que nos tuvo acostumbrados el saber hegemónico universitario europeo, endogámico y elitista. En esa tercera forma de dominación (Luego de las armas y el poder económico), del "pensamiento único". Ese que hemos heredado por mandato para "ser alguien". Reproducido y representado desde el inicio mismo de las disciplinas, desde el tan necesario (en aquel momento histórico) "Positivismo" en las ciencias hasta la creación y el acuñamiento del concepto de transdisciplina[10] en 1970 por Jean Piaget, que intentó trascender las fronteras del conocimiento estancado en

[10] Es importante aclarar las diferencias entre: multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina, ya que en estas diferencias conceptuales radica la construcción más acabada del conocimiento, que permitiría el encuentro, el intercambio y la transformación de los diferentes marcos teóricos y conceptualizaciones.
Multidisciplina no debe confundirse con interdisciplina, la primera refiere a la convivencia y comunicación entre las diferentes disciplinas, donde cada una analiza e intenta resolver una problemática desde su especificidad, pero sin producir transformaciones enriquecedoras al interior de las demás. En cambio, el desarrollo de abordajes interdisciplinarios surge de la demanda social partiendo de problemas cada vez más complejos y convergentes, produciendo a la vez la evolución interna de cada ciencia y de sus representantes profesionales más idóneos, sus marcos conceptuales y metodológicos compartidos.
La transdisciplina o transdisciplinariedad aparece como la necesaria superación de la interdisciplina, ya que constituye una aproximación metodológica que permite integrar la unidad y la diversidad disciplinar e implica a su vez la existencia de un marco conceptual común (Bottomore, 1983).
El prefijo "Trans" alude, por un lado, a lo que cruza o atraviesa y por el otro a ir "Más allá". Por tanto, podríamos definir a la transdisciplinariedad como lo que trasciende y atraviesa los límites interdisciplinarios, lo que permitiría la unidad del conocimiento, incluyendo al arte, la poesía, la cultura. Implicaría además transculturalidad, donde se entretejen saberes más allá del conocimiento científico.

compartimientos, hiperespecializados, en crecimiento exponencial y diverso pero al mismo tiempo, conservando el peligro de alejarse de la universalidad y democratización del saber científico, quedando cada vez más aislado y divorciado de los complejos problemas humanos. Pregonando ese saber casi sin saber de otros saberes de otros pueblos, de otras culturas… Silenciadas, arrasadas, demonizadas, bárbaras. Ciertamente, ese "Yo" de la ciencia cerrada sobre sí, advenida e implantada en una tierra que no le era propia, enraizó en ella negando el encuentro con la cultura que ya la habitaba, la hablaba estando en un movimiento contrario, sagrado y salutífero cual semilla, de adentro hacia fuera, negando su hedor… y con ello, también el propio, su condición más humana y profunda. Será en ese encuentro negado y necesario de mediación, de suspensión intercultural, de salud-enfermedad, donde se produce un nuevo conocimiento cultural, el de "estar siendo…" En ese "Yo" transformado en "Nosotros" como nos enseñó Gunter Rodolfo Kusch, en esa comunión transcultural podríamos asumirnos como latinoamericanos o, mejor dicho, para ser más inclusivos, habitantes de "Nuestra América". Como profesionales y gestores en salud mental, acertar en un corpus propio con el otro, subjetivo y simbólico, pleno de sentido y de identidad cultural comunitaria. Estar atentos a los pensamientos de ese "otro" sujeto de atención, pero también a sus sentimientos, negarse a objetivar al prójimo, ponerse con él, empatizar. Como dice Steffen *Si soy americano, más que científico, contactaré así con mi prójimo real en su profundidad más oscura. Y sólo así podría ayudarlo.*

En la Teoría del BV y B se plantea un rescate del concepto de subjetividad desde una perspectiva histórica, cultural y político-ética, como base de la subjetivación socio-política importa además de que uno se piense, es que piense que alguien, él/la/los/las lo piensa a uno. Un “Sumak Kawsay” que

implica la armonía en el proceso de configuración social entre los humanos entre sí y con la naturaleza, concepto totalmente alejado a la consigna de los logros o acumulaciones individuales y a la lógica moderna de dominio de la naturaleza como recurso. Si bien, como expresamos, el concepto de "salud mental" desde la perspectiva de los pueblos originarios es un constructo no reconocido en su cultura y por tanto creado desde occidente, intentemos entender como lo asemejan con otros conceptos propios de su cosmogonía y cosmovisión como lo son la espiritualidad, la armonía y equilibrio entre el entorno social (comunitario, familiar), territorial y, por ende, universal.

En la Ley Nacional de Salud Mental 26.657[11], en su artículo 3, "se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a los derechos humanos y sociales de toda persona". Tanto en la Teoría del Buen Vivir y Bienestar como en la ley, la salud física y la mental es una construcción en un momento y en un contexto determinado. Por lo cual se hace necesario plantear una cosmovisión diferente a la occidental, buscando estrategias de salida desde raíces comunitarias no capitalistas proponiendo una convivencia en diversidad y en armonía con la naturaleza.

El aislamiento "saca lo mejor y lo peor de cada uno". Hay muestras de empatía, pero al mismo tiempo de individualidad, donde el mensaje es que cada uno debe 'salvarse" por si solo (¿meritocracia?), el desconocimiento del bien común, defendiendo el propio "lugar de confort" sin importar "el otro", sin tener en cuenta que la salud es un derecho y que debe ser resguardado por el Estado y por la responsabilidad de cada uno, que no respetar el aislamiento significa contagio, enfermedad y muchas veces, la muerte. Comenzar a pensar y/o re-

[11] Sancionada y Reglamentada en la República Argentina, en los años 2010 y 2011 respectivamente durante la presidencia de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner.

pensar en esta sociedad pandémica, que el distanciamiento personal también afecta a la salud mental: la falta del abrazo, del encuentro de amigos/familia en lugares cerrados, ¿Cómo fortalecer la salud mental? En un momento como este, donde la relación con el entorno que habitamos se ve atravesada por palabras como contagio, enfermedad, lejanía, aislamiento, es importante ofrecer acciones para poder "decirnos", nombrarnos a nosotros/as mismos/as, a los otros/as y al entorno con palabras enmarcadas desde el cuidado, desde la historización de quienes somos y qué sentimos. Proponer prácticas de reflexión subjetivas que permitan, a través de los relatos, la propia producción y la construcción de textos con otros, la relación del sujeto con la cultura, la propia y la ajena, relación que, a su vez, nos brinda la posibilidad de conformar referencias identitarias.

La salud mental queda muy unida al desarrollo de la espiritualidad, no como practica de una religión sino de la religiosidad (relación con uno mismo) y está en cada uno poder llevar a cabo una introspección, identificar cuáles son aquellas cosas que lo conducen al "Buen vivir", a tener una vida plena, a tratar de aprender, a surfear y no atravesar las olas que nos depara la vida. Existe una dualidad entre el "vivir bien" -ostentación y opulencia- y del "Buen vivir", una vida en plenitud, en armonía y equilibrio con la "Pachamama" la madre tierra y todo lo que en ella habitamos: seres humanos, animales, plantas. La Teoría del Buen Vivir considera que, para vivir en plenitud, se deben cumplir con 13 principios entre los que se encuentran: saber comer (Suma Manq'aña), saber beber (Suma Umaña), saber dormir (Suma Ikiña), saber trabajar (Suma irnakaña), saber meditar (Suma Lupiña). Cada uno de estos principios nos conectan a nuestros pueblos originarios que tenían muy claro cuál era la mejor forma de vivir en salud, en armonía, y están vigentes en la actualidad (Acosta, 2013).

Las marcas que genera la pandemia van a persistir. No dejemos que el

aislamiento social obstruya nuestro encuentro con el otro. Intentemos una práctica que potencie la producción de comunidad, de potenciación del lazo social. Alguna vez Kusch había propuesto una especie de estrategia, ante la cultura extraña, ocasional, decía: "Fagocitémosla, a la manera indígena, con resistencia y astucia". Las acciones que las comunidades originarias proponen son las prácticas de los saberes ancestrales, los diálogos de saberes intergeneracionales y el fortalecimiento de los procesos propios para tener un buen vivir, prevenir el desequilibrio o la enfermedad y mantener la identidad cultural viva en el tiempo para las futuras generaciones. No se trata solo de lo delimitado originario de esto, sino más en general, de lo humano, de la genérica hondura psíquica de lo humano, subestimada, minimizada o no suficientemente apreciada por lo occidental. Estos aspectos nos llevan a cuestionarnos si ¿es posible que las personas, grupos y comunidades accedan a calidad de vida con disminución de riesgos para la salud? ¿la voluntad de controlar el destino es una lógica de las sociedades modernas? Dado que, en las proyecciones, planificaciones hay una tendencia a sacrificar el presente y por supuesto al futuro, dado que además nadie garantiza que será mejor ¿no será tiempo de pensar un principio de igualdad para las personas?, ¿no será tiempo de re-aprender a vivir y de asignarle valor a las cosas? ¿de cuestionar/preguntar más que afirmar? ¿Revisar los discursos instalados en nuestras comunidades? Un tiempo en donde se haga prioritario reconocer la voz de nuestros pueblos originarios y efectuar, como lo hacen ellos hace siglos, una reconstrucción desde lo vivencial del pensamiento (naturaleza, alimentos, espiritualidad…), no sólo desde la lengua.

Consideramos necesaria una reinterpretación-reconstrucción que implique el cuestionar al consumo, sostener una vida en sintonía con la

naturaleza, un futuro… Retomar (con cierta urgencia) la tarea demoledora de lo que Aníbal Quijano (2014) nomina la *colonialidad del poder.*[12] De lo que se trata es de romper esa dependencia de la Modernidad europea, capitalista, racista, sexista, que impone un padrón que también incluye una producción interpretativa mundial eurocéntrica inculcada por las elites coloniales hasta el presente. Dejar el yo por el nos (la comunidad). Aceptar que los pueblos no son, están (con visión del tiempo y del espacio). Y de alguna manera recuperar el mito que es la narrativa de los pueblos originarios, mantener el miedo que nos produce esta realidad difícil y llena de incertidumbre, no reprimirlo, proyectarlo, ni negarlo porque aflorará, indefectiblemente desde las sombras en su forma sintomática más trágica y ver la forma de conjurar esa amenaza. "Las crisis dan siempre que pensar. Son en el fondo fecundar, porque siempre vislumbran un nuevo modo de concebir lo que nos pasa. Irrumpe una nueva, o mejor, una muy antigua verdad" (Kusch, 1975).

[12] En el capítulo Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acosta, A. (2013). El buen vivir. Sumak Kawsay, la oportunidad para imaginar otros mundos. Barcelona. España. Icaria Editorial.

Almeida-Filho, N. (2000) La Ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.

Álvarez, M., Perafán, D. e Izquierdo, J. (2000). Escuela de etnosalud: Un encuentro de saberes al servicio de las comunidades indígenas. [Videograbación. (24 min.) VHS] Cali.

Arocha, J. (1999). Los ombligados de ananse. Nómadas, 9. 201 – 209.

Arrizabalaga, J. (2000). Cultura e historia de la enfermedad. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (Comp.). Medicina y cultura. (pp. 71 - 82). Barcelona. España. Ediciones Bellaterra.

Arwikoka. [arwikoka]. (2011, abril 26). ¿Por qué pagamos espiritualmente? [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=PpiiCKbddMU

Asociación Civil Rumbo Sur (Sin fecha). Viaje al Chaco Central. Recuperado de https://www.rumbosur.org/multimedia/viaje-al-chaco central/?gclid=Cj0KCQjwwuD7BRDBARIsAK_5YhX_N_ZtMfpt9UbKA k5dsDt1lYaXAjzvXrkID-C5S3NZHeHJ6IkTuecaAqEiEALw_wcB#

Banco de la República. (1999). La medicina indígena en el sur occidente de Colombia. Pasto: Museo del Oro.

Bidou, P. y Perrin, M. (1990). Lenguaje y palabras chamánicas. Bogotá. Colombia. Editorial Percepción.

Carpintero, E. (Comp.). (2020). El año de la peste. Produciendo pensamiento crítico. Recuperado de https://www.topia.com.ar/sites/default/files/

el_ano_de_la_peste.pdf

Castañeda, C. (1974). Relatos de poder. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Castañeda, C. (1986). Una realidad aparte. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Dagua, A., Aranda, M. y Vasco, I. (1998). Guambianos: Hijos del arcoíris y del agua. Medellín. Colombia. Cerec.

Devereux, G. (1973). Ensayos de etnopsiquiatria general. Barcelona. España. Barral Editores.

Domico, J., Hoyos, J., y Turbay, S. (2002). Janyama: Un aprendiz de jabana. Medellín. Colombia. Editorial de la Universidad de Antioquia.

Donzelot, J. (2008) La policía de las familias. Buenos Aires. Argentina. Editorial Nueva Visión.

Eliade, M. (1986). El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Fornons Fontdevila, D. (2010) Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2010; 19(2-3). Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/7319.php

Foucault, M. (1966). El nacimiento de la clínica. Barcelona. España. Siglo XXI.

Freud, S. (1981a). Estudios sobre la histeria. Obras completas. Vol. I. Madrid. España. Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1981b). La sexualidad en la etiología de la neurosis. Obras completas. Vol. I. Madrid. España. Biblioteca Nueva.

Galende, E. y Kraut A. (2006) El Sufrimiento Mental-El Poder, la Ley y los Derechos. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.

Gallego, B. y Eucaris, M. (1986). Indicadores de salud-enfermedad y manejo del enfermo en una comunidad indígena del oriente del Cauca. Tesis de grado para optar al título de Magíster, Facultad de Humanidades, Universidad del Valle, Cali. Colombia.

García, M. y Patiño, R. (1993). El saber del médico tradicional en la comunidad veredal de huellas (Resguardo Páez de Huellas- Municipio de Caloto-Cauca). Tesis de grado para optar al título de psicólogo, Facultad de Humanidades, Universidad del Valle, Cali. Colombia.

Geertz, G. (2005). La interpretación de las culturas. Barcelona. España. Gedisa.

Heller, A. (1996). Una revisión de la Teoría de las Necesidades. Barcelona. España. Editorial Paidós.

Jamioy, J. (1998). Los saberes indígenas son patrimonio de la humanidad. Nómadas, 7, 64 – 72.

Kakar, S. (1982). Chamanes, místicos y doctores. México, D.F.: Fondo de cultura económica.

Kusch, R. (1975) La negación en el pensamiento popular. Buenos Aires. Argentina. Cimarrón.

Kusch, R. (1999) América Profunda. Buenos Aires. Argentina. Editorial Biblos.

Laclau, E. (1978) Política e ideología en la teoría marxista. Capitalismo, fascismo, populismo. Madrid. España. Editorial Siglo XXI.

Lagarriga, J. (1991). Chamanes, místicos y doctores. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Lévi-Strauss, C. (1972). El pensamiento salvaje. México DF, México: Fondo de cultura económica.

Lévi-Strauss, C. (1987). El pensamiento salvaje. México DF, México: Fondo Nacional de Cultura Económica.

Lévi-Strauss, C. (1995). Antropología estructural. Barcelona. España. Ediciones Paidós.

Merhy, E. (2002). Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.

Merhy, E. (2016). La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico. (V. Engler, Entrevistador) Obtenido de https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html

Montoya Vélez, E., López Ríos, J. et al. (2020) Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. Ciência & Saúde Coletiva, 25(3). doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.17832018

Narváez, J. (2006, abril 9) El Yagé, una bebida que "purifica" el alma. Diario del sur. P. 2B.

Ordóñez, J., Lozano, M. y Morales, R. (1993). La representación del cuerpo en los rituales del yage: Un estudio con curanderos urbanos de tradición ingana. Tesis de grado para optar al título de psicólogo. Cali: Facultad de Humanidades, Universidad del Valle.

Quijano, A. (2014). Cuestiones y Horizontes: de la dependencia histórica estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires. Argentina. CLACSO. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar

Rodríguez Cuenca, J. V. (2011). Cosmovisión, Chamanismo y Ritualidad en el Mundo Prehispánico de Colombia. Esplendor, Ocaso y Renacimiento. Maguaré, 25(2). Recuperado de https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/29892/30114

Sams, J. (2002). La medicina de la tierra, Madrid. España. Suma de letras.

Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En Perdiguero, E. & Comelles, J. (Comp.). Medicina y cultura. (pp. 33 - 44). Barcelona. España. Ediciones Bellaterra.

Steffen, G. (1989). Una psicología válida para los sudamericanos fundamentada sobre el pensamiento filosófico de Rodolfo Kusch. En Azcuy, E. (Comp.) Kusch y el pensar desde América. Buenos Aires. Argentina. Fernando García Cambeiro

Stolkiner, A. y Solitario R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira, D. (Comp.). Atención Primaria en Salud - Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires. Argentina. Paidós. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf

Takahashi, R. F. (2006). Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS. Universidade de São Paulo, São Paulo. Brasil

Uribe, C. (1998). El ritual y la "locura". Revista Colombiana de Psiquiatría, 27, 32-41. Recuperado de http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-27/1/El%20Ritual%20y%20la%20locura.pdf

Uribe, C. (2000). La controversia por la cultura en el DSM-IV. Revista Colombiana de Psiquiatría, 29, 345-366. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/806/80629403.pdf

Vallejos Samudio, Á. (2006). Medicina indígena y salud mental. Acta colombiana de psicología, 9(2). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200005

White, L. (1964). La ciencia de la cultura: un estudio sobre el hombre y la civilización. Buenos Aires. Argentina. Paidós.

Zubiría, R. (1986). La medicina en la cultura muisca, Bogotá. Colombia. Editorial de la Universidad Nacional de Colombia.

CAPÍTULO XII

PADECER, EXPRESAR Y CUIDAR

NORA JACQUIER - LUISA DOS SANTOS

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre una práctica de salud comunitaria que ayuda a las personas a abordar los sufrimientos de la vida cotidiana, empoderarla colectivamente y facilitar vínculos solidarios. En ese contexto, consideramos al sufrimiento como un constructo encuadrado en la categoría de padecimiento, término antropológico con connotaciones subjetivas que refleja sensaciones indefinidas sentidas por todas las personas, en la vida cotidiana (Jacquier, 2014).

La "Terapia Comunitaria Integrativa" (TCI) Barreto (2009, 2013) es un dispositivo multidisciplinar que permite abordar el padecimiento. Asimismo, la TCI promueve el cuidado enfermero humanizado a nivel colectivo. En esta vía, compartimos reflexiones realizadas sobre nuestra praxis con la intención de resignificar el cuidado enfermero.

Los puntos de partida fueron:

- Para adherir a una práctica hay que comprenderla en su contexto, por eso desarrollaremos un breve marco epistémico, donde se señala, que condujo al doctor Barreto a crear la metodología TCI.

- El aporte de la perspectiva fenomenológica, lingüística y de la antropología médica explican la importancia de transformar lo "no dicho", en un elemento simbólico: la palabra. También, nos orienta a objetivar las sensaciones indefinidas, desagradables de la vida cotidiana percibidas en el cuerpo físico, que son desatendidas en el sistema de salud biomédico. En este sistema, cuando los sufrimientos humanos no son etiquetados, permanecen en estado latente hasta que la persona somatiza y es medicalizada (Foucault, 1996 y Menéndez, 2004; 2009).

- La acción del cuidado se da en el proceso de interacción humana y social.

La experiencia vivenciada durante la formación como terapeutas comunitarias, nos permitió reconocer la necesidad de implementar herramientas para el abordaje de la esfera emocional del binomio sujeto de cuidado-cuidador. Esfera identificada con algunos vacíos en el currículo para la formación de enfermería y en el trabajo comunitario.

Esta experiencia innovadora, la realizamos en el marco del primer curso de Formación de Terapeutas Comunitarios de habla hispana en la Universidad de la República, Uruguay. Mientras estábamos transitando los últimos pasos de esta formación con colegas latinoamericanas/os, comenzamos a discutir sobre los aportes y beneficios de la TCI. Simultáneamente, avanzamos en la implementación de la metodología en la Argentina. Recordemos que, el Dr. Barreto (2009, 2013) es el creador de la metodología de la TCI en Brasil. La transferencia de esta a nuestro país se realizó en un marco institucional. En este sentido, como docentes-investigadoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones (UnaM) diseñamos y ejecutamos proyectos de Extensión Universitaria juntamente con actores sociales de la Provincia, tanto para implementar la TCI como para formar[1] terapeutas comunitarios en la Argentina. Esta nueva línea de trabajo es congruente con la de investigación "ciencias y servicios de salud" que desarrollamos en el campo de la Salud Pública sobre el Derecho a la Salud en zona de Frontera, con universidades de países vecinos. Nuestra formación y experiencia profesional es el campo de la Salud Pública y Comunitaria; en tanto la TCI nos vinculó al campo de la salud mental. Fuimos descubriendo en el saber-hacer sus aspectos teóricos-vivenciales, profundizando en la posterior evaluación reflexiva de cada encuentro.

[1] Proyecto de Extensión aprobado por la Secretaría de Políticas Universitarias - SPU/PPUA Nº 317/12- "Formación de Terapeutas Comunitarios". Se constituyó el primer Polo de Formación en Terapia Comunitaria de Argentina por la Asociación Civil Salud Comunitaria y la UNaM con la participación del Dr. Adalberto Barreto, de Paraíba Brasil, Dra. María Filha Oliveira y Dr. Rolando Lazarte, Mgter Silvia Meliá de Uruguay y Saul Fucks de UNR (Universidad Nacional de Rosario). En el 2014 realizamos la formación de la segunda cohorte, en Valle María, Entre Ríos.

En ese contexto, el modo de identificar, comprender y tratar el sufrimiento humano, se diferencia el abordaje de la enfermedad, del abordaje del padecimiento. Según la antropología médica, este último término es un constructo subjetivo, que representa una percepción imprecisa que la persona tiene sobre su estado de ánimo, su salud, o frente a diversas situaciones vitales. En la TCI se intenta captar el punto de vista de los participantes, el enfoque emic[2] (Kottak, 2000, p. 6).

En el pensamiento occidental, la enfermedad es una entidad escindida de la totalidad del ser que se encuadra en el enfoque cartesiano (Gadner, 1987). Pero en la medicina indígena Wewepahtli, como en la Mbyá Guaraní y asimismo, en la medicina Ayurvédica, para hablar de "salud", sus técnicas y recursos curativos, solo puede ser comprendida en el marco de la cosmovisión de la comunidad que la ha generado. Soto Laveaga (2003), evidencia las dificultades en la experiencia mexicana para articular diversas estrategias de educación y respeto hacia las diferentes formas de sanar (pluralismo médico) como política pública; específicamente la herbolaria indígena. Entendiendo que, "todo sistema médico acepta y adopta una concepción de cuerpo humano" (Solano, 2008, p. 376) y establece criterios para prevenir, tratar, "controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado" (Menéndez, 2003, p.186). La TCI resulta ser una herramienta extra-disciplinar que permite afrontar los padecimientos, facilitando cuidados enfermeros más humanizados a nivel comunitario

HISTORIA DEL SURGIMIENTO DE LA TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA

Adalberto Barreto nació en 1949, cerca de Candidé, Fortaleza (Brasil). En el seno de una familia numerosa, modesta y muy contenedora (Barreto, 2009).

[2] Una perspectiva antropológica intenta captar el punto de vista del nativo (el sujeto social, participante del encuentro de TCI), cómo piensa, cómo percibe y categoriza el mundo. En la práctica se combinan las estrategias: a) emic Perspectiva del actor y etic Perspectiva del observador (el investigador o terapeuta comunitario).

Creció impregnado por la cultura del nordeste brasileño, rica en saberes tradicionales mágico-religiosos. Allí adquirió su primera representación del mundo, de la enfermedad y del sufrimiento. Pero, cuando estudió medicina en la Universidad, se apropió de otros paradigmas. Se doctoró en Psiquiatría en la Universidad de René Descartes y de Antropología en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de París. Actualmente, es docente emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Ceará (Brasil) y es autor de varios libros, entre ellos: "La Terapia Comunitaria: Paso a paso". Con estos recursos, críticamente, contrasta los dos modelos de representación, aparentemente diferentes, segregadores y excluyentes uno del otro, por lo que decide integrarlos para abordar el cuidado de la salud colectiva.

Durante la dictadura de la década de los 70 en América Latina, viajó a Europa. Para él, el viejo continente constituía una mina de oro intelectual. Se especializó en Psiquiatría en Lyon, trabajando con el profesor François Laplantine, entre otros. También estudió filosofía y teología en Roma y Etnopsiquiatría en París. Sin embargo, descubre que esos saberes escondían fallas de relaciones humanas, que eran muy ricas en la cultura nordestina brasileña. Al retornar a su país de origen se integra a la cátedra de Salud Comunitaria, como Consultor de Psiquiatría en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Ceará, Brasil (UFC). Las consultas provenían de personas de la favela enviadas por su hermano abogado del Centro de Derechos Humanos.

Estas personas sufrían de exclusión, de violencia familiar, de abandono, etc.; ellas presentaban las mismas dificultades existenciales, en las que el saber universitario tenía sus límites. Barreto, se impuso un desafío, ir al propio lugar para comprender la situación de las personas en su contexto; toma esta decisión debido a que, intuía que la comunidad poseía sus propios recursos y

saberes. De este modo, intenta no caer en el modelo de alienación social, caracterizado por relaciones asimétricas, en la cual el poder y la palabra la ostentan sólo los que "saben", característico del sistema biomédico. Para ello, recurre al modelo pedagógico de Paulo Freire que privilegia la riqueza de los saberes de cada uno, estableciendo relaciones horizontales, para proteger la palabra de cada participante y evitar los intentos de toma de poder. Así, se genera un grupo de conversación o una comunidad, que favorece el crecimiento de todos y cada uno de los participantes.

Estando en la favela, reconoce que su rol allí no es para dar servicios profesionales; ya que siente que resuenan en él, las experiencias de los participantes, los intercambios; esto lo hará descubrir en él, algunos "vacíos" existenciales. Percibe que en ese espacio podría "tomar un baño de humanidad", que también curaría lo que sentía como su alienación universitaria y recuperaría "el indio" que había en él (Barreto y Boyer, 2009). Es en ese momento donde surge un gran interrogante "¿Cómo crear intercambios verbales sin dominación? Desde ese interrogante desarrolló las diferentes fases de la TCI y sus reglas. Es en ese contexto de vulnerabilidad que invita a la reflexividad de los sufrimientos de la vida cotidiana, que son percibidos en el cuerpo físico-social-político y que se comparten en un espacio social favoreciendo el descubrimiento de soluciones "autogestionadas" (Barreto, 2008). Soluciones que no se encuentran en los libros, pero si en las experiencias de vida de "otro" similar que comparte el mismo "habitus" (Bourdieu, 1995).

El lema: "cuando la boca calla los órganos enferman y cuando la boca habla, los órganos sanan" sintetiza el espíritu de la TCI, que de modo innovador articula saberes científicos y saberes populares de las experiencias de la vida para afrontar la salud comunitaria.

La TCI se sustenta, epistemológicamente, en diversos enfoques y teorías que atraviesan la dimensión intelectual, afectiva y vivencial. Los pilares se encuentran en la pedagogía de la liberación de Paulo Freire, el pensamiento sistémico, la resiliencia, la teoría de la comunicación y la antropología cultural (Barreto, 2008).

EL CUERPO COMO SUJETO DE EXPERIENCIA

El antropólogo Byron Good (1994) hace evidente la imposibilidad de separar el cuerpo, de la experiencia de la enfermedad y el mundo vital a través del relato de un joven con dolor crónico. Se opone al enfoque de la biomedicina, según el cual, *"la enfermedad está situada en el cuerpo físico"* independientemente de la subjetividad o la conciencia de las personas, el autor plantea desde la perspectiva fenomenológica crítica, que:

> (…) el cuerpo no es simplemente un objeto físico o estado fisiológico sino una parte esencial del ser. El cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo, y el cuerpo en tanto que "objeto físico" no puede ser nítidamente diferenciado de los estados de conciencia. La conciencia en sí misma es inseparable del cuerpo consciente. El cuerpo enfermo es simplemente, el objeto de cognición y conocimiento. (p.215-216)

Más adelante, el mismo autor dice que, el cuerpo además de objeto es el "agente" por medio del cual está en el mundo y lo experimenta. Entonces, el

cuerpo ya no es visibilizado como "ámbito de dominación objeto de la práctica médica" y característico del modelo cartesiano en la que nos formamos los profesionales de la enfermería (Jacquier, 2011), siendo este un enfoque que limita la oportunidad de captar la totalidad u holismo.

Otra concepción de cuerpo es narrada por Huicochea Gómez, (2006), en la población mestiza e indígena Nahua hay problemas de salud que son resueltos con mayor eficacia por curanderos, hueseros: el "susto", los golpes y las caídas. Estos eventos se producen por encuentros con "entidades sobrenaturales", son hechos traumáticos que afectan la integridad física y emocional. Con el "susto" el alma se pierde y la imagen corporal es amenazada desintegrando la unicidad del sujeto. En la interacción social el cuerpo es resignificado y las emociones son continuamente amenazadas también por los condicionantes socio-ambientales, para integrarlos recurren y confían en la medicina tradicional.

Es, Thomas Csordas (1994), antropólogo, en la introducción de su libro "El cuerpo como representación y ser/estar-en-el mundo" quien expresa que el cuerpo ha tomado una centralidad en los trabajos antropológicos contemporáneos. Analiza que el cuerpo no es una entidad fija sujeta únicamente a las leyes biológicas, sino que incorpora como objetos de estudio en juego, la percepción, las prácticas, partes, procesos y productos desde las ciencias humanísticas. De este modo, dichos estudios entienden que el físico, es aquello que nos permite experimentar con los cinco sentidos externos: vista, oído, olfato, gusto y tacto, uniéndolos con la intuición o sentido interno. Asimismo, es una herramienta que nos permite realizar todas las prácticas, tales como nadar, bailar, trabajar, motivo por el cual es al mismo tiempo un agente. Thomas Csordas (1994), basándose en el filósofo Heidegger, habla de "intencionalidad" en la medida que somos conscientes de nuestros propios actos. Con respecto a las

partes del cuerpo, rostro, manos hacen referencia a todos los modos, conocidos en que las personas los han usado para resistir situaciones.

En tanto la corporalidad de los procesos: reír, llorar, nacer, son de interés en el campo antropológico en la medida que reflejan variaciones culturales. Csordas (1994) continúa analizando el cuerpo desde otra perspectiva útil a nuestros fines, el de los tres cuerpos: individual, social y político; desarrollado por (Margaret Lock y Nancy Sheper-Hughes).

Para finalizar esta revisión, recuperaremos de la fenomenología la idea de que habitualmente se fragmenta al ser humano. Explica que la objetivación es un proceso de la reflexividad del pensamiento colonialista cristiano, la ciencia biológica, y la cultura consumista. La fenomenología se opone al clásico modelo cartesiano, que sirvió de base para la biomedicina. Descartes divide al sujeto en: cuerpo físico y conciencia, entendiendo que solo podía ser estudiado aquello que era medible y observable.

RECUPERANDO EL VALOR DE LA PALABRA

El auge dado en la edad media al modelo científico positivista, permeo todas las esferas del conocimiento. Incluso en el área de la salud, para la formación académica se ha considerado como único saber válido, el saber caracterizado por reducir y objetivar la realidad a través del método objetivo y cuantitativo.

El mundo subjetivo de las personas recibe poca atención en el sistema biomédico. La mirada reduccionista de este modelo produjo un impacto negativo en la sociedad deshumanizando a los profesionales, entre ellos, a los de la salud. Otra consecuencia del reduccionismo fue el despojo y/o la desvalorización de los

valores culturales ancestrales, particularmente en nuestras comunidades latinoamericanas.

La metodología propuesta por la TCI para los encuentros de terapia comunitaria recupera el humanismo prestando atención a esos padecimientos desatendidos de la vida cotidiana, es decir, se inscribe en lo que denominamos el cuidado de la salud holística. Quienes pertenecemos a la disciplina de enfermería, sabemos la prioridad dada en los servicios de salud y en la educación a las competencias técnico-procedimentales de corte positivista y el descuido de la integralidad del "ser" humano.

El enfoque humanista enfatiza el desarrollo de habilidades cognitivas e interpersonales o afectivas/actitudinales. Las competencias intelectuales de las enfermeras suelen ser invisibilizadas, aunque, éstas son esenciales y constituyen los procesos mentales para conocer las características de la población con la que trabaja, "como acceder a la información que precisan" (Lunney, 2010, p. 5), incluye también el modo de interpretarla y de estimular el proceso de racionalización de las emociones. Cuando se sustenta el cuidado humanizado en enfoques teóricos lingüísticos y fenomenológicos se busca, promover el desarrollo de competencias cognitivas para abordar la integralidad del cuidado, particularmente para abarcar la dimensión emocional puesta en juego en la complejidad del cuidado humano.

El lenguaje está constituido por un conjunto de símbolos (palabras) que se conectan entre sí en expresiones (secuencias de palabras). Ayudar a poner en palabras lo "pre-simbólico" expresados a veces mediante llantos, gemidos, permite transformar, lo "no dicho", en un elemento simbólico, que promueve la racionalización y el cambio del sujeto de cuidado. Según el modelo teórico de (Parse), el profesional de enfermería durante la "relación intersubjetiva con la

persona, la familia y la comunidad" estimula "la participación de estas para describir una situación vivida y comprender su significado" (Parse en Kérouac, 2007, p.41), el proceso desencadenado favorece la comprensión de su potencialidad. Esta relación intersubjetiva ayuda a ir más allá del momento presente, resignificar lo vivido en el pasado y proyectar posibles futuros. En el presente la persona lo vuelve a significar, lo que le permite cambiar sus propios patrones de pensamiento, en consecuencia, la relación consigo mismo, con los demás y con el entorno.

En este sentido, valoramos la importancia de objetivar lo "pre-simbólico", anclando las nociones teóricas en expresiones de la vida cotidiana. Por ejemplo, en los encuentros de TCI la gente suele expresar "me siento mal", "estoy triste" sentimientos conocidos por la mayoría de las personas, pero que, generalmente, no tienen cabida dentro del sistema de salud biomédico. Cuando el sufrimiento no tiene nombre, ni etiqueta queda latente sin atención hasta que la persona somatiza su padecimiento como enfermedad. Nuestra experiencia de TCI desarrollada en comunidades de Misiones, Argentina, permitió incorporar la dimensión emocional a la agenda de la formación de enfermería; iluminar aspectos desatendidos de la vida cotidiana, durante el cuidado de la salud holística, y consecuentemente, aliviar el sufrimiento que padece el binomio cuidador-sujeto de cuidado.

Para el fenomenólogo Merleau Ponty (1994) el conocimiento del mundo se obtiene a partir de una perspectiva personal o de una:

> "experiencia del mundo sin la cual los símbolos de la ciencia no" significan "nada". "Todo el universo de la ciencia está construido sobre el mundo vivido..." (...) "La

> ciencia no tiene y no tendrá jamás el mismo sentido de ser que el mundo percibido, por la simple razón de que es una explicación o determinación del mismo". (Merleau Ponty, 1994, p, 8)

En este sentido, Byron Good (1994) resalta que para el médico la enfermedad es algo situado en el cuerpo objetivo, en tanto que para la persona enferma el "cuerpo no es simplemente un objeto físico o estado fisiológico" que puede ser objetivado y estudiado "sino una parte esencial del yo. El cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo" (Good, 1994, p. 215). Por lo tanto, desde esta perspectiva de cuerpo, éste es un "agente de experiencia" a través de él la persona experimenta el mundo y no puede ser claramente separado de los estados de conciencia.

A nivel comunitario el mundo subjetivo es experimentado participativamente con diferentes grupos, de este modo cada encuentro de TCI es vivido como:

> "Un espacio de promoción de encuentros interpersonales e ínter comunitarios, que objetiva valorizar las historias de vida de los participantes, el rescate de la identidad, la recuperación de la autoestima y la confianza en sí mismo, la ampliación de la percepción de los problemas y posibilidades y resolución a partir de las competencias locales. Tiene como base de sustentación el estímulo hacia la construcción de vínculos solidarios y la promoción de la vida". (Barreto, 2008, p. 339)

El ignorado de siempre, el padecimiento.

La perspectiva fenomenológica de la experiencia de la vida cotidiana aporta una categorización que amplía la visión del fenómeno salud-enfermedad, comprende los siguientes términos: a) enfermedad, b) padecimiento y c) malestar. La noción de enfermedad (en inglés "disease") es una entidad construida con una fuerte base científica positivista, objetiva, de naturaleza biomédica, hace referencia a la disfunción del organismo humano o desviación de los parámetros normales. En el modelo de atención de la salud biomédico, la enfermedad es reconocida como aquella entidad para la cual existen modos de diagnosticar, tratar y/o curar en dicho sistema. Como, por ejemplo, la sífilis y la diabetes son enfermedades que se desvinculan de los aspectos socioculturales e institucionales. Los médicos alópatas se ocupan de las enfermedades que se encuentran registradas en una lista codificada denominada Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10- que periódicamente es actualizada y publicada por la Organización Mundial de la Salud. Lo que no está listado, no constituye una enfermedad para el sistema biomédico.

Sin embargo, el padecimiento (en inglés "illness") es un término subjetivo, refleja lo vago, lo indeterminado, aquellas sensaciones indefinidas que el sujeto siente frente a un proceso vital (nacimiento, embarazo, muerte), al proceso de la vida misma o también frente a una enfermedad, o a tantos eventos (separación, desocupación).

Desde la perspectiva fenomenológica, el padecimiento es una instancia "preobjetiva" (Good, 1994, p .226) o desde la lingüística "pre-simbólico", dado que la sensación está presente en la persona de modo impreciso, no siempre hay una palabra que exprese lo percibido, a veces son solo

llantos, gemidos o expresiones tales como, "algo me pasa", "tengo miedo".

A pesar de que la mayoría de los problemas que sentimos cotidianamente tienen estas características, generalmente, el "padecimiento" no tiene cabida dentro del sistema de salud. Cada vez son más, los padecimientos relacionados a procesos vitales y/o de comportamiento que sufren un proceso de medicalización, como la hiperactividad, la menopausia, obesidad, el nacimiento, la muerte, la bulimia, o anorexia, entre tantos otros. La TCI constituye el espacio apropiado para expresar los padecimientos. En uno de los encuentros de TCI facilitado por las autoras en un municipio pequeño, la inquietud elegida fue dolor por la discriminación de miembros de la comunidad hacia su hijo con discapacidad (Jacquier y Dos Santos, 2011); un sufrimiento padecido y expresado por una de las participantes, la enfermera del pueblo. A partir de poner en palabras su dolor el participante protagonista recibió el apoyo del grupo y se fortalecieron redes solidarias en la comunidad.

El malestar es un término que se enmarca en la dimensión simbólico-social de la enfermedad (Frankemberg, 2003), e implica la presencia de ideologías en torno a la misma, que llegan a generar estigmas sociales o mayor compasión y ternura hacia la persona que padece determinado problema de salud. Decimos entonces, que ni el sujeto que padece, ni la sociedad asignan el mismo significado social a todas las enfermedades. Por ejemplo, la actitud del sujeto padeciente, del equipo de salud, de la familia y la sociedad en su conjunto no es la misma frente a una persona que padece cáncer que a una persona que padece síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), incluso a quienes se contagian del Covid-19. El personal de salud es estigmatizado cuando se contagia del coronavirus, incluso el propio sistema de salud sancionó a quienes cayeron enfermos.

En otras palabras, el término malestar ("sickness") se refiere al proceso de socialización de la enfermedad y del padecimiento, que se evidencia más fácilmente cuando analizamos los discursos, comportamientos y prácticas sociales ante la enfermedad desde la profesión y del equipo de salud. El significado dado al cuidado enfermero se inscribe en una dimensión fenomenológica y simbólico-social. La enfermera comunitaria no puede perder de vista esta mirada, tendiendo a la equidad y calidad del cuidado, dado que el sufrimiento que corroe el alma se manifiesta sintomáticamente en el cuerpo y conforma la sociedad plagada de prejuicios e ideologías en la cual trabaja.

EL CUIDADO ENFERMERO Y LA INTERACCIÓN HUMANA

Las necesidades y demandas actuales del cuidado de la salud de los grupos vulnerables de población desafían a la enfermería a asumir una posición crítica. Exige revisar y recrear su práctica evaluando el impacto que ésta tiene sobre la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades. Esta tarea, viene desarrollando el grupo de investigación de la teoría del Buen Vivir y Bienestar (Álvarez et al., 2020); en ese sentido nos interesa destacar el enfoque dado al constructo persona, que caracteriza al ser humano por la capacidad de vincularse, de ejercer su libertad y derechos, del desarrollo de la creatividad y las habilidades sociales interpersonales como la solidaridad.

Desde la perspectiva comunitaria, para la Enfermería es importante el desarrollo de habilidades cognitivas e interpersonales relacionadas con:

- La toma de decisiones éticas y legales.
- El establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas enfermera-sujeto.

- La sensibilidad frente al estado socio–económico, la diversidad cultural de la población, durante la enseñanza-aprendizaje del autocuidado y estrategias de acción política, durante la participación entre los equipos multidisciplinarios. También, la concepción de que toda persona es un sujeto de derecho. Por eso, estamos obligados a plantearnos la necesidad de planificar intervenciones de enfermería que hagan posible el mejoramiento del nivel de salud y de la calidad de vida de las personas.

En este ensayo hemos reflexionado sobre algunos aspectos del proceso de cuidar que consideramos relevantes; por lo que planteamos algunas orientaciones para esclarecer la dimensión emocional en el marco de las competencias éticas, cognoscitivas, afectivas y psicomotoras, propias del cuidado enfermero.

En el sistema sanitario existen muchas personas responsables del cuidado de la salud de la comunidad. El equipo de salud puede estar conformado por enfermeros/as, nutricionistas, trabajadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as, entre otros/as profesionales. Pero, aquí marcamos una singularidad, de todas las profesiones de las ciencias de la salud, Enfermería, es la que asume el cuidado de la salud humana (Medina, 1999; Hernández Conesa, 2003; Malvárez, 2007; Kérouac *et al.*, 2007) como la esencia de su ejercicio profesional y como su objeto de estudio (Jacquier, 2014).

Durante el devenir histórico, el arte del cuidado de la vida de las personas y de los colectivos fue responsabilidad de los enfermeros y enfermeras. Sin embargo, recién en el siglo XX hallamos la primera sistematización de los conocimientos enfermeros en los postulados científicos de la enfermería contemporánea. Es así que a partir del uso sistemático, explícito y crítico de la información teórica que surge de la investigación basada en la evidencia permite,

en la práctica, tomar decisiones sobre la administración del cuidado a las personas, las familia y comunidades de un modo holístico, promoviendo la calidad de vida (Hernández Conesa et al., 2003).

En este sentido, la experiencia de vida de las personas y sus respuestas a los problemas de salud y a procesos vitales, adquieren un significado particular, específico y único (Luis Rodrigo, 1995). Podríamos decir, que la enfermería ayuda a identificarlas y abordarlas en forma holística en el mismo acto de Cuidar. Villalobos (2006) basado en Watson ve al ser humano desde una perspectiva fenomenológica: "que no se puede separar ni de sí mismos, ni de otros, ni de la naturaleza, ni del universo (...) El alma humana es la energía interna y es única para cada uno" (p. 130). Cuando la Enfermera Comunitaria promueve la expresión de diferentes respuestas a procesos vitales de las experiencias vividas, en la práctica de los encuentros de terapia comunitarias, entiende y atiende la dimensión emocional del cuidado. En las experiencias de los trabajos de extensión mencionados, vislumbramos el potencial característico de la TCI como tecnología blanda, al igual que la comunicación terapéutica en el cuidado de Enfermería holística. De este modo, el proceso de embarazo en las mujeres puede provocar distintos tipos de respuestas humanas: alegría, plenitud, miedo, desesperación, angustia, incertidumbre, así como, oportunidad de logro de un anhelo deseado, etc. En tanto, la soledad es una situación que también puede generar distintos estados emocionales, como ocurre actualmente con el aislamiento social obligatorio en el marco de la pandemia mundial del Covid19. Para algunos puede representar la posibilidad de permanecer en la casa y realizar un orden postergado; para otros, el agravamiento de una situación crónica, ya sea de enfermedad o de agudizar la soledad, o violencia doméstica, etc. Dado que, cotidianamente muchos adultos mayores viven solos, condición que está

relacionada con historia de construcción/vinculación familiar y con el ambiente, entendemos que cada una de las emociones que emerge "se sitúa en medio de la interacción de costumbres, creencias, valores y actitudes heredados de un pasado, de una historia personal y particular…" (Grupo Cuidado, 2000. P. 185).

En la TCI, cuando el tipo de emoción que surge es sufrimiento, se lo problematiza en forma integral. El tránsito por cada una de las etapas de la metodología a veces es lento, doloroso y emotivo (como cuando se quita una espina), sin embargo, este camino permite a los participantes sentirse escuchados, acompañados, contenidos y respetados. También, brinda a cada individuo la posibilidad de reconocer su potencial y valorar su propia historia de vida, resignificando su presente y proyectando estrategias posibles a ser desarrolladas en su contexto. Según Barrreto (2008), la fuerza del grupo permite que, el sufrimiento planteado se disipe, recree, alivie o transforme y materialice mediante las expresiones de apreciación de los participantes durante la etapa de cierre del encuentro. "Las crisis, los sufrimientos y las victorias de cada uno presentado al grupo, son utilizados como materia prima para el trabajo de creación gradual de conciencia social" (Barreto, 2008, p. 17).

Los numerosos encuentros de terapias comunitarias desarrollados, actualmente en plataforma virtual, y pre-pandemia presencialmente en diferentes ámbitos, tales como comedores comunitarios, Centros de Atención Primaria, centros municipales, escuelas, universidades, iglesias, y hospitales (Cura, 2019), nos desafían a seguir profundizando modos para recrear el cuidado enfermero y ampliar la visión de estrategias de abordaje profesional. Es (Kérouac et al., (2007 p. 102) quien afirma que: "El campo de la enfermería es el cuidado que refuerza y permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar"

La noción de cuidado se sustenta en el campo de las ciencias humanas: la filosofía y la psicología. En esta línea, Ayres (2004) profundiza sobre el posicionamiento que las prácticas sanitarias adquieren en diversas situaciones durante la interacción entre los sujetos para aliviar el sufrimiento o lograr mayor bienestar. Este autor revisa el constructo: cuidado, apoyado en la fábula de Higinio que es narrada por Martin Heidegger[3], para argumentar que las prácticas de Salud pública siempre están mediadas por saberes (epistemología) específicos para ese fin.

Desde esta perspectiva, encontramos en la literatura diferentes conceptos del cuidado:

> "Cuidado es un proceso interactivo, por el que la enfermera" y el sujeto de cuidado "se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos" (Planner en Medina, 1999, p. 36).

En la TCI durante la interacción, en un clima de respeto y dignidad, la enfermera/terapeuta comunitaria y el sujeto de cuidado-participantes, horizontalmente, construyen nuevos significados para las experiencias de salud y/o situaciones vitales. En este sentido, la enfermera y antropóloga, Madeleine Leininger afirma que:

[2] La siguiente autointerpretación del «ser ahí» como «cura» está sedimentada en una vieja fábula:
Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra (Tellus) y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame homo, puesto que está hecho de humus (tierra)». (FCE. 1974, p. 218-219 en Enciclopedia Herder).

> "(...) para poder proporcionar cuidados terapéuticos la enfermera debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado" que los participantes poseen. Y también a la que considera que "(...) las actividades y funciones del cuidado varían en función de la estructura social característica de las diferentes culturas" (Leininger en Medina, 1999, p. 43).

La terapia comunitaria se basa en modos culturalmente determinados para contribuir a la autogestión de la comunidad de su propia salud integrativa. La premisa teórica de Leininger es que el cuidado humano constituye un "fenómeno universal" (en Medina, 1999, p. 43) también abre un abanico de métodos técnicas y recursos con los que se brinda ese cuidado que varía de cultura en cultura. Se evidencia en la diversidad de prácticas de cuidado/recursos que posee la comunidad para superar o convivir con los sufrimientos/preocupaciones expresados durante las rondas de TCI. En uno de los encuentros, virtuales de TCI, emergieron de los participantes las siguientes estrategias para enfrentar el miedo, ya que fue ese el sentimiento surgido en el grupo:

01- Agradecer por la vida.
02- Respirar profundamente; aceptando que no todo se controla.
03- Acudir a los círculos de TCI.
04- Escribir lo que siento.
05- Conectarme con mi cuerpo.
06- Involucrarme en acciones comunitarias.
07- Permitirme llorar, desahogarme

08- Asignarle un horario al miedo (en mi caso el de las noticias); reconocer que siento miedo y después decirle basta.

09- Conversar; bailar.

10- Hacer las cosas que me distraen.

11- Tomar agüitas medicinales, entre otras.

En este espacio comunitario, se pone en juego la tensión existente cuando pensamos en lo social como algo estático, rígido o conservador que impide, ya sea la movilidad del sujeto social o la modificación de la apropiación de prácticas de cuidado que no pertenecen a su habitus (Bourdieu, 1995) propios de las perspectivas salubristas clásicas y los modos en que las enfermeras somos formadas y analizamos dicha realidad (Medina, 1999). Una de nuestras debilidades es poner en práctica el refrán "cuando se canta, los miedos espanta"; ésta práctica que en Brasil está encarnada, permite en la TCI a través de la música recuperar el equilibrio cuando las personas se quiebran emocionalmente mientras relatan su historia, desnudan su alma y abren su corazón. Cualquier participante puede proponer una canción, un refrán o una historia relacionada a la emoción emergente. Esto constituye una de las reglas de la TCI.

Incorporamos a esta línea de pensamiento la visión de cuidado transpersonal de Margaret Jean Watson para quién, "la relación de cuidado es un tipo especial de relación, una unión con otra persona, muy respetada por la persona y su estar en el mundo" (Watson en Alligood y Tomey, 2010, p. 94). En esta unión se comparten sentimientos y emociones, se construye y fortalece la relación intersubjetiva. Para la autora, el cuidado es un diálogo mediante el cual la enfermera y el sujeto de cuidado, comparten sentimientos y emociones. En él, se construye y fortalece la relación intersubjetiva. El rol del terapeuta

comunitario es el de conducir, guiar de manera empática y respetuosa el desarrollo de cada encuentro. En ellos circula la afectividad, brotan nuestras emociones, lloramos con los que lloran, reímos con los que ríen, cantamos con los que cantan y nos curamos con la escucha de los otros, aflora nuestro niño interior. Asimismo, experimentamos en este modo particular de cuidar, algunos de los factores de la ciencia enfermera formulados por Watson en Kérouac et al., (2007) cómo utilizar innovaciones creativas para resolver problemas, fomentar la fe y esperanza, cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, desarrollar una relación de cuidado humano de ayuda y confianza. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.

Consideramos que la acción del cuidado humano es una práctica de naturaleza universal. En tanto, la Enfermería es una profesión del cuidado comprometida en la defensa de los Derechos Humanos, que incluye el derecho a la Salud y la Vida, como lo expresa la Declaración de Principios Éticos del Ejercicio de Enfermería en la región del MERCOSUR (CoIPEM. 2005), por lo que asumimos la responsabilidad del "cuidado de la experiencia de la salud humana" de manera holística con la herramienta de la TCI.

En este camino, continuaremos intentando descubrir senderos que nos permitan materializar la dimensión emocional, en la praxis de la Enfermería. Asumimos que el Cuidado es recíproco, interactivo e integrativo (Fawcet en Grupo Cuidado, 2000). Nos aventuramos a resignificar el cuidado enfermero develando la complejidad del ser humano, como así también de su potencial de trascendencia. En el acto del cuidar se descubre a las personas como seres únicos, irrepetibles, disimiles (saberes, historias y cosmovisiones) cada participante desnuda en la TCI su totalidad, descubre la existencia del otro como ser humano susceptible y vulnerable. En ese proceso de interacción "(…) se

nutren tanto las personas cuidadas como los cuidadores quienes participan de la misma relación" (Grupo Cuidado, 2000 p. 8). la confianza es la base para que en ese espacio social la persona se sienta digna de apoyo, consideración, respeto y afecto. Según Quintero Laverde:

> "la enfermería se preocupa por la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integralidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único, dotado de características propias y particulares; un ser digno y libre". (Quintero Laverde, 2000, p. 185).

El contexto de la TCI favorece a que emerja la unicidad de cada ser y su reconocimiento como persona. Cuando valoramos cada momento del cuidado, descubrimos la diversidad de respuestas, de opciones. El equipo de profesionales se fortalece y satisface con los logros obtenidos, pues siente que cubre un vacío metodológico para el abordaje de la dimensión emocional del cuidado.

A modo de conclusión, dejamos las reflexiones sobre el cuidado y el cuidar presentadas por (Malvárez (2007) en el documento El Reto de Cuidar en un Mundo Globalizado:

«el cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí, en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia» y además, plantea otra idea sobre el cuidado de Quintero Osorio que incluye dos aspectos estrechamente relacionados:

> el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, el involucrarse, que supone una implicación afectiva con el otro, cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción; cuidar también es pensar. (Quintero, citado en Malvárez, 2007)

Finalmente, los patrones de conocimientos trabajados por (Carper en Rivera, 2003); el componente empírico-ciencia de enfermería, el ético-moral, el estético-arte de enfermería y el conocimiento personal se ponen en juego en la TCI. De manera interrelacionadas aportan a repensar la integralidad del cuidado, los cuatro componentes fueron identificados a partir de una exploración de la estructura conceptual y sintáctica del conocimiento de enfermería, pueden ser transferidos a repensar la dimensión emocional del cuidado comunitario particularmente, a partir de la implementación de esta metodología que aún tiene mucho para aportar a la salud comunitaria y de toda la población, que se beneficiaría, de su utilización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alligood, M.R. y Marriner Tomey, Ann (2007). Modelos y teorías. 6ª Ed. Barcelona, España. Elsevier.

Alligood,, M.R. y Marriner Tomey, A. (2010). Modelos y Teorías en Enfermería. 7ma edición. España. Elsevier, Mosby.

Álvarez, D.; Alcaráz, M.; Álvarez, M.J.; Álvarez, R.; Armand Ugon, E.; Camandulli, Z. Cárcamo, S.; Di Rado, I.; Ferrero, T.; Fiumara, M.; Fortunato, M; Loray, F.; Parma, F.; Rosas, M.; Schanz, M.; Sosa, S, (2019). Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, 2018-2019. Trabajo presentado en el Congreso de APS.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol.8, n.14, p. 73-92. Obtenido de http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005.

Barreto, Adalberto de Paula. (2013). Conferencia: Fortalecer vínculos, construir redes y ampliar fronteras. Conferencia. Congreso Brasilero de TCI. Joao Pessoa

Barreto, Adalberto de Paula. (2008). Terapia Comunitária. Passo a passo. 3° Ed. Fortaleza: Gráfica LCR.

Barreto, Adalberto de Paula; Boyer Jean Pierre. (2009). "O índio que vive em Mim: itinerario de un psiquiatra brasileiro". 2ª Ed. San Paulo, Terceira Margen,

Bourdieu P. y Wacquant L... (1995). Respuestas por una antropología reflexiva.

México, Grijalbo.

Centro de Estudios Antropológicos Universidad Católica de Asunción (1991) Centro de Estudios Paraguayos A Guasch (CEAUC-CEPAG). Asunción, Bartomeu Meliá.

CoIPEN. (2005) Colegio de Profesionales de Enfermería de Misiones. Declaración de Principios Éticos del Ejercicio de Enfermería en la región del MERCOSUR. Posadas, Misiones. Creativa

Csordas T J. (1994). Introduction: The Body as respresentation and bein-in-the word. In: Embodiment and experience. The existencial ground of culture and self. Cambridge. University Press

Cura, F. (2019). Aportes de la Terapia Comunitaria Integrativa a la construcción del cuidado integral en Enfermería. Tesina: Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería. UNaM.

FCE. (1974). p. 218-219. Heidegger, Martin: el hombre según la fábula de Higinio , Enciclopedia Herder. Recuperado de https://encyclopaedia.herdereditorial.com/wiki/Recurso:Heidegger,_Martin:_el_hombre_seg%C3%BAn_la_f%C3%A1bula_de_Higinio

Flores Guerrero, R. (2004). "Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural" en Revista Mad. No. 10. Departamento de Antropología.Universidad de Chile. Archivo: salud-muerte

Foucault, M. (1996). La vida de los hombres infames. La Plata, Altamira

Frankenberg, R. (2003). Unidad por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. Cuadernos de Antropología Social. UBA

Gadner H. (1987). La nueva ciencia de la mente. Historia de la Revolución cognitiva. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

García C. y Martínez M. L. (2001). Historia de la Enfermería. Barcelona. España. Harcourt.

Good Byron. (1994). The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain. "El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico" En Medicine. Racionality and Experience.

Grupo Cuidado. (2000). Cuidado y Prácticas de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Colombia. Unibiblios

Hernández Conesa, J. M., Moral de Calatrava, P. y Esteban-Albert, M. (2003). Fundamentos de Enfermería – Teoría y Método. 2° ED. Madrid. España. Mc Graw Hill Interamericana,

Huicochea Gómez, L. (2006). Caídas, golpes y sustos. La atención a la salud de los curanderos, hueseros y médicos alópatas de Maltrata, Veracruz. En: Cahuich, M y Castillo, A (Eds.). Concepto, imágenes y representaciones de la salud de la enfermedad en México. Siglo XIX y XX.Tlalpan: México.

Jacquier N. y Dos Santos L. (2011). Siento alivio, no pensé que hablaría. III Encuentro Internacional de Terapia Comunitaria Integrativa". Santos, Libro de resumen.

Jacquier, N; Dos Santos, L. Wolhein, L. M. y Martínez R. N. (2014). Introducción a la Enfermería Comunitaria: Una contribución a la salud colectiva. Posadas. Misiones. Creativa.

Kérouac Suzanne, Pepin J., Ducharme F., Duquette A. y Major F. (2007). El Pensamiento Enfermero. Barcelona. España. Elsevier. Barcelona.

Kottak C. P. (2000). Antropología Cultural. Espejo para la humanidad. Madrid. España. Mc Graw Hill-Interamericana

Luis Rodrigo, T. (1995). Diagnósticos Enfermeros. Un Instrumento para la práctica Asistencial. España. Editorial Mosby/Doyma Libros. 2ª Edición.

Lunney M. (2010).En NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona. España. Elsevier.

Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set; 16(3): 520-30.

Medina J. L. (1999).La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona. España Laertes.

Menéndez E. (2004) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H. Compilador, Salud Colectiva Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar

Menéndez E., (2009) De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires, Argentina, Editorial Lugar.

Menéndez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en Ciencia & Saúde Coletiva. Vol. 8 (1): 185-207. Archivo: modelos de atención

Merleau-Ponty, M. (1994). Fenomenología de la percepción. Buenos Aires, Argentina. Editorial Planeta

Quintero Laverde, M. C. (2000). Espiritualidad y Afecto en el Cuidado de Enfermería. En: Grupo Cuidado. Cuidado y Prácticas de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Unibiblios.

Rivera, S. (2003), Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. Horizonte de Enfermería, 14, 21-32.

Scheper-Hughes N. y Lock M.. (1987).The mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropology

Quarterly, 1(1) 6-41

Solano Saavedra, Nayeli Itandehui. (2008). "El equilibrio de los cuerpos: Wewepahtli. Un caso de medicina tradicional mexicana" en E. Muñiz (coord.). Registros corporales. La historia cultural del cuerpo humano. Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, CONACYT. México. Pp.: 367-403.

Soto Laveaga, G. (2003). "En busca de la salud: medicina tradicional prehispánica en el siglo xx: 1974-1976" en Horizontes, Bragança Paulista. Vol. 21. p.:117-122. Archivo: busca salud.

Villalobos Vásquez, B. S. (2006). A la hora del medicamento Aquichan, vol. 6, núm. 1, octubre, pp. 125-136 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160113

CAPÍTULO XIII

RETAZOS, HILOS Y AGUJAS QUE TEJEN SALUD MENTAL: EXPERIENCIAS DE CUIDADO COMUNITARIO

BEATRIZ ELENA ARIAS LÓPEZ

Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza,
no nos sacan del subdesarrollo,
no socializan los medios de producción y de cambio,
no expropian las cuevas de Alí Babá.
Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos.
Y, al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito,
es la única manera de probar que la realidad es transformable.

Eduardo Galeano (1992, p 87)

INTRODUCCIÓN

Este articulo recoge las experiencias relacionadas con los haceres textiles y su narrativa, como mediadores estratégicos para el cuidado comunitario, a partir de una serie de investigaciones, realizadas en Colombia, que han buscado explorar las afectaciones y resistencias relacionadas con el conflicto armado y la construcción de paz. A lo largo de una década, estas investigaciones han apuntado a comprender la manera cómo se configura la salud mental colectiva y de qué manera se van construyendo formas de cuidado comunitario, a partir de prácticas sociales que generan vínculos de apoyo, protección y continuidad de la vida; teniendo como escenario y contexto, la ruralidad colombiana.

En uno de los primeros trabajos, se indagó por el efecto de la violencia política sobre las relaciones microsociales en el mediano y largo plazo, en una pequeña localidad campesina, donde pudimos aprender el valor de la soberanía campesina, en especial de la soberanía alimentaria como soporte principal para

estas comunidades (Arias López, 2015; 2018). Entender el lugar central de lo alimentario, como hecho y práctica política (Arias López, 2016), nos condujo también a comprender el lugar clave de las mujeres en estos procesos (Cardona, Restrepo y Arias López, 2017; Arias López, Valderrama, Coral y Parra, 2019). Actualmente, con la firma del Acuerdo de Paz con la ex guerrilla de las FARC, nos ha interesado explorar las posibilidades para retejer los lazos rotos por tantos años de guerra, en una esperada reconciliación desde los territorios y localidades rurales (Arias López, Bliesemann y Coral, 2020).

Todos estos proyectos tienen como mediador común el uso de hilo, aguja y retazos, para producir y generar datos en sí mismos y además facilitar procesos participativos y de apropiación social de la investigación, que simultáneamente también van consolidando prácticas compartidas de cuidado.
Involucrar el tejido y la costura en los encuentros, con las personas participantes, tiene su origen en mi trayectoria personal con el oficio de la costura; los aprendizajes de las múltiples experiencias latinoamericanas alrededor del uso de esta estrategia, imbuidas del legado ancestral de diversas culturas de tejedoras andinas; inquietudes de tipo ético, relacionadas con los procesos de reciprocidad insoslayables en el encuentro entre saberes populares y saberes académicos (Arias López, 2017) y los debates frente a las porosidades y limites difusos entre la investigación como oficio para la producción de conocimiento y su lugar político para la transformación de sujetos, subjetividades y territorios. Valga decir que esto también nos incluye, en tantos sujetos - profesionales del cuidado, con subjetividades en tensión, en un territorio disciplinar también en pugna. Las experiencias de investigación/acompañamiento para el cuidado comunitario, desarrolladas a partir de talleres colectivos de costura, bordado y tejido, se han inspirado en múltiples metáforas: Lo que cuentan los retazos, Tejer

a varias manos o Des-tejer miradas, entre otras, son nominaciones que resuenan con la fuerza simbólica que allí se produce, en tanto posibilidad de creación y expresión. A lo largo de estos años han participado varias centenas de personas, residentes en poblados rurales de varias localidades de Antioquia, Chocó y Nariño (Colombia), partiendo del supuesto de que prácticas y saberes cotidianos, muchas veces invisibles o subvalorados, como el del tejido y la costura, pueden constituir estrategias potentes para resignificar y reconstruir la mirada sobre la propia vida, y a la vez, sobre la vida social, en la medida que lo aparentemente intrascendente adquiere relevancia como forma de expresión pública y testimonio de vida. Así, partiendo de transformar material textil en desuso o de aparente poco valor en un producto estético, posicionamos un (pre)texto para generar reflexiones éticas y políticas en el orden personal y social.

En el camino hemos ido aprendiendo e incorporando, distintas técnicas textiles: falso patchwork, tejido a una y dos agujas, bordado, costura, telar, esculturas blandas, aplicaciones de tela, etc, donde lo convergente es el simbolismo de la aguja que orienta, el hilo que permite ligar y el tejido como producto final, que otorga protección y abrigo. En síntesis, el simbolismo del hilo de Ariadna, que, del centro oscuro del laberinto, conduce a la luz. Todas estas técnicas, que para efectos prácticos las agrupamos como haceres textiles, se han tornado en una práctica creativa con cuantiosas posibilidades expresivas, que permiten a las participantes dar cuenta del camino que han recorrido en la experiencia de ser habitantes de territorios inmersos en disputas complejas, donde ellos y ellas han tenido pérdidas, dolores y sufrimientos, y a la vez, han sido protagonistas de la recuperación y rehabilitación de sus proyectos y espacios vitales.

La experiencia compartida alrededor de estos haceres textiles, nos ha

permitido una serie de aprendizajes relacionados con sus aportes en tanto herramienta etnográfica y artística y como estrategia vigorosa para el acompañamiento y cuidado de la salud mental colectiva, además de reflexiones alrededor de la necesidad de profundizar en una estética de los cuidados, reconociendo la potencia tanto de los procesos, como de los objetos producidos en sí mismos. La muestra itinerante Tejiendo memoria(s) de Resistencia (s) (El Retorno, 2014); la muestra colectiva La Vida que se teje. Tejidos por la memoria en América Latina (Museo de Antioquia, 2016); la instalación textil Mi territorio: mi manto de colores (Restrepo Toro, 2018) y el libro/plataforma digital (Des)tejiendo miradas (Arias López, Bliesemann de Guevara, & Coral, 2020); son potentes memorias objetuales que además se tornan en piezas testimoniales de la historia reciente del país, desde las puntadas de sus protagonistas, muchos de ellos invisibilizados o anonimizados desde los múltiples centros de poder y decisión.

Las narrativas textiles mencionadas, hacen parte de una tradición mediante la cual miles de personas en distintas latitudes han contado lo que les pasa. Mediante el despliegue de una práctica ancestral, convertida en oficio, dicho proceso creativo ha permitido a las personas combinar los sentidos a través de la observación, el tacto y la manipulación de distintos materiales, con el fin de simbolizar su(s) experiencia(s), mientras se consolida un espacio de comprensión y reinterpretación de los eventos, las emociones, las ideas y por lo tanto de las subjetividades mismas (Huss, Sarid, & Cwikel, 2010). No son pocas las experiencias relacionadas con la guerra, la atrocidad, el horror y la muerte que han sido tejidas contemporánea y especialmente, por mujeres. Textiles del conflicto han sido documentados en la colección Conflict Textiles (Ulster, 2008), la cual reúne más de 300 piezas del mundo entero. Casos cercanos y emblemáticos

los encontramos en las manos de las arpilleristas chilenas durante la dictadura en los años setenta (Bacic, 2008) o las mujeres de la Asociación de artesanas Kuyanakuy del Perú, durante las dos últimas décadas del siglo XX, sin contar la diversidad de colectivos que desarrollan este tipo de ejercicios actualmente en Colombia y América Latina.

Según Andrä (2020), los haceres textiles son considerados inherentemente pacíficos, políticamente intrascendentes y por lo tanto académicamente insignificantes, afirmaciones que difícilmente resisten su escrutinio. Para la autora, los textiles hacen parte de indumentarias y simbologías guerreristas y militares, pero, además, en el ámbito doméstico, han estado ligados a prácticas violentas de orden físico y simbólico. Sin embargo, en su contracara, hay diferentes maneras en que los textiles han desafiado efectivamente distintas violencias y han propuesto alternativas no violentas, a través de la denuncia, la documentación y el testimonio. Es justo este último, el punto común de las experiencias citadas, ya que, además de la incorporación de distintas técnicas de tejido o diseños textiles como forma de comunicación y resistencia en contextos de intenso sufrimiento social, son emprendidas por personas de las comunidades, no por artistas reconocidos o con formación previa. Según Mercy Rojas (2018), este es precisamente su valor, en tanto crean un espacio de resistencia política y transformación social que fractura la lógica capitalista de: personas que saben y personas que no saben, subvirtiendo las jerarquías culturales que indican lo valorable y legitimado, planteando escenarios más horizontales. Este sin duda es un punto de partida potente para tejer-nos y entramar-nos en la construcción de cuidados para la salud mental colectiva.

CONTEXTO DE LAS EXPERIENCIAS

Es importante resaltar que el despojo, la pobreza sostenida, la inequidad social y la violencia, se enmarcan en procesos de ajuste en una economía global de libre mercado, la cual tienen una incidencia significativa sobre los indicadores de salud de las poblaciones, así como en sus respuestas sociales (Pedersen, 2010). Precisamente, en lo local, donde se construyen sujetos y subjetividades, se despliega esta paradójica e hibrida dinámica con los procesos globales, pero a su vez es el referente de seguridad en un sistema global cada vez más fragmentado y amenazante (Kirmayer, 2006).

La historia reciente de Colombia se debate en una dinámica de fuertes conflictos sociales, bajo la promesa optimista de terminación de la guerra mediante la firma de acuerdos entre gobierno, insurgencias y grupos paramilitares. En los años más recientes hemos presenciado distintos tipos de pactos, como el del año 2005 con las Autodefensas Unidas de Colombia AUC; el acuerdo de paz entre el Estado colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC, en el 2016 y el dialogo interrumpido con el Ejército de Liberación Nacional, siendo este, el último grupo guerrillero activo en América Latina.

Sin entrar en la complejidad de lo que han significado estas negociaciones, lo que se va develando para la sociedad colombiana es la existencia de un país geográfica y socialmente plural, con territorios invisibilizados por décadas de guerra y que hoy se revela ampliamente en su exclusión y marginación. Los territorios periféricos, especialmente aquellos rurales, hoy pacificados, son espacios donde confluyen elementos de clase, género y etnia en la distribución desigual de las inequidades sociales, producto

de un continuo histórico, con proyecciones adversas a futuro.

Las localidades donde se han desarrollado las experiencias que recogemos en este capítulo, se encuentran precisamente localizadas en zonas de exclusión histórica, caracterizadas por patrones de poblamiento dispersos y desconcentrados, formas tradicionales de explotación de las tierras y baja productividad, una muy débil vinculación con el mercado, informalidad jurídica con respecto a la posesión de las tierras y una histórica ausencia de instituciones del Estado, de tal forma que han sido los mismos habitantes quienes han regulado sus relaciones o, la mayoría de las veces, los actores armados ilegales (Uribe, 2001).

Los campesinos que hacen parte del sector de la agricultura tradicional trabajan en su gran mayoría como productores familiares agropecuarios, más que como empresarios agrarios o grandes latifundistas, sin las mínimas garantías laborales, dedicados a la producción de alimentos baratos, sin acceso sobre la tierra (Salgado, 2010). Estas situaciones van configurando un contexto de invisibilización del mundo rural y de negación de la ruralidad tradicional agraria, como un modo de vida aún existente en Colombia (Agudelo, 2010), que termina siendo visible solamente bajo el estigma del conflicto y la subversión, o de sujetos anacrónicos, anclados a una forma de vida y una economía inviable (Veltmeyer, 2010).

En estas condiciones de marginalidad, la población campesina tradicional se ve abocada permanentemente al señalamiento, al incremento de diversas formas de exclusión social y a ser víctima de la coacción violenta por parte de distintos actores en un mosaico de despojo, ilegalidad y expulsión, que acontece bajo un claro trasfondo agrario (Villegas, 2001) y al afán por la incorporación económica, mediante el extractivismo y la economía de enclave

(Serje, 2013). El resultado es la marcada diferenciación entre el centro y la periferia de la geografía colombiana, entre el país urbano y el país rural, que mantiene viva la necesidad de comprender cómo el sufrimiento social, y su contraparte en las resistencias sociales, se han incorporado en la vida cotidiana, en el mundo de las relaciones y de las producciones materiales y simbólicas, especialmente en escenarios locales. Esto es lo que muestran los tejidos que presentamos a continuación.

En la figura 1 se puede ver una línea de tiempo que muestra en perspectiva histórica los principales acontecimientos de los habitantes del municipio de San Francisco (Antioquia, Colombia) y los hitos significativos para la vida territorial:

Figura 1.
Actores, acontecimientos y territorio. Relatos y tiempos cruzados. San Francisco, 2012.

Fuente: Proyecto Violencia, Resistencia y subjetividad: destejer y tejer la salud mental.

En las figuras 2 y 3, aparecen los reclamos por la defensa de territorios y formas de vida por parte de comunidades campesinas de Argelia y Cocorná (Antioquia, Colombia):

Figura 2.
No a la minería.
Argelia, 2016.

Fuente: Proyecto Tejer a varias manos. Una pedagogía para diseñar planes de vida territorial

Figura 3.
Agua para la vida, no queremos hidroeléctricas.
Cocorná, 2016.

Fuente: Proyecto Tejer a varias manos. Una pedagogía para disoñar planes de vida territorial

La figura 4, muestra la vida cotidiana de una mujer campesina, sus múltiples tareas y aportes a la construcción de territorios de vida:

Figura 4.
La vida cotidiana de una mujer en el campo. Argelia, 2015.

Fuente: Proyecto Memoria, Tejido y Salud Mental

Para cerrar, en la figura 5, se expresa lo que significan hoy los territorios de convivencia entre comunidades campesinas y antiguos integrantes de la guerrilla, ahora firmantes de la Paz, que hoy, en calidad de vecinos en Mutata (Antioquia, Colombia) gestionan colaborativamente sus proyectos de vida colectivos:

Figura 5.
Con el proceso de paz hay tranquilidad. Mutatá, 2019.

Fuente: Proyecto (Des) tejiendo miradas sobre sujetos en proceso de reconciliación en Colombia

LO QUE CUENTAN RETAZOS, HILOS Y AGUJAS

La vivencia de la violencia política/estructural y el conflicto armado prolongado genera una fuerte fragmentación de los sistemas simbólicos y del tejido de relaciones sociales, permeando la dinámica cotidiana de las familias y las comunidades. En ese sentido coincidimos con Baró (1984) en considerar la salud mental como una dimensión relacional de carácter histórico, más que un

estado individual. De allí la insistencia en mantener la mirada sobre las relaciones sociales, sus mutaciones y transformaciones, por pequeñas que parezcan, en un campo de tensiones donde la violencia prolongada irrumpe sobre la vida cotidiana, tanto en los sistemas materiales de apoyo como en el sistema cultural y las redes sociales, pero donde igualmente se producen múltiples y variadas formas de resistencia.

Después de diez años de desarrollo de estas investigaciones, hemos aprendido el papel decisivo de las mujeres como escudo y sostén, que cursa paradójica y paralelamente con poco reconocimiento público. Ellas, llámense campesinas, habitantes de vecindarios rurales o antiguas excombatientes de la insurgencia armada, deben luchar cotidianamente con el confinamiento y poca valorización de la vida doméstica y familiar, limitada en términos de recursos y oportunidades, y débil en su vinculación a procesos más amplios de la vida pública, perpetuando e incrementando así una histórica inequidad de género. Muchas de estas mujeres, líderes de procesos organizativos que interrogan el orden de acumulación capitalista, no logran incidir plenamente en el orden patriarcal de las relaciones cotidianas, con resultados en una mayor sobrecarga emocional, soledad afectiva, autocensura y miedo. Sin embargo, en forma persistente, dinamizan estrategias con otras y otros; proyectos asociativos de reconocimiento y apropiación de sus territorios.

Dichas estrategias, soportadas en la solidaridad y la reciprocidad, van constituyendo recursos de salud, productores de vínculos y lazos sociales, como respuesta a los sufrimientos que la vida social instala en forma diferencial para colectivos y territorios.

Las experiencias de acompañamiento en estos años, han estado motivadas por la intención de lograr la recuperación colectiva y comunitaria en

íntima relación con la vida cotidiana, a partir de recursos endógenos, buscando ampliar los lugares de expresión ética, estética y política para las comunidades y en particular para las mujeres, para quienes estos espacios han tenido y tienen fuertes limitaciones. El propósito es su fortalecimiento como sujetos de derecho, la recuperación de su dignidad y su visibilización, asuntos que deben interpelar a quienes, desde el lugar de ciudadanos y profesionales, nos consideramos ofendidos o indignados por la situación de inequidad e injusticia que han vivido muchos de nuestros compatriotas (Arias López, 2013).

Desde el inicio hasta hoy, hemos mantenido una propuesta de invitación abierta para los vecinos de los territorios rurales, para generar espacios de encuentro y de construcción colectiva de memorias, como un acto eminentemente expresivo, de un territorio en disputa. Narrar con hilo, aguja y telas. Compartir experiencias, sueños, sufrimientos, pero también historias preferidas que nos atraviesan y nos humanizan con y frente a los Otros. Explorar otros lenguajes paralelos, que permitan ampliar posibilidades y audiencias, en medio de los inconvenientes y/o limitaciones de la palabra directa. Privilegiar el uso de materiales de fácil acceso como son los desechos textiles o la reutilización de ropa en desuso. Estas son algunas de nuestras pistas metodológicas.

Fundamentadas en la lógica del trabajo comunitario, estas experiencias parten de incentivar la creación colectiva para la producción de narrativas textiles y memorias objetuales, sin limitaciones para la participación. El resultado han sido grupos heterogéneos, con edades que oscilan entre los 5 y los 80 años, produciendo un importante intercambio generacional en todos los proyectos desarrollados. El proceso creativo involucra la discusión colectiva, las conversaciones libres, la rememoración y las prácticas narrativas colectivas para generar resonancias y construcción de metarelatos.

Es de resaltar la manera cómo se incorpora el color en sus tejidos: siendo estos lugares de topografía montañosa, cercanos a importantes fuentes hídricas, los colores predominantes son los verdes intensos en todas sus variedades, el amarillo penetrante del sol, el azul luminoso de su cielo y los diversos colores brillantes del trópico. A primera vista, para quien no se detenga en los detalles, estos paisajes tejidos o los relatos bordados, serían representaciones coloridas de la vida campesina colombiana. Sin embargo, refinando la observación, el espectador se encontrará con las imágenes contrastantes de la guerra y el sufrimiento: el helicóptero sobrevolando en su anuncio de muerte (asociado a la memoria de las operaciones militares), el desplazamiento, la ocupación armada, los familiares asesinados, el fúsil como centro de la trayectoria vital, entre otros. Así, las obras tejidas logran expresar: muerte y sufrimiento, pero igualmente vida y cuidado. Simultáneamente el proceso, permite tejer, vincular y entrelazar solidaridades, construyendo redes o comunidades que constituyen fuentes de apoyo vecinal con gran potencial para el cuidado comunitario.

La dinámica propia de las experiencias trae consigo otro elemento: no solo el tejido posibilita expresar y por esta vía lograr un cierto proceso de catarsis terapéutica colectiva entre los participantes, sino que también pone en escena la preocupación por la dignidad campesina, buscando alternativas de reconocimiento y de soberanía. En este sentido las memorias objetuales, o en términos más sencillos, las piezas textiles producidas, han sido potentes formas de divulgación, a partir de su exhibición en escenarios académicos, institucionales y/o comunitarios, contribuyendo al reconocimiento público de su condición de sujetos que han sufrido la devastación provocada por el conflicto armado prolongado y los procesos históricos de exclusión, pero así mismo su

potente capacidad para reconstruir y reconfigurar sus modos de vida ; así como la necesidad de interrogar la indiferencia y falta de empatía social, como valores culturales en ascenso.

RESULTADOS

Los resultados de estas experiencias comunitarias podrían presentarse a partir de tres grandes ejes: el primero alude a reconocer el tejido como una estrategia que produce materialidades con vida social, el segundo a su importancia como elemento metodológico para la investigación y finalmente el tejido como estrategia para el cuidado de la salud mental.

EL TEJIDO COMO MATERIALIDAD CON VIDA SOCIAL

Si bien el encuentro de las personas para tejer genera una serie de dinámicas con efecto sobre lo individual y lo relacional, quisiera enfatizar sobre los productos tejidos que se producen en el encuentro, no como algo accesorio, accidental o secundario, sino como objetos del mundo material cargados de vida social, con gran potencia para desencadenar procesos comunicativos amplios. Es importante hacer esta precisión porque es usual que en las experiencias que tienen como "pretexto" de encuentro la elaboración manual de objetos, estos no tengan un lugar central en sus propósitos.

En esta línea, Igor Kopitoff (1986) debate la tendencia a considerar el mundo de las cosas como algo inerte y mudo, planteando que, así como las personas, aquellas tienen una biografía, unos significados y unas configuraciones culturales. En este sentido, la pregunta por el estatus biográfico

que adquieren estos tejidos, sin duda está ampliamente relacionado con el momento histórico del país, en el cual la(s) memoria(s) ha(n) adquirido un lugar central y por tanto los objetos que pueden asociársele(s), lo cual queda manifestado en el interés institucional y social por los mismos. Los objetos de memoria que se produjeron en estas experiencias tienen valor en sí mismos, como expresión de la vida local campesina y de la vida de excombatientes en procesos de reincorporación a la vida civil, logrando transmitir emociones al espectador, como lo afirman quienes han podido apreciar estas piezas en las exposiciones realizadas en distintos lugares del país a lo largo de estos años. Uno de ellos en 2012 en la localidad de San Francisco (Antioquia, Colombia) afirmaba que las piezas textiles eran un reflejo de las huellas profundas que les dejó la guerra, encontrando en ellas una posibilidad de resonancia y construcción de vínculos a partir de experiencias de vida compartidas. En el mismo sentido, un espectador en Bogotá en 2013, distante por muchos kilómetros del lugar que recreaban estas piezas, señalaba cómo observar las piezas tejidas le dejaban preguntas, pero también "sentimientos encontrados", interpelando su lugar de académico y ciudadano. Recientemente, con la firma del acuerdo de paz entre el gobierno colombiano y las FARC, un joven de una región fuertemente impactada por el conflicto armado, al observar las piezas bordadas por los exguerrilleros firmantes de la paz, manifestaba que la narrativa textil le mostraba la necesidad de reconstruir la historia y mantener viva la esperanza, destejiendo la resignación y la indiferencia.

Al respecto, Arnold y Espejo (2013), señalan que el objeto textil es portador del mundo cultural de quien teje y de sus circuitos de génesis y circulación. En ese sentido, más que un objeto, es un sujeto activo, que se transforma a partir de las relaciones que va tejiendo, no solo en circuitos locales,

sino incluso en otros más amplios y globalizados, en los cuales se construyen entramados relacionales entre quienes los crean y quienes los aprecian.

EL TEJIDO COMO ELEMENTO METODOLÓGICO

Los haceres textiles y sus narrativas, también pueden articularse a la etnografía y a la investigación basada en las artes, cada vez más presentes en la investigación cualitativa participativa, en tanto permiten explorar conocimientos prácticos y de experiencias, mediante formas de expresión no lingüísticas. Para nuestro caso, además, ha hecho importantes contribuciones para los estudios de paz y conflicto, no solo por ofrecer formas innovadoras para la producción de datos, sino por sus mismos beneficios emancipatorios, transformadores y terapéuticos. Como método participativo, las narrativas textiles se pueden utilizar en cualquier etapa de la investigación cualitativa, incluidos los propósitos de transformación social, a través de la difusión, divulgación y apropiación social, además de la misma reflexividad del investigador (Arias López, Andrä, & Bliesemann de Guevara, 2020).

La inclusión del tejido como una herramienta en el trabajo investigativo permite superar las potenciales limitaciones de la palabra escrita o verbal, convirtiéndose en un componente expresivo de investigación, en el cual los tejidos mismos se convirtieron en "datos" potenciales y fuentes para la construcción colectiva de conocimiento desde estrategias no convencionales. Ello fue posible dada la premisa de flexibilidad en el diseño de la investigación cualitativa y su apertura para generar procesos emergentes, elemento favorecedor en el contexto ya señalado, en el cual fueron centrales las dinámicas cambiantes del conflicto, las coyunturas políticas del contexto local, regional y

nacional, además de la experiencia emocional-vital de las personas que allí confluimos.

La elaboración colectiva de tejidos permite mayores niveles de acceso a los escenarios locales y a las personas que los construyen y habitan, a sus prácticas y experiencias y constituye un elemento central en la consolidación de la reciprocidad como eje ético de la investigación. A partir de las discusiones se logra reconstruir y ampliar los relatos de vida colectivos en encuentro vecinal, incluso con quienes no tejen directamente, contribuyendo a la generación de memoria(s) compartida(s).

Un elemento importante en la mediación metodológica que logra el textil, es que se torna en expresión de la vitalidad que la guerra no logra arrasar en su totalidad, y que en los procesos de posconflicto traza rutas para la reconciliación y la comprensión: estimula a producir un conocimiento encarnado, es decir aquel que se produce en la medida que pasa por el cuerpo, se experimenta, se siente, produciendo movilizaciones no solo cognitivas, sino afectivas y emocionales consigo mismo y con los otros (Arias López , Bliesemann de Guevara & Coral Velásquez, 2020)

EL TEJIDO COMO ESTRATEGIA DE CUIDADO

A través del tejido y su narrativa, podemos transitar comprensivamente por la experiencia cotidiana de estas comunidades y sus sujetos, a fin de reconocer diversas dimensiones existenciales. Las obras tejidas representan temporalidades, construidas entre un antes, un durante y un después, distantes de las cronologías formales u oficiales, un tiempo subjetivo que experimenta cada persona como propio y particular (Heller, 1999, pp. 385-

393), pero a la vez socialmente compartido, pleno de intencionalidades, continuidades y discontinuidades. Los tejidos expresan relaciones afectivas con lo espacial, con su territorio de vida, lugar que "se habita, se usa y se significa" (Piazzini, 2004) más que ámbito físico; integran un abanico de emociones múltiples emergiendo de estas experiencias de vida, que también indican cómo se viven las relaciones comunitarias, cómo se tejen los lazos sociales y se generan redes de apoyo entre pares y vecinos.

Este repertorio de saberes y de prácticas locales, son elementos estratégicos en el cuidado y acompañamiento de procesos de recuperación/rehabilitación de personas, familias y comunidades afectadas por la violencia y la guerra, con fundamento en varias consideraciones. En primer lugar, responde a las críticas que se han hecho a las intervenciones de corte biomédico cuya impronta es una excesiva medicalización en el abordaje y la construcción de respuestas sociales e institucionales (Summerfiel, 2000; Young and Breslau, 2007) y en consecuencia, se adhiere a los propósitos que acompañan los llamados enfoques psicosociales, cuya orientación práctica y metodológica, incorpora la dimensión colectiva de las experiencias y su cotidianidad, como elementos centrales a lo emocional y lo social que se moviliza, tanto en la experiencia de sufrimiento como en los procesos de recuperación (Miller y Rassmuseen, 2010).

En segundo lugar, estas consideraciones adquieren relevancia, en tanto la enfermería como ciencia humana se relaciona básicamente con la experiencia de vida de los seres humanos, entendiendo sus particularidades, especificidades y sentidos a partir de una relación de diálogo con aquellos a quienes se cuida. La relación de cuidado es ante todo una relación entre seres humanos, cuyo propósito es la preservación de la dignidad (Meleis, 2012), razón

por la cual el llamado es a repensar el lugar del Otro y la relación que surge para hacer posible el cuidado de la salud y la vida (Arias López, 2017).

Las artes y la literatura se han utilizado en una variedad de situaciones en la enfermería, y en particular, en el cuidado de la salud mental, incluso en contextos de guerra (Arrizabalaga, 2019), y aunque el debate sobre las evidencias y la medición de sus efectos siguen ocupando el interés académico (Leckey, 2011; Hacking et al, 2008), es posible afirmar que su incorporación en la disciplina abre la posibilidad para mayor comprensión.

Incluso, como lo afirman Biley y Galvin (2007, p. 523) "traer una revolución en la práctica, la enseñanza y la investigación en enfermería". Específicamente se ha documentado cómo las artes visuales permiten expresar experiencias que son difíciles de poner en palabras, explorar el significado del pasado, el presente y el futuro, integrar el evento a la historia de vida y otorgarle un significado (Heather, Stuckey y Nobel, 2010)

En este caso, recurrir al tejido como mediador en la relación de cuidado, se torna en un elemento movilizador de creatividad y capacidad de agencia, así como de resistencia y dignificación. El tejido facilita el entendimiento compartido de experiencias de vida, en la medida en que permite rememorar, resignificar y dar un lugar a cada experiencia personal en la historia social – local, regional y nacional – y por esta vía contribuir a la rehumanización de un mundo devastado. El intercambio generacional permite a los más jóvenes recuperar parte de su historia, a través del relato de las personas mayores, quienes experimentaron directamente muchas de las situaciones que se han ido constituyendo en acontecimientos referenciales: desplazamientos, operaciones militares, formas colectivas de trabajo agrícola, estrategias comunitarias de resistencia, firmas de acuerdos, decisiones de dejación de armas, entre otras.

Tejer estas memorias colectivas ponen en el centro del intercambio entre vecinos, el reconocimiento de las maneras cómo han reconstruido y re habitado su cotidianidad (Ortega, 2008) y su afán por mantener un espacio propio, personal y social, en condiciones de autonomía y dignidad. En este sentido la creatividad aparece ligada no solamente a la creación de la pieza tejida, sino que evoca ese proceso permanente y cotidiano de reinvención de modos de vivir en un mundo marcado por la violencia, el miedo y la desconfianza.

PARA CERRAR-ABRIR

Las experiencias descritas permiten generar espacios de expresión estética, ética y política. La primera, alude no solo a la representación artística de la violencia y la muerte, sino también a los actos de mirar, que se traducen en una intensa vivencia emocional, con potencial transformador para quien lo experimenta, en tanto le permite dotar de sentido su mirada, mediante la construcción de una interacción e interrelación con lo que se mira (Riaño, Lacy y Agudelo, 2003), implica reconocer un Otro y un país que sufre, y desde este lugar construir una representación humanizada de sí mismo y de la sociedad en la que vivimos. La dimensión ética implica desplegar una relación de reciprocidad para la generación compartida y colectiva de conocimiento, a partir de recursos endógenos, de saberes locales y de estrategias que escapan a la ortodoxia. Finalmente, la dimensión política incorpora situaciones personales y emocionales para darles legitimidad en lo público, no solo circunscrito a lo institucional-estatal, sino en el escenario de encuentro con otros, en el espacio de lo cotidiano y lo próximo. De esta manera la experiencia colectiva de tejer y producir creativamente, moviliza y aporta a la construcción de capacidades en

estas comunidades campesinas para la tramitación de los conflictos que el mundo social les ha presentado, reconociendo que el socavamiento de las relaciones sociales es el mayor efecto de la guerra, y es allí precisamente donde confluyen las mayores intenciones de estas experiencias de cuidado.

Es así como las motivaciones, intenciones y orientaciones, dejan entrever el aporte que podemos hacer desde las prácticas de enfermería, poniendo al centro reflexiones renovadas sobre la vida en dignidad (Arias López, 2013), como una aspiración presente, no postergable en el mundo, pero muy especialmente en América Latina. Esto coincide con repensar y recoger las experiencias que precisamente desde el pensamiento y las prácticas de la enfermería latinoamericana debaten las teorías y modelos con las cuales se ha ido consolidando la disciplina, muchas de ellas desarrollados en contextos anglosajones desde mediados del siglo pasado. Hoy encontramos acercamientos a modelos teóricos basados en las propuestas filosóficas del buen vivir (Alvarez et al,) o propuestas soportadas en los legados de la salud colectiva/medicina social latinoamericana (Arias López, 2019), que permiten avizorar propuestas situadas en el contexto latinoamericano y sus problemáticas, pero además en las respuestas sociales particulares, donde las enfermeras hemos mostrado nuestro potencial para generar conocimientos historizados, bajo miradas sociopolíticas críticas, que abogan por la transformación hacia formas de vida más solidarias, respetuosas e incluyentes.

Reconocer la impronta y el lugar del contexto sociopolítico para el desarrollo del conocimiento y la práctica en enfermería, implica retomar lo que hace varias décadas nos proponía Colliere (1993): "cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se

reproduzca" (p 233-234). Es clave para la disciplina un redimensionamiento ontológico y epistemológico de lo que dicha vida incluye, de lo que incorpora, de lo que es valorable, lo que implica no solo un proceso de descolonización del modelo biomédico y de la jerarquía patriarcal, sino además una apertura a formas diversas y creativas para guiar el desarrollo de la teoría y la investigación en enfermería. Es justo eso lo que estas agujas e hilos invitan a tejer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agudelo, L. (2010). Campesinos sin tierra, tierra sin campesinos: territorio, conflicto y resistencia campesina en Colombia. Revista Nera, 13(16), 81-95.

Álvarez, R., Cárcamo, S., Armand Ugon, E., Álvarez, D., Di Rado, I., Parma, F., Alcaraz, M., Sosa, S., Fiumara, M., Loray, F., Ferrero, T., Camandulli, Z., Rosas, M. (Mayo de 2019). Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la región sanitaria VI, provincia de Buenos Aires, 2018-2019. En Aguilar V (Presidencia). VIII Congreso Argentino de Educación en Enfermería. Conferencia llevada a cabo en el Congreso de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina, Ciudad Universitaria - Córdoba

Andrä, C. (2020). Textiles Making Peace. En O. Richmond & G. Visoka, The Palgrave Encyclopedia of Peace and Conflict Studies. Basingstoke: Palgrave Macmillan. Obtenido de https://doi.org/10.1007/978-3-030-11795-5_125-1

Arias López, B., Bliesemann de Guevara, B., & Coral Velásquez, L. (2020). Textile-Making as Research Method. En V. G. Richmond O., The Palgrave Encyclopedia of Peace and Conflict Studies. Cham: Palgrave Macmillan. doi:http://doi-org-443.webvpn.fjmu.edu.cn/10.1007/978-3-030-11795-5_147-1

Arias López, B., Andrä, C., & Bliesemann de Guevara, B. (2020). Reflexivity in Research Teams Through Narrative and Textile Practice. Qualitative Research (en evaluación).

Arias López, B. (2013). Care and social suffering: nursing within contexts of political violence. Invest y Educ Enferm., 31(1), 125-132.

Arias López, B. E. (2015). Vida cotidiana y conflcito armado en Colombia: los aportes de la experiencia campesina para un cuidado creativo. Aquichan, 15(2), 239-252. doi:10.5294/aqui.2015.15.2.8

Arias López, B. E. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. Rev Univ Ind Santander Salud, 46(2), 232-239. doi:http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008

Arias López, B. E. (2017). Entre-tejidos y Redes. Recursos estratégicos de cuidado de la vida y promoción de la salud mental en contextos de sufrimiento social. Prospectiva, 23, 51-72. doi:https://doi.org/10.25100/prts.v0i23.4586

Arias López, B. E. (2018). Subjects suffering in resistance: an approach to the subjectivities of the Colombian armed conflict. Social Medicine, 12(1), 38-45. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/330544845 Subjects suffering in resistance an approach to the s

Arias López, B. E. (2019). Hilos, nudos y voces para la investigación y el cuidado en contextos de sufrimiento social. Revista Facultad Nacional De Salud Pública, 37 (fasc.), p.42 - 46

Arias López, B. E., Bliesemann de Guevara, B., & Coral, L. (2020). (Des) tejiendo miradas: hilar, bordar y remendar la reconciliación en Colombia. Medellín: Periferia.

Arias López, B. E., Valderrama, M., Coral, L., & Parra, E. (2019). Construir territorios: Entramados comunitarios, soberanía y salud mental de mujeres campesinas en tres regiones de Colombia 2016-2018. En F. d.

Universidad Mariana, Humanización del cuidado de enfermeria (págs. 237-249). Pasto: Unimariana.

Arnold, D., & Espejo, E. (2013). El textil tridimensional: la naturaleza del tejido como objeto y como sujeto. La Paz: Fundación Albó, Fundación Interamericana e Instituto de Lengua y Cultura Aymara.

Arrizabalaga, J. (2019). El lenguaje de las emociones en las narrativas humanitarias durante la segunda guerra carlista (1872-1876). Revista de Lexicografía, 25, 115-129. doi:https://doi.org/10.17979/rlex.2019.25.0.5990

Bacic, R. (2008). Arpilleras que claman, cantan, denuncian e interpelan. Hechos del callejón, 42, 20-22.

Biley, F., Galvin, K. (2007). Lifeworld, the arts and mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 800–807.

Colliere, M. F. (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Mc Graw Hill.

Cardona, D., Restrepo, N., & Arias López, B. (2017). Significado de la salud mental para un grupo de mujeres en contextos de violencia política, Antioquia, 2015-2016. Cultura del Cuidado, 14(1), 16 – 29.

El Retorno, P. (Dirección). (2014). San Francisco tiene memoria [Película]. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v= 6cfKxMUARM&t=23s

Galeano, E. (1992). Ser como ellos y otros artículos. Madrid: Siglo XXI Editores.

Hacking, S., Secker, J., Spandler, H., Kent, L., Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. Health and Social Care in the Community, 16(6), 638-648.

Heather, L., Stuckey, D., & Nobel, J. (2010). The Connection Between Art, Healing,

and Public Health: A Review of Current Literature. Am J Public Health., 100(2), 254–263.

Heller, A. (1994). Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Nova Grafic.

Huss, E., Sarid, O. & Cwikel, J. (2010). Using art as self-regulating tool in a warsituation: a model for social workers. Health and Social Work, 35(3), 201-209.

Miller, K., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. SocSci Med, 70(1), 7-16.

Kirmayer, L. (2006). Psychology and the Ironies of Globalization. Transcultural Psychiatry, 43(1), 126 -144.

Kopitoff, I. (1986). La biografía cultural de las cosas: la mercantilización como proceso. En A. Appadurai, La vida social de las cosas (págs. 89-122). Mexico: Grijalbo.

Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18, 501–509.

Martin Baró, I. (1984). Guerra y Salud mental. Estudios Centroamericanos, 429-430, 503-514.

Meleis, A. (2012). Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Museo de Antioquia, (Dirección). (2016). La Vida que se Teje: Tejidos por la memoria en América Latina [Película]. Obtenido de https://vimeo.com/166271848

Ortega, F. (2008). Rehabitar la cotidianidad. En F. Ortega, & V. Das, Sujetos del

dolor, agentes de dignidad (págs. 15-69). Bogotá: U Nacional , Pontificia Universidad Javeriana.

Pedersen, D. (2010). Secuelas de la pobreza, el racismo y la violencia organizada entre los pueblos indoamericanos. En Curso internacional sobre violencia y su impacto en la salud (págs. 1-28). Lima: Academia Nacional de Medicina.

Piazzini, C. (2004). Los estudios socioespaciales: hacía una agenda de investigacióntransdisciplinaria. Regiones, 2(2), 151 - 172.

Restrepo Toro, J. D. (18 de Abril de 2018). Tejidos, lenguaje de paz. Obtenido de Hacemos memoria: http://hacemosmemoria.org/2018/04/25/tejidos-lenguaje-de-paz/

Riaño, P., Lacy, D & Agudelo, L. (2003). Arte, memoria y violencia. Reflexiones sobre la ciudad. Medellín: Corporación Región.

Rojas, M. (2018). Aprestamiento en Narrativas Textiles. Zaragoza: Sin dato.

Salgado, C. (2010). Procesos de desvalorización del campesinado y antidemocracia en el campo colombiano. En J. Forero, El Campesino Colombiano. Entre el protagonismo económico y el desconocimiento de la sociedad (págs. 15-29). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Serje, M. (2013). El mito de la ausencia del Estado: la incorporación económica de las "zonas de frontera" en Colombia. Cahiers des Amériques latines, 95-117. doi:10.4000/cal.2679

Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. British Medical Journal, 321 (7255), 232-235.

Ulster, U. (2008). Conflict textiles. Obtenido de: Conflict Archive on the Internet https://cain.ulster.ac.uk/conflicttextiles/

Uribe, M. (2001). Nación, ciudadano, soberano. Medellín: Corporación Región.

Veltmeyer, H. (2010). Una sinopsis de la idea de desarrollo. Migración y desarrollo, 8(14), 9-34. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992010000100002

Villegas, L. (2001). Estado del arte de los estudios sobre localidades y violencia. En P. Angarita, Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia (págs. 140-162). Medellín: Universidad de Antioquia.

Young, A & Breslau, N. (2007). Troublesome memories: Reflections on the future. Anxiety Disord, 21, 230-232.

ACTIVOS DE SALUD PARA EL BIENESTAR Y BUEN VIVIR

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA
PABLO SAINZ-RUIZ

BIENESTAR Y BUEN VIVIR DESDE LA PERSPECTIVA SALUTOGÉNICA: CONTINUUM DE SALUD Y SENTIDO DE COHERENCIA

Aaron Antonovsky (1979), autor de la Teoría de la Salutogénesis, niega que los modelos patogénicos puedan entender el misterio de por qué y cómo algunas personas se mantienen sanas. Según refiere, los sistemas sanitarios tradicionalmente biomédico-paternalistas, cimentados sobre dicho enfoque patogénico, tienen como núcleo central de atención, la enfermedad, sus causas y factores de riesgo, así como las necesidades o problemas, (Martínez Roa, 2015). En contraposición, surge la perspectiva centrada en lo que produce salud en las personas y comunidades (según el neologismo de forma "salutogénesis") y en las habilidades individuales y recursos de la comunidad que les ayuda a avanzar hacia el extremo de la salud y calidad de vida en el *health ease/dis-ease continuum*[1]. En palabras de Mathie y Cunningham, la orientación salutogénica presupone dejar de ver la salud como un fin último para entenderla como un recurso de la vida cotidiana y un medio para lograr el completo estado de bienestar (Jakes, Hardison-Moody, Bosen, Blevins, 2015; Erikson. 2010).

La Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky representa el inicio de un amplio marco de modelos y teorías («paraguas salutogénico») que exploran la salud en términos positivos desplazando el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción (Pasarín y Díez. 2013). La salud es comúnmente definida como un estado de total bienestar físico, psicológico y social. Si bien Antonovky cuestiona el acercamiento que se le está dando a ambos conceptos bienestar y salud, por tratarse el primero de un concepto cargado de moral, que no siempre tiene que ver con aquello que da salud. En su teoría salutogénica, incide en que la dimensión de la salud es un

[1]En contraposición con la clasificación dicotómica de la población -en sana o enferma- propia de la orientación patogénica, Aaron Antonovsky (1996) propone un continuum «facilidad/no facilidad para la salud», también denominado: *"breakdown continuum"*.

continuum más entre otros tantos que conforman el constructo de bienestar. En ese sentido cabe destacar la definición que sobre la salud hizo Jordi Gol (citado por Borrell-Carrio, (2005 y que expresaba como "aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y es feliz"(parr.2), concepto que se acerca más a una realidad dinámica, diversa y multicultural, que encaja mucho más con el concepto de buen vivir que según Macas es "la vida en excelencia material y espiritual, la magnificencia y lo sublime expresado en la armonía, en el equilibrio interno y externo de una comunidad" (Macas, 2010, p 452).

En el trasfondo ontológico de la salutogénesis se entiende que el ser humano es único y multidimensional, un ser inherentemente defectuoso con tendencia a la salud, en interacción constante con su entorno, influyendo en él, y a su vez, siendo influenciado, y donde la entropía es la norma y no la excepción en la vida cotidiana. De esta manera, la salutogénesis considera que la persona, inmersa en un proceso inestable y de constante cambio con tendencia al caos, precisa de estrategias y recursos para poder responder activamente a las nuevas experiencias de vida y adaptarse a los cambios acaecidos, manteniendo o mejorando así su estado de salud y buen vivir (Antonovsky,1987; 1993; 199; Hernán, Morgan, Mena, 2010; Arteaga Cruz, 2017).

En un punto dado del *health ease/dis - ease continuum,* los determinantes de la salud, incluidos los factores idiosincráticos particulares, el contexto socio-cultural e histórico, económico e incluso el azar, actúan como estímulos de las nuevas situaciones de vida que ha de afrontar la persona (figura 1) A). Estos estímulos serán percibidos o no como estresores (B) y conducirán a una posición más o menos favorable en el continuum según la disponibilidad de los llamados Recursos Generales de Resistencia (en inglés GRRs: *Generalized Resistance Resources*) (C). Todo ello conduce a un conjunto de experiencias de

vida (D) que permiten afrontar adecuadamente nuevas situaciones, conformando nuestro Sentido de Coherencia (SOC) (E), y avanzando en nuestro estado de salud (F) (Sainz Ruiz, Martínez-Riera, 2020).

Si entendemos la figura 1 como un proceso cíclico, tanto la posición en el continuum como nuestro SOC condicionarán, a su vez, nuestra percepción de los estímulos como estresores o factores protectores. Todo dependerá del nivel de SOC que tenga la persona o la comunidad:

Figura 1.
Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky

Para Antonovsky (1996), el SOC es nuestra forma de mirar el mundo, o la conciencia que tenemos de nosotros mismos, y según Lindström y Eriksson (2005), debe entenderse como una orientación a la vida, una "forma de pensar, de ser y de ponerse en acción como ser humano y que lleva a las personas a identificar, usar y reutilizar los recursos a su disposición" (Linndstöm y Eriksson, 2011; 2005). El SOC, que ha sido llevado a escala por medio del Cuestionario de

Orientación Ante la Vida (OLQ), traducida y validada transculturalmente en más de treinta idiomas, se ha relacionado con sentimientos de optimismo, fortaleza, control o capacidad de afrontamiento, así como un determinante de la calidad de vida y el desarrollo saludable individual, físico y mental (Fernández Martínez, 2007; Eriksson y Linndström, 2008, 2010).

Es por ello que existe una interrelación entre conceptos como «salud», «recursos», «bienestar o «entornos saludables», y el enfoque de "health assets" hace que influya sobre ellos. Así bien, en la Carta de Ottawa (OMS 1986) quedaron definidas cinco grandes líneas de acción: la reorientación del sistema de salud, la elaboración de una política pública saludable, la creación de ambientes favorables, el desarrollo de las aptitudes personales, y el fortalecimiento de la acción comunitaria.

«HEALTH ASSETS» COMO FORTALEZAS DEL INDIVIDUO Y RECURSOS DE ENTORNOS SALUDABLES

Antonovsky define por primera vez los GRR como: "cualquier característica de una persona, grupo, medio o contexto, que puede facilitar un efectivo manejo de la tensión", y los clasifica en varias categorías: recursos físicos, bioquímicos, materiales, cognitivo-emocionales, valuativo-actitudinales, interpersonal-relacionales y macrosocioculturales (Antonovsky 1987) La definición de Antonovsky guarda relación o es premisa de lo que posteriormente Morgan y Ziglio (2007) en su "Modelo de Activos" introducirían conceptualmente como health assets o activos en salud, que definen como "cualquier factor o recurso que mejora la habilidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la

salud y el bienestar y ayudar a reducir las inequidades en salud" (Brooks, Michaelson, King, Inchley, Pickett, 2018; Sáinz Ruiz, Sanz Valero, Martínez-Riera, 2021).

En este punto, los activos en salud otorgan una mirada no solo centrada en los "factores de protección", como fortalezas intrapersonales o estrategias que previenen a la comunidad de enfermar, sino contemplar también el capital (construido, natural, social, político, y financiero) del territorio, o todo aquello que la comunidad identifica como propio y con potencial beneficio para su convivencia, desarrollo y salud y, por tanto, para su buen vivir. Así, estos "factores promotores" también se refieren a lugares físicos, instituciones u organizaciones, relaciones y sistemas de co-producción, relatos e historias (Brooks, et al. 2018; Sáinz Ruiz, et al. 2021; O'Connor, Alfrey, Hall, Burke G, 2019; Häggström Westberg et al 2017).

Por un lado es notable la gran cantidad de literatura que ha centrado sus esfuerzos en identificar y estudiar los activos individuales o los factores sobresalientes que contribuyen al bienestar general y resolver de forma exitosa los desafíos y factores estresantes personales, particularmente de la primera infancia o la adolescencia ya que es en esta etapa de la vida donde se producen los cambios cognitivos, sociales, emocionales y biológicos que sientan las bases para el desarrollo en la adolescencia y la edad adulta (Brooks et al., 2018; Sáinz Ruiz, et al. 2021; O'Connor , Alfrey, Hall, Burke , 2019) . En este sentido, emerge con fuerza el concepto relativamente nuevo de *"developmental assets"* pudiéndose deducir una estrecha analogía con los GRR de Antonovsky y su interés por el desarrollo del SOC a temprana edad (Sáinz Ruiz, et al., 2021). Diferentes autores coinciden en discernir de los *developmental assets* entre, las características a nivel del individuo, los atributos positivos o "fortalezas y

virtudes del carácter", abarcando conceptos como la resiliencia, las habilidades de resolución de problemas o de búsqueda de apoyo, la autoestima o autoeficacia, e incluso el sentido de significado de uno mismo y las aspiraciones futuras. Y por otro lado, los autores destacan los atributos «externos» a su yo mismo y que tienen que ver con la conectividad o socialización con otros (Sáinz Ruiz, e al., 2021).

Con un enfoque más práctico, autores como Kretzmann y McKnight (1993) importan el concepto de activos a la comunidad, en una perspectiva mucho más cercana al desarrollo social y económico del territorio, su capital físico-construido y también cultural. Desarrollo, sostenibilidad y salud, son conceptos que cada vez se observan más interrelacionados desde el enfoque positivo de diversas disciplinas. La propia Organización Mundial de Salud además de entender la salud como un insumo importante para el desarrollo sostenible, también recoge que la sostenibilidad es, en todos sus niveles y organizaciones, garante de una mejor salud pública actual y determinante para futuras generaciones (Evans, Hills, Orme, 2012).

Una parte significativa de la literatura sobre el diseño de entornos urbanos sostenibles, o la planificación de vecindarios y comunidades promotoras de la salud y buen vivir, hace referencia o estudia el capital construido, recogiendo valores como la conectividad o la caminabilidad, el diseño de los recursos que mejoran nuestra percepción y disfrute de los mismos, e incluso el capital financiero en referencia a la distribución de los recursos con equidad, diversa y saludable medio-ambientalmente. El enfoque de activos y las metodologías desarrolladas para su mapeo, constituyen una base teórica y práctica cardinal en el desarrollo de entornos saludables («ciudades saludables», «universidades saludables», etc.), y la comunidad es el medio en el que se debe

llevar a cabo este proceso, y quien debe asumir el papel protagonista en la identificación de sus propios recursos (Kretzmann, McKnight, 1996; Pérez-Wilson, Alvárez-Dardet, Ruiz Cantero, Martínez-Riera, Carrasco -Portiño, 2019).

MAPEO Y RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS PARA MEJORAR EL CAPITAL SOCIAL Y BIENESTAR DE LA COMUNIDAD

La teoría del Interaccionismo Simbólico postula que los seres humanos actúan con las cosas según el concepto que éstas tienen para ellos (Carabaña Morales, Lamo de Espinosa, 1978). A partir de esta proposición, parece razonable pensar que la identificación de activos en una comunidad es un proceso que debe darse en la propia comunidad y los resultados dependerán de las distintas características individuales y la interpretación que cada persona haga de conceptos como salud-bienestar o activos de salud y, por qué no, del buen vivir.

A partir de la aportación seminal de Kretzmann y McKnight (1993) sobre *asset mapping,* Risler y Ares (2013) conciben el "mapeo de activos" como un proceso de documentación de los recursos tanto tangibles como intangibles que están disponibles en una comunidad (Kramer, Amos, Lazarus, Seedat, 2012).

Ahora bien, la elaboración del mapa no debe entenderse como fin en sí mismo ni como un mero inventario de recursos, sino como un medio de comunicación, algo parecido a un lenguaje que permite revelar lo que no es reconocido en las percepciones individuales de los habitantes. Se trata de una estrategia narrativa y un medio para la reflexión, que por sí solo no produce transformaciones, pero su elaboración conjunta, facilitará la confección de una red comunitaria, la socialización de saberes y prácticas, o el intercambio de apoyos que potenciarán el sentido de pertenencia del individuo (Kretzmann,

McKnight, 1996; Risler, Ares, 2013). Es una herramienta clave para involucrar a colectivos marginados y/o vulnerados y descubrir potencialidades ocultas o no reconocidas de la comunidad que pueden ayudar a crear un camino colectivo que garantice un buen vivir generalizado y su mantenimiento en el tiempo (Pánek, 2015).

De acuerdo con Kretzmann y McKnigh (1996) el mapeo de activos debe tener lugar dentro de un proceso más amplio de movilización de la comunidad, que ha de realizarse de forma sistematizada según distintas fases que se resumen en: la constitución de un grupo motor de todo el proceso, la elaboración de un primer diagnóstico de salud del territorio, que servirá de guía de la fase de mapeo de activos con los que cuenta la comunidad, para posteriormente conectarlos con las necesidades o problemas y planificar estrategias de difusión y acción (Mittelmark, Sagy, et al 2017; Hernán, Morgan, Mena 2010; Botello, et al., 2013; Cubillo-Llanes, et al., 2018).

Para llevar a cabo el trabajo de campo del mapeo, es habitual hacer uso de técnicas cualitativas que permiten descubrir la realidad a través de la triangulación de diferentes fuentes de información narrativa u observacional de la realidad percibida por las personas o colectivos. Las técnicas cualitativas más utilizadas en el proceso de mapeo son: el uso de mapas mudos o Gymkhana-mapeo para la identificación de recursos; las entrevistas en profundidad (libres o semiestructuradas); grupos focales o grupos de discusión para conversar bajo un guion o de manera más informal ("tertulias de café"); la metodología de *photo-voice,* entendida como la toma de conciencia de la comunidad a través de la reflexión y discusión de las fotografías de la comunidad; la elaboración de sociogramas (elaboración gráfica colectiva de la red de relaciones sociales entre los actores vinculados a un tema-problema); o la investigación narrativa o

storytelling sobre experiencias de vida (Botello et al., 2013; Cubillo-Lanes et al., 2019; López-Sánchez et al., 2018).

En la práctica asistencial, los profesionales de la salud como las enfermeras comunitarias han observado que no es posible conseguir elevados niveles de salud únicamente tratando los trastornos agudos y visibles en la superficie del iceberg. Para personas con factores de riesgo de tipo psicosocial, hiper-frecuentadores del sistema sanitario, o que se niegan a los tratamientos farmacológicos, se propone la llamada prescripción social o derivación a la comunidad (Capella González, et al., 2016). Algunos autores prefieren hablar de "recomendación de activos a la comunidad" para evitar el enfoque sanitario-paternalista de la palabra «prescripción» (López-Sánchez, et al., 2018).

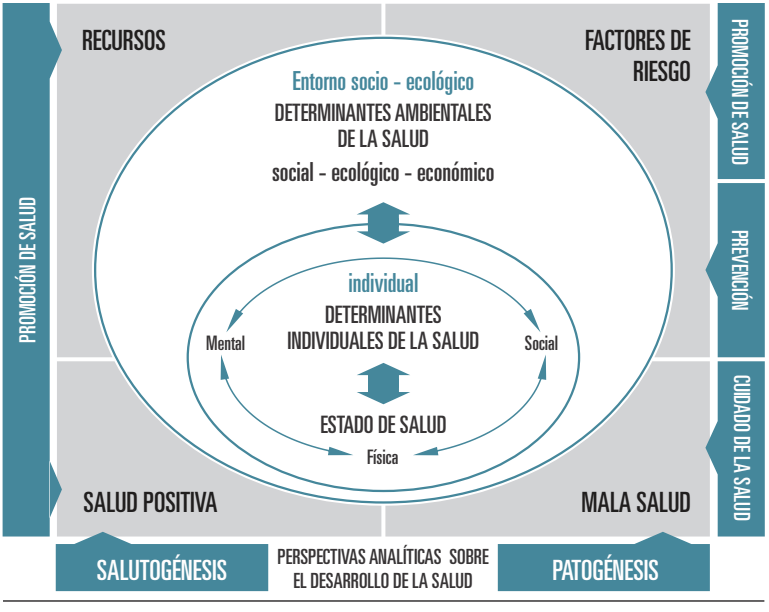
La recomendación de activos es un proceso por el cual los profesionales de la salud consensuan con las personas su participación en determinadas actividades comunitarias o el uso de activos concretos, para ayudarles a adquirir hábitos saludables, llevar una vida más activa y mejorar su conexión social (Capella González, et al., 2016).

Hay cada vez mayor cantidad de literatura que demuestra que la recomendación de activos es una estrategia terapéutica que se relaciona con una mejora del estado de ánimo y la calidad de vida de las personas, reduciéndose las percepciones de ansiedad o depresión, aislamiento social y soledad (López-Sánchez, et al. 2018; Capella González, et al., 2016; Kimberlee R, 2015). También se asocia a mejorías en la autoestima y la motivación, en la autoeficacia y habilidades de comunicación, incluso en la adquisición de nuevos aprendizajes e intereses (Thomson y Camic, 2015).

En adición a todo lo anterior, constatar que el análisis de determinantes de la salud pública por medio de indicadores salutogénicos, permitirá establecer

estrategias más cercanas a la creación de entornos saludables y espacios para el buen vivir general de la comunidad. Trabajos en este sentido son por ejemplo la Escala de Valoración y Priorización de Activos Para la Salud de Sáinz-Ruiz, Martínez-Riera y Sánz-Valero (2021) que podría enmarcarse en el "Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID" (figura 2), que tiene tres objetivos principales: por un lado proporcionar una justificación clara para seleccionar, organizar e interpretar los indicadores de promoción de la salud (sistema de clasificación); en segundo lugar, trasladar dicho enfoque a la comunidad (herramienta de promoción); y también desarrollar un marco de referencia común para los campos de promoción de la salud y salud pública que muestre su interrelación (herramienta de diálogo) (Mittelmark, et al., 2017; Bauer, Davies, Pelikan, 2006).

Figura 2.
Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Antonovsky A.(1993) Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. Sot Sci Med. ;31(8):969-981.

Antonovsky A. (1979). Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental |and Physical Well-Being. 3ª ed. San Francisco. EE.UU. Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996; 11(1):11-18.

Antonovsky A.(1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco. EE.UU. Jossey-Bass Publishers.

Arteaga-Cruz EL. Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. Saúde debate [Internet]. 2017;41(114):907-919. doi: 10.1590/0103-1104201711419.

Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. Health Promot Int. 2006;21(2),153-9. doi:10.1093/heapro/dak002

Borrell-Carrió, F. (2005) Médico de personas. Jordi Gol i Gurina, 1924-1985, in memoriam. Aten Primaria. 2005; 35(7):339-41

Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al.(2013) Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit. 2013; 27(2):180–183.

Brooks F, Michaelson V, King N, Inchley J, Pickett W. (2018). Spirituality as a protective health asset for young people: an international comparative analysis from three countries. Int J Public Health. 2018; 63(3),387-95. Doi: 10.1007/s00038-017-1070-6

Capella González J, Braddick F, Schwartz Fields H, Segura García L, Colom Farran J. Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. Comunidad. 2016; 2(18):1-7.

Carabaña Morales J, Lamo de Espinosa E. (1978). La Teoría Social del Interaccionismo Simbólico. Reis. 1978;1(1),159-204. doi: 10.2307/40176726

Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud.(1996). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986

Cubillo-Llanes J, Botello-Díaz B, Gea-Caballero V, March S, Segura-Benedicto A, Hernán-García M. (2018). Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32(S1):98–102.

Cubillo-Llanes J, García Blanco D, Cofiño R, Hernán-García M.(2019) Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC. 2019; 26:18-26.

Eriksson M, Lindström B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008; 23, 190-9. doi:10.1093/heapro/dan014

Eriksson M, Lindström B.(2010) Bringing it all together: The salutogenic response to some of the most pertinent public health dilemas. En: Morgan A, Favies M, Ziglio E. editores. Health Assets in a Global Context: theory, methods, action. Nueva York, Estados Unidos: Springer; 2010. p. 339-51. doi: 10.1007/978-1-4419-5921-8

Eriksson M. (2010) The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. En: Mittelmark M B, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM,

Lindström B, et al. editores. The Handbook of Salutogenesis. Springer; 2010. p. 91-96.

Evans S, Hills S, Orme J.(2012). Doing more for less? Developing sustainable systems of social care in the context of climate change and public spending cuts. Br J Soc Work. 2012; 42(4),744-64. doi: 10.1093/bjsw/bcr108

Fernández Martínez ME.(2007). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional [tesis doctoral]. León, España: Universidad de León; 2007. doi: 10.2307/2136404

Häggström Westberg K, Wilhsson M, Svedberg P, Nygren JM, Morgan A, et al.(2017). Optimism as a Candidate Health Asset: Exploring Its Links With Adolescent Quality of Life in Sweden. Child Dev. 2017; 90(3),970-84. doi: 10.1111/cdev.12958

Hernán M, Morgan A, Mena AL. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

Jakes S, Hardison-Moody A, Bowen S, Blevins J. (2015). Engaging community change: the critical role of values in asset mapping. Community Development. 2015;46(4):392-406.

Kimberlee R.(2015). What is social prescribing? Advances in social sciences research journal. 2015;2(1):102-110.

Kramer S, Amos T, Lazarus S, Seedat M.(2012). The philosophical assumptions, utility and challenges of asset mapping approaches to community engagement. J Psychol Afr. 2012;22(4):537–546.

Kretzmann J, McKnight JP.(1996). Assets based community development. Natl Civ Rev. I996;85(4):23-29.

Kretzmann JP, McKnight JL.(1993) Building Communities from the Inside Out: A path toward finding and mobilizing a community's assets. Evanston, Estados Unidos: School of Education and Social Policy Northwestern University; 1993. 376 p.

Lindström B, Eriksson M.(2011). Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2011.

Lindström B, Eriksson M. (2005) Salutogenesis. J Epidemiol Community Health. (2005); 59: 440-442.

López S, Suárez O, Cofiño R.(2018). Guía ampliada para la recomendación de activos ("prescripción social") en el sistema sanitario. Oviedo: Principado de Asturias; 2018.

López-Sánchez MP, Alberich T, Aviñó D, Francés García F, Ruiz-Azarola A, Villasante T.(2018) Herrramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32(S1): 32 - 40.

Macas, L. (2010). Sumak Kawasay; la vida en plenitud. América Latina en Movimiento. Quito, 2010;452: 14-16.

Martínez Roa C, Manchón López L, Fernández López MD, Maynar Mariño MA, González Conde G, Maynar Mariño I.(2015) Metodología para realizar un análisis de situación de salud participado. Revista comunidad. Comunidad. 2015 17(2):8

Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al.(2017). The Handbook of Salutogenesis. Cham, Suiza: Springer; 2017. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435831/

Morgan A, Ziglio E.(2007). Revitalising the evidence base for public health: An assest model. Promot Educ. 2007;14(s2),17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x

O'Connor JP, Alfrey L, Hall C, Burke G.(2019). Intergenerational understandings of personal, social and community assets for health. Health Place. 2019;57,218-27. doi: 10.1016/j.healthplace.2019.05.004

Pánek J. ARAMANI (2015)- Decision-support tool for selecting optimal participatory mapping method. Cartogr J. 2015;52:2:107-113

Pasarín MI, Díez E.(2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. Gac Sanit. 2013; 27(6): 477-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.10.001

Pérez-Wilson P, Álvarez-Dardet C, Mar Ruiz Cantero MT, Martínez-Riera JR, Carrasco-Portiño M. (2019). Desarrollo del sentido de comunidad: una propuesta para las universidades promotoras de la salud. Glob Health Promot 1757-9759.2019;27(3):236-9. doi:10.1177/1757975919859572

Risler J, Ares P.(2013). Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires: Tinta Limón, 2013.

Sáinz-Ruiz PA, Martínez-Riera JR.(2020). Salutogénesis. En: Martínez-Riera JR, del Pino Casado R. editores. Manual práctico de Enfermería Comunitaria. 2th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2020. p. 606-9.

Sáinz-Ruiz PA, Sanz-Valero J, Martínez-Riera JR.(2021). Identificación y Valoración de Activos para la Salud: Análisis Epistemológico y Modelo de Medición. [tesis doctoral]. Alicante (España). Universidad de Alicante; 2021. 620 p.

Thomson LJ, Camic PM, Chatterjee HJ. (2015). Social prescribing: a review of community referral schemes. 2015. London: University College London

CAPÍTULO XV

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD/DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD: TENSIÓN EPISTEMICA Y ETICO POLÍTICA

ALEX NAHUEL FRANCO- SILVIA NOEMÍ CÁRCAMO

DETERMINANTES SOCIALES: UNA PRECISIÓN FLUCTUANTE DE UN TÉRMINO COMPLEJO

Partiendo de la noción que señala que la salud es un fenómeno complejo antes que la mera ausencia de enfermedad, emerge la necesidad de instalar una comprensión sobre los componentes de la complejidad sugerida. En la perspectiva de resolver esta demanda, consideramos oportuno dar cabida a la exposición, siempre con carácter tentativo, incompleto, de esos elementos que colaboren con la comprensión del fenómeno salud. Es a partir de esta necesidad que apelamos a trabajos de autores asociados al movimiento de Salud Colectiva, que sustenta una perspectiva crítica latinoamericana en torno de la salud pública, para instalar un recorrido de comprensión seminal acerca de nuestro tema. ¿Qué son los determinantes sociales de la salud? ¿Cuáles son? Es importante su construcción, su comprensión, y sus efectos orientadores hacia el planteamiento de análisis y respuestas para los problemas sanitarios, en sentido amplio, que están instalados en las cotidianidades de nuestras sociedades. Tomamos entonces, en principio, a efectos de instalar una precisión problemática (como todo constructo social), trabajos de Giovanni Berlinguer y de Roberto Castro para ingresar en el núcleo que nos convoca. Luego trabajamos sobre el Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, encargado por la OMS, y lo comparamos con la perspectiva de un epidemiólogo con enfoque crítico, Jaime Breilh. Finalmente planteamos la postura de La Teoría de Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar en relación a la temática convocante.

Iniciamos con la intencionalidad historicista y agilidad expositiva de Berlinguer (2007) que traza un rápido recorrido por dos aspectos del fenómeno de la salud de la población. Primero, las inquietudes acerca de las relaciones entre condiciones de vida y enfermedades que recorrieron el pensamiento de

precursores de la medicina social en la Europa del siglo XIX. Menciona los trabajos de Villermé (Francia), Virchow (Prusia), Chadwick (Gran Bretaña), desarrollados en el contexto de la primera revolución industrial, y de variadas revoluciones políticas, alrededor de los efectos de dichos cambios económico-políticos sobre la salud de la población, en la consideración de diversas variables como las condiciones de vivienda, aireación, acceso al agua potable, alimentación, trabajo, entre otras, dentro de lo que hoy podemos llamar epidemiología miasmática, heredera moderna de la clásica perspectiva de interinfluencia del ambiente/entorno sobre los humores del cuerpo (Urquía, 2019). En segundo término, Berlinguer focaliza sobre las respuestas sociales ante dichos cambios económicos, políticos y sociales.

Estas respuestas conforman un conjunto de acciones que el autor enlista. Menciona el origen de diversas actividades: de las investigaciones sociales e inspecciones públicas acerca de esta problemática, de los movimientos humanitarios, de la gestación y puesta en práctica de las huelgas modernas de los trabajadores, de la discusión y primeros consensos sobre contratos de trabajo colectivo y sobre las leyes que regulen el trabajo de mujeres y de niños. Señala que todas estas acciones pusieron freno a la tendencia industrialista y despreocupada por las condiciones de vida, y destaca que fueron promovidas por diversos actores sociales (gremios, sindicatos, partidos socialistas, otras diversas asociaciones, con trasfondo religioso o de derechos). Aquí tenemos ya instalado dos ejes que Berlinguer, como integrante de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS, inscribirá explícitamente en el Informe Final y que analizaremos con más detalle en el próximo apartado, pero que ahora anticipamos someramente: 1) el conjunto de actores sociales (con sus diversos ejes de asociaciones civiles, asociaciones

privadas o sector empresarial, autoridades nacionales y locales o sector político, OMS o sectores académicos); 2) la gobernanza participativa como modo de interacción entre la diversidad de actores. A partir de esta base tenemos señalado el rumbo para la visibilización y la instalación, de los diversos factores que conforman los determinantes sociales de la salud, un conjunto de variables que exceden por mucho la noción que señala que la medicina y los servicios de salud son las variables principales que influyen sobre la salud de la población. Señala el autor que la salud emerge de la interrelación de las "condiciones sociales y económicas en que vive la gente". Y enumera varias de ellas:

> la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social. (Berlinguer: 2007, p. 8)

Más adelante, y enfatizando que son extraídas de una experiencia de salud pública de un país europeo (Suecia), emerge otro conjunto de categorías interpretativas en el marco de la dimensión social de la salud que orientan un conjunto de políticas públicas en salud en la fijación de 11 objetivos a alcanzar. Estos objetivos son:

1. La participación del público y su influencia en la

> sociedad. 2. Seguridad económica y social. 3. Condiciones favorables durante la infancia y la adolescencia. 4. Una vida laboral saludable. 5. Medioambiente y productos saludables y seguros. 6. Sistema de salud que promueva una buena salud. 7. Protección efectiva contra enfermedades infecciosas. 8. Sexo seguro y salud reproductiva. 9. Más ejercicio físico. 10. Hábitos saludables de nutrición y comida segura. 11. Menor uso de alcohol y tabaco y liberación de las drogas. (Berlinguer: 2007, p. 12).

Tenemos aquí, entonces, una idea general, un esquema acerca de la complejidad que está inserta en la noción de determinantes. Rescatamos estas enumeraciones, también, con el propósito de instalar la necesidad de contextualizar su emergencia, su génesis. Se trata de enumeraciones de variables sociales de la salud construidas por el pensamiento sanitario europeo, tanto en el plano académico, como en el de políticas públicas y, sobre todo, en el plano de actuación de los grupos sociales. ¿Son homologables, y si lo fueran en cuáles medidas, las prácticas histórico sociales, políticas, académicas, empresariales de las naciones centrales al de las prácticas histórico sociales, políticas, académicas, empresariales de las naciones periféricas? ¿Son replicables a cualquier sociedad las soluciones acuñadas por sociedades que ocupan el centro del modelo de acumulación de capital y desarrollo tecno científico industrial de nuestra era moderna y, ahora, globalizada? ¿Sigue vigente la instalada relación de dependencia tecnológica entre centro y periferia? Y apelando a la revisión de nuestras historias latinoamericanas, ¿acaso las prácticas de negociaciones, de luchas, de enfrentamientos, de asociacionismos,

de diseño de políticas, de generación de riquezas, de victorias y de derrotas, no son parte del acervo de la memoria del desarrollo de las sociedades y los sujetos en nuestros países latinoamericanos? Estas disputas de sentido, de pensamiento y de acción social sobre los determinantes sociales de la salud, impregna la construcción del documento del Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, encargado por la OMS, y sobre el cual Breilh señalará discrepancias. Tanto el texto de Berlinguer analizado, como el documento de la OMS, son producidos en el segundo quinquenio de la primera década del siglo XXI. Pero esto será problematizado en el próximo apartado.

Siguiendo con el análisis de la construcción de la noción de los determinantes sociales (ddss), tomamos un trabajo de Roberto Castro, Teoría social y Salud, cap.2 (2019), en donde plantea dos grandes consideraciones que, a nuestro juicio, colaboran con la ampliación y propuesta de esclarecimiento (tentativo) acerca del desarrollo de este constructo. En primer lugar, Castro señala que las ciencias sociales y las ciencias de la salud, a partir de su configuración moderna en el siglo XVIII europeo, comparten más parentescos que distancias, seguido de un período en que se instaló un proceso de diferenciación de sus respectivos objetos de estudio para iniciar, desde mediados del siglo XX, una nueva confluencia que deriva en la construcción de este nuevo objeto de estudio que aquí consideramos como determinantes sociales de la enfermedad y de la salud. En segundo término, propone tres aproximaciones o modos de comprender la noción en cuestión. La llama: 1) enfoque clásico o de jerarquización de los determinantes (el nombramiento del objeto), 2) enfoque de negociación o de problematización (la historización del objeto) y, por último, 3) el enfoque reflexivo crítico analítico (crítica de las condiciones de producción del objeto determinante de la salud).

En el primer enfoque, la jerarquización, pauta una lectura de los determinantes como esquema multinivel, en donde se establecen estructuras macro que descienden sobre órdenes psicosociales, análogos a la imagen de las distintas capas de gases que rodean a la tierra (en una lectura ascendente y en distanciamiento desde la superficie hacia el espacio exterior, desde la troposfera, la capa de ozono, la estratosfera, la mesosfera, la termosfera, hasta la exosfera). En este enfoque clásico, en el nivel macro, los dos determinantes son la globalización y el cambio climático como fenómenos humanos que influyen sobre la salud de las poblaciones. En el nivel meso, se encuentran el modo de producción, la clase social, la condición de género. En un tercer nivel encontramos los determinantes de procesos de trabajo y apoyo social. En el plano de los sujetos, se establece el determinante social de estilo de vida. Los niveles no son excluyentes entre sí, y su cabal comprensión demanda la consideración como conjunto. Este esquema introduce un ordenamiento de la interpretación de la complejidad de los fenómenos de la salud y la enfermedad, pero se asienta en la ausencia de problematización acerca de qué se entiende por una y otra. De modo acrítico, la hegemonía del modelo biomédico como estabilizador de la taxonomía interpretativa. (Castro, 2019)

El segundo enfoque se erige a partir de la problematización de las concepciones sobre salud y enfermedad. Aquí se cuestiona cómo, a través de que prácticas académicas e institucionales (de la salud) o de qué prácticas sociales (reglas de convivencia, en un sentido amplio), se elaboran las categorías salud y enfermedad. Señala la importancia de la teoría de la etiquetación, dentro del paradigma construccionista de la realidad, en donde se precisa que la enfermedad y la salud, quienes las significan, e incluso los actores sociales (médicos, legistas, etc.) a quienes se les asigna poder de intervención sobre ellas,

tienen un fuerte componente cultural y social que estabiliza sus diversas acepciones, categorías, nociones, en discursos legitimados, en prácticas profesionales, y que hay "variaciones históricas y sociológicas que deben ser estudiadas científicamente". La estabilización de estas categorías interpretativas, discursos y prácticas "son objetos de lucha" que deben ser estudiadas dado que configuran esquemas de interpretación, asignación de etiquetas, disposición de intervenciones y diversas prácticas producto de luchas de poder en diversos planos. (Castro, 2019, p.49-56). En el tercer enfoque, reflexivo, se señala la tensión entre subordinación y autonomía que, en el campo de las ciencias de la salud, encarnan hoy las diferentes disciplinas sociales y se sugiere la necesidad de cuestionamiento, a partir de esa realidad, acerca de la propia producción, de los propios aportes que haya podido, pueda, podrían elaborar esas disciplinas subordinadas. (Castro, 2019, p.56-58).

La consideración de estos tres enfoques nos permite ampliar críticamente la lectura sobre el modelo general que subyace en la problematización que se hace sobre los determinantes sociales, desde las dos aproximaciones que desarrollamos en el próximo apartado: la que emplea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y la que desarrolla Jaime Breilh.

EL DILEMA DEL TRABAJO SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD: ¿GOBERNANZA PARTICIPATIVA? ¿TRANSFORMACIÓN EMANCIPADORA?

Como señala Dussel en Paizanni (2018), en la era pre conquista colonial de la región que hoy seguimos llamando continente americano, ya se practicaban modos civilizatorios en donde la consideración sobre las condiciones de vida y la

sostenibilidad respetuosa y equilibrada del medio/hábitat, estaban fuertemente instaladas en las organizaciones de la vida social y sus interacciones con el medio/hábitat. Un ejemplo de ello, el concepto de buen vivir, relativo al cuidado de las condiciones de reproductibilidad de la vida humana en el corto, mediano y largo plazo, aunado a una cosmovisión y a una ética social comunitaria que, al antropocentrismo anteponía una visión ecológica imbuida de un deber ser para la comunidad. A esa perspectiva hoy la estaríamos homologando con la consciencia acerca de los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. Y es ineludible señalar su dimensión ético política y epistémica. Por ello, como dijimos antes, proponemos abordar un análisis sobre dos perspectivas actuales en torno de este tema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2005, conforma la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, integrada por diversos profesionales a efectos de fundamentar un conjunto de medidas e intervenciones para facilitar y favorecer la equidad sanitaria. Dicha Comisión presenta un Informe Final (2009) donde despliega el conjunto de datos que pretenden avalar un conjunto de medidas y sugerencias a tal fin. Los términos justicia social, inequidad sanitaria, gradiente social, ya se instalan desde el inicio, en el Resumen analítico del Informe. De hecho, una de sus hipótesis más fuertes señala que a más baja situación socioeconómica, peor estado de salud. En esto consiste la inequidad sanitaria, y puede ser resuelta, o evitarse, mediante "la aplicación de medidas razonables". La equidad es un problema instalado en los países de todo el globo, y los sistemas económicos y políticos son sus influencias cruciales.

Ya en la introducción del Informe Final, entiende a los ddss como a "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,

incluido el sistema de salud", y es importante comprender su dinámica dado que "explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria". Y el organismo también señala, explícitamente, que esas circunstancias que hacen a la vida de las personas "son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas". Permite, esta definición, interpretar el fenómeno de los ddss con su dimensión implícita de conflictos, de luchas, de negociaciones, en la medida que ellos, los ddss, son "el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos", en diferentes niveles de gobernanza, "que depende a su vez de las políticas adoptadas". Las políticas adoptadas no son naturales ni neutrales, no existen sin la intervención de la mano humana. Más bien todo lo contrario. En la misma introducción, destaca explícitamente que "la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política". Y remarca, además, a riesgo de ser redundante, que "las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas". Vale decir, que las políticas adoptadas son resultantes de una dinámica de interacción entre las diversas asociaciones políticas, sociales y económicas que caracterizan la gobernanza de un país, dado que ellas tienen efectos determinantes sobre el crecimiento, y el desarrollo próspero del potencial de los integrantes de una población dada. En su resumen analítico, señala dos grandes dimensiones: los determinantes estructurales, por un lado, y, por otro, las condiciones de vida en su conjunto. Ambas dimensiones son señaladas como el origen, la causa, de la

mayoría de las desigualdades en materia sanitaria entre los diferentes países y aún dentro de cada país. Señala escalas de acción: la mundial, donde se despliegan las profundas desigualdades en lo que se refiere a las relaciones de fuerza y también en los acuerdos económicos, que tienen fuertes efectos en la equidad sanitaria. La de los gobiernos nacionales, la de los gobiernos locales, la de la sociedad civil y de los movimientos sociales. El cambio climático, efecto del modelo de desarrollo hegemónico neoliberal, es un fenómeno que demanda hacerle frente a partir de la puesta en marcha de medidas urgentes, a la luz de la consideración de lograr un equilibrio justo entre las necesidades vinculadas al desarrollo social y económico de la población mundial en su conjunto, que amerita cuestionarse a partir de introducir otro enfoque, un nuevo enfoque de desarrollo, reconsiderado a partir de los efectos que los modos de desarrollo vigentes provocan en la población. Esto instala la necesidad de actuar. Al respecto, se señala que las acciones sobre los determinantes sociales de la salud deberían implicar la participación e interacción entre representantes de poderes públicos, sociedad civil, comunidades locales y sector empresarial, más la constitución de foros y organismos internacionales ad hoc. Subraya que políticas y programas deberían comprometer a los sectores clave de la sociedad, más allá del sector sanitario.

Luego instala tres ejes centrales que son nucleados como principios de acción:

1- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. En este apartado establece cinco ejes: equidad desde el principio, entornos salubres para una población sana, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, atención universal de salud.

2 - Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local. Los ejes en que se desarrolla son: la equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas, financiación equitativa, responsabilidad de mercado, equidad de género, emancipación política e integración y posibilidad de expresarse, una gobernanza mundial

3 - Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto. El eje se despliega en otra sub dimensión: los determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación,

La clave de interjuego, de dinamización entre los tres ejes, es la perspectiva de la gobernanza participativa entendida como el modo general al que deben tender las modalidades particulares de interacción entre los actores involucrados. ¿De cuáles actores estamos hablando, en este interjuego del que emergen los determinantes de la salud? Para la OMS son fácilmente señalables, identificables, y no duda en marcar las diferencias de poder existente entre ellos (2008: 109-167). Los actores son: los organismos multilaterales, la OMS, las autoridades nacionales y locales, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones del sector privado, las instituciones de investigación. A cada una de ellos les caben incumbencias, poderes, recursos, potencialidades, responsabilidades diferenciadas, pero en la participación efectiva de cada una está la clave de corrección de la inequidad instalada. Sin dudas, hay un rol especial que deben asumir las autoridades nacionales y locales. Sin embargo, en la medida en que no haya una participación comprometida por parte de las asociaciones civiles y de las privadas, poco efectivas serán el diseño e intento de

implementación de ningún plan, programa o política que ésta pudiera proponer. El rol especial para las autoridades nacionales y locales está, en términos generales, en dos variantes: 1) arbitrar en la mediación de intereses entre los colectivos de una sociedad, a partir de la consideración de que existe de base una desigual capacidad de negociación entre, por ejemplo, las asociaciones civiles y las asociaciones privadas (estas últimas, con mayor capacidad financiera, con la ética de la ganancia como motor y justificación general de su accionar) , y 2) disponer de los recursos financieros, humanos, tecnológicos para el diseño, la implementación, seguimiento, monitoreo, corrección de los programas de rehabilitación, asistencia, prevención o promoción con el fin de intervenir sobre los determinantes sociales y sus efectos sobre la salud de las poblaciones. El conjunto extenso de intervenciones sugeridas no deja de señalar, las veces que sean necesarias, estas diferencias existentes de capacidad de negociación entre los actores. Es el espíritu del Informe el proponer como meta general, como aspiración, como condición que, de no cumplirse, socavaría las posibilidades de reproducción de la vida humana en el planeta, la instalación progresiva del modo general de gobernanza participativa como el estilo de interacción entre los actores, estilo que, si no está instalado y en funcionamiento, debería ir siendo construido, asumido, practicado, mejorado, incrementado. De allí su llamamiento a la toma de medidas "urgentes".

Para enriquecer, problematizar, comparar, contrastar posicionamientos y elaboraciones en torno del problema de los determinantes, la otra línea en la cual aquí queremos anclarnos es en la propuesta de Jaime Breilh acerca de considerar, antes que determinantes sociales, a la determinación social de la salud como categoría analítica. La noción de determinación social viene siendo trabajada, como señalan Iriart (2002) y Liborio (2013), desde mediados de la

década de los ´70 del siglo XX, en el marco del florecimiento de la medicina social, movimiento crítico de la salud pública desarrollista tradicional y hegemónica que venía gobernando la construcción de políticas sanitarias en el campo de la salud pública. La medicina social se desarrolla considerando la necesidad de incorporar una concepción epidemiológica que se abre a la complejidad de las relaciones de producción, propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determinan la salud, entendiendo que la "epidemiología crítica puede ser un instrumento básico de recuperación ética y de construcción de una nueva politicidad, dos aspectos seriamente menoscabados en medio de un proceso neoliberal cínico y regresivo (Breilh , 2015, p. 31).

Por determinación social de la salud, Casallas Murillo (2017), siguiendo a Breilh, entiende una mirada al objeto salud como proceso histórico, dialéctico, complejo, multidimensional, abordable en tres planos: el general (relativo a lo estructural, a las relaciones macro, incluye modelo de producción y políticas), el particular (plano mediador, relativo a oportunidades de los colectivos según lugar dentro de la sociedad), el singular (relativo a individuos, sus genotipos, fenotipos, sus estilos de vida).

El espíritu de gobernanza participativa flota a lo largo del trabajo de análisis y de las propuestas de intervención que recorre el documento de la OMS. En una perspectiva divergente, Breilh (2013) no separa las dimensiones epistémico políticas, como es inferible en los documentos de OMS, sino que las establece como unidad de posicionamiento de lecturas e interpretaciones sobre la realidad, a la manera en que Kuhn propone entender la noción de paradigma científico, es decir, como matriz de comprensión e interpretación de fenómenos de la realidad histórica y socialmente construida, influida por una constante lucha de intereses de diversos actores en un campo determinado. De entrada Breilh

plantea que el terreno epidemiológico es un terreno donde hay lucha de ideas, disputa sobre cómo hablar de salud y cómo actuar en salud, y esa disputa responde a intereses sociales encontrados, una lucha de poder dentro de una sociedad en donde, con un señalamiento sobre las condiciones de posibilidad para una gobernanza, no hay que perder de vista e implican algo más que una determinación, ubicándola como la imposición de un sistema en donde prevalece la explotación social y de la naturaleza, todo esto con la consecuencia de la reproducción de sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas, y no hay, por tanto, mirada neutra, que no esté atravesada por condiciones de clase, por teoría política, por politicidad, por intereses estratégicos conscientes o no, con la que se construye la imagen sanitaria de la sociedad, y a partir de la cual, con posterioridad, se evaluarán los resultados de políticas aplicadas. Respecto de la gobernanza, no duda en señalarla como preocupaciones burocráticas. El carácter de la epidemiología de Breilh es crítico radical, dado que el objeto de su crítica no es otro sino el del reemplazo del modo de civilización en el que vivimos desde la revolución industrial a esta parte, la sustitución de su proceso de reproducción social instalado en nuestras sociedades, desde los que pueden emerger, confrontándola, otros modos saludables de vida. Entendemos que Breilh no busca reformas, dado que ve, fundamentalmente patógeno el modo de civilización que antes describimos, asociado a la acumulación de capital y destrucción de la naturaleza. Reconoce que su modelo de interpretación epidemiológica crítica es un producto académico, pero al que le cabe una aspiración a vincularse a las luchas populares que buscan superar el actual régimen civilizatorio. Frente a la gobernanza reformadora de la OMS, la propuesta breilheana es la emancipación a partir de la transformación. Establece que es imprescindible vincular el conjunto dinámico compuesto por los

elementos analíticos del sistema social, los modos de vivir y de la salud, el metabolismo sociedad naturaleza y el impacto social asociado a ella. La salud pública nueva sólo es posible a partir de una mutación del modelo civilizatorio hacia otro más saludable. Dejar la continuidad civilizatoria instalada, de carácter individualista, positivista, funcionalista, externacionalista, causalista, para pasar a una producción cotidiana desde lo dialéctico, lo complejo, con sus categorías de determinación social (producción/génesis de la salud), reproducción social (y sus dimensiones de lo general, particular, singular), su relación social/natural/biológico, su matriz de triple inequidad (clase, género, etnia), entre otras herramientas. En la perspectiva de Breilh, la ciencia debe tomar partido, no como mediación, sino como constructor de instrumentos para confrontar el "poder patógeno del sistema social". destructor de derechos, potenciador de inequidades y exclusión social, destructor de ecosistemas, que se reproduce montado sobre un modo extractivista de acumulación de capital y que se legitima, en nuestro tiempo, en modos de política redistributiva de autoimagen progresista para continuar reproduciendo un consumismo extremo, que tiene una matriz de derroche energético, de desperdicio de recursos importantes para la vida, y de generación de desechos que es masiva e irreparable. Propone un análisis crítico y señala que el paradigma epidemiológico que sustenta el trabajo de la OMS es el de la epidemiología social, que debe ser interpretado como una sofisticación del causalismo aunque, sin embargo, se posiciona en una transición hacia la crítica, dado que considera lo estructural como variable (de considerarla como categoría de análisis estaría ya en la epidemiología crítica que él propone). Este posicionamiento de la OMS, incluye, entre otras cosas, el señalamiento de que donde debería haber categorías analíticas, hay variables, y ese corrimiento explica por qué en su

visión, la OMS es una epidemiología de transición, pero no una crítica. Por este corrimiento, la OMS no identifica las jerarquías de subsunción entre el sistema social, los modos de vivir de los grupos y los estilos de vida de las familias con sus personas. Transmutar el poder crítico de la categoría determinación social en la noción de determinantes sociales, la convierte en herramienta útil para modificaciones de la gobernanza que propugna la OMS.

El trabajo de la OMS se propone como un conjunto fundamentado de sugerencias para intervenir en la reparación de una inequidad en la salud, en una búsqueda de la justicia social, que puede ser alcanzada a través de la gobernanza participativa. La perspectiva de análisis de Breilh señala los límites transformadores del modelo de la OMS y, a partir de allí, su incapacidad de transformación de la realidad, dado que en realidad lo que debería hacerse es un cambio de la matriz civilizatoria. Entre una propuesta de intervención progresiva, que reconoce las inequidades en la distribución del poder de negociación de los actores, y una perspectiva que señala que sin cambio de matriz civilizatoria no se lograrán sino remiendos al modelo "patógeno" de civilización. ¿Qué posición adoptar? ¿Es el camino de la gobernanza un camino posible, es el único posible? ¿Lo es el de la emancipación para la transformación? ¿Pueden transitarse ambos, alternativamente, según las circunstancias, la acumulación de fuerzas, la disponibilidad de recursos en momentos y lugares determinados? ¿Es imprescindible transitar uno u otro? ¿Es inviable una consideración articulada estratégica? Esos son algunos de los interrogantes posibles, y otros tantos, ante los que, como agentes vivos y políticos, nos enfrentamos a diario en tanto tomamos conciencia de la complejidad del problema de la construcción social de la salud y de la enfermedad.

No podemos cerrar este análisis sin considerar la postura desde la

Teoría de los Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar respecto del concepto mismo de "determinantes"; Jaime Breilh (2003) nos introduce en la concepción de complejidad, que ratificamos desde Morin, es desde esta misma mirada que discutimos la idea de determinación de la salud que esta profusamente difundida, inclusive por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como vimos antes. Es justamente desde el paradigma de la complejidad que definimos al cuidado, en un ambiente pensado como contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cual son parte constitutiva. Manteniendo una relación parte-todo, en el que el todo influye y es influido por las partes, con lo cual discutimos la idea de "determinantes" a secas. Entendiendo que nos referimos al contexto y circunstancias sociales, culturales, éticas, económicas, profesionales, sanitarias, políticas, ecológicas y cibernéticas en un momento histórico (Grupo de Modelos y Teorías, 2017). Entendemos que la subjetividad considera a la persona en su entorno, como una totalidad portadora de la síntesis de lo objetivo y lo subjetivo, en un contexto de interinfluencias, donde, al mismo tiempo en que se incorpora la realidad a la subjetividad, también se traslada el producto de la subjetividad a la realidad. Cada punta de esta relación es aplicable en la determinación o condicionamiento de la realidad social. La subjetividad es condición propia del ser humano. A este-sujeto, se lo puede conceptualizar como el punto de encuentro, de intersección, de tres aspectos que conforman lo intrapsíquico, lo interpersonal y lo sociopolítico, sujeto que determina o condiciona a todas y cada una de sus actividades mientras les otorga su propia característica y significado. Toda subjetividad política plena se asemeja a la ciudadanía ejercida, la cual es producto de la toma de conciencia del sujeto de su pertenencia al mundo colectivo, de su dependencia respecto a él, de su deber hacia él. La subjetividad

que se encarna en la/el ciudadana/o concreta/o, en el ejercicio real de ciudadanía, es la que opina, participa, construye lo público desde su singularidad. La reproducción social es el conjunto de acciones mediante las cuales sus diversos sujetos (personas, familias, grupos) satisfacen, en una escala de acoplamientos, las necesidades de sus propios funcionamientos en anuencia con las regulaciones que le dan validez. Siguiendo el sentido de lo antes referido, en cuanto a contexto, entendemos que la acción social es concebida en virtud de una estructura social que la determina o condiciona, y al mismo tiempo deja un espacio a la voluntad de la persona mediante el sentido subjetivo y su personalidad. Las acciones colectivas (prácticas y praxis) ya sean habituales o novedosas impactan en la conformación de la subjetividad colectiva e incorporan nuevos sentidos o pueden aparecer nuevos códigos o resurgir viejos. La subjetividad colectiva articulada en un sujeto social debe inscribir elementos particulares que permita la acción colectiva. Desde los Cuidados del Buen Vivir y Bienestar procuramos promover en los sujetos sociales el incremento de las capacidades y habilidades, que permitan ejercer su libertad, que refuercen la construcción de vínculos, lo que se traduce en el autocentramiento. Procuramos la potenciación humana, enfocada en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad. Acordamos con Jaime Breilh (2003) cuando dice que es necesario incorporar una concepción epistemológica sobre la complejidad y las relaciones de producción, propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determinan la salud. Tomando en cuenta esta concepción de los determinantes, planteada por Breilh, entendemos que podrán ser solo condicionantes, si se genera un pensamiento sobre cuidados, coherente con la acción emancipadora de integración de fuerzas y culturas contra hegemónicas y

de construcción de poder simbólico alternativo (Zaldúa, G. et al. 2010)

La disposición para la acción y la relación con el otro mediante lo que Gramsci (1975) llamó "voluntad colectiva": inscripción en el sujeto de la voluntad colectiva, supone incorporarle elementos de sentidos que pueden ser cognitivos, pero también emotivos y éticos que añaden capacidad y disposición de acción al sujeto, es desde aquí donde se hace más consistente, la perspectiva de cuidado desde el bienestar, en tanto búsqueda de transformación de necesidades, en derechos.

En el desarrollo de las investigaciones del Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados, se ha observado en reiteradas oportunidades, la distancia existente entre lo teórico y lo práctico, entre el estudio y la acción. Regularmente se omite hablar con las/los actores contextuados, sin un análisis profundo de las situaciones existentes. Como autores de la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar entendemos que esta construcción teórica no puede ni debe ser superficial y alejada de la realidad. El propósito es mejorar una situación en la medida que sea mejorable, realizando un estudio de las problemáticas y los actores reales. Esto ha sido fundamental en el desarrollo de la propuesta, un trabajo decidido en ella y a su alrededor, intentando retroalimentar ambos espacios (aunque en muchas ocasiones eran el mismo "lugar") y tratando no solamente de observar, discutir y analizar sobre un objeto de estudio determinado -en este caso la propuesta de enfermería sobre el Buen Vivir y el Bienestar- sino de formar parte de los procesos que en nuestros espacios ocurren. Es decir, un intento de orientar, en próximos trabajos, hacia una investigación-acción-transformación que sirva para algo más que alimentar bibliografías y curriculum personales.

CONCLUSIONES

La dinámica entre estado, empresas y sociedad se enriquece en la medida que se implementa la interacción entre todas ellas, no en términos de efector y receptor, sino en el refuerzo de la retroalimentación entre los diversos polos. La OMS propone un diálogo enriquecido, estimulado, buscado, propiciado, necesitado por los polos, que los fortalece a todos, que legitima al polo estatal y empodera a los polos societales. Entre los programas que esos polos desarrollan, implementan y monitorean, señala la importancia de instalar dispositivos, instituciones, espacios, dinámicas, instrumentos que potencien la comunicación crítica entre los actores. Experiencias en torno a proyectos transformadores en el campo de prácticas pedagógicas llevadas adelante en Ecuador (Cruz Cercado, 2019), en Colombia (Bueno et al. 2018), y Bolivia (Cruz Cercado, 2019;), demuestran las eficacias parciales pero esperanzadoras que pueden lograrse cuando se articulan financiaciones y compromisos entre el estado (en tanto estructura con direccionalidades sujetas a la ideología del partido que la controle), más un cuerpo de profesionales sanitarios (con idiosincrasia determinada por formación), más la sociedad organizada (con práctica instalada de la interpelación, la crítica, la demanda y la propuesta).

Consideramos dos cuestiones. La primera, la búsqueda de precisión acerca de los determinantes sociales, su consideración como tema de preocupación en la organización social de las condiciones de vida, el interés por sus efectos sobre la existencia de las personas, sobre los humanos y sobre los no humanos. La segunda, la oficialización de su constructo en la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su confrontación con una perspectiva de crítica radical del modelo civilizatorio. En nuestro presente tiempo complejo, ambas

confluyen en esta nuestra era aun hegemónicamente antropocénica[1] y capitolacénica[2] (Haraway, 2019) donde la explotación sistemática e industrial de recursos no renovables de lo que llamamos naturaleza lleva más de dos siglos (revolución industrial europea a la actualidad), y parece no tener freno, salvo el que le pueden oponer los diversos movimientos sociales ecologistas, de múltiples identidades, orígenes, recursos, efectos en la realidad, y las distintas políticas públicas sanitarias (en el más amplio sentido) que diversos países van construyendo desde el último tercio del siglo XX, a nivel mundial, y en estas primeras dos décadas del XXI, en países como Ecuador y Bolivia, cuyos casos debemos estudiar con más profundidad.

En ese mismo sentido, es que desde la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar se plantea que, si pensamos el "cuidado como acción", se instalan los aspectos relacionados a los vínculos, entendidos como los sistemas de relaciones, en el sentido del correlato del lazo social, las formas de redes de sostén, de mecanismos de sostén que establecemos las personas en todo el ciclo vital. El lazo social, como aquel o aquellos procesos vinculares que afectan u operan sobre la persona o su condición micro- social, y que desde este espacio individual- personal- singular, afecta sobre lo macrosocial. Entendiendo que el lazo social no es unidireccional, sino que debe ser evaluado en relación a otro u otros. Lo social está marcado entonces por las relaciones humanas que se establecen en diferentes contextos y que al incorporar determinadas pautas de interacción, se convierten en relaciones grupales, sociales, de trabajo, etc. y se concretan en comportamientos objetivos que no se generan de manera espontánea pues tienen un referente interpretativo-vincular, responden a una

[1] Antropocénica: según Manuel AriasMaldonado de la Universidad de Málaga,(2016) "De acuerdo con los datos amasados por los científicos naturales, la colonización humana de la naturaleza ha alcanzado tal grado que hay razones para pensar que hemos dejado atrás el Holoceno para adentrarnos en una nueva era geológica caracterizada por la influencia humana sobre el funcionamiento del sistema planetario global: el Antropoceno. Lejos de constituir una mera curiosidad científica, esta re categorización de las relaciones entre el ser humano y medio ambiente global constituye un giro epistemológico de profundas consecuencias normativas, que plantea nuevos desafíos para la especie en su conjunto." Recuperado el 5 de marzo de 2021 en revistas.ucm.es›index.php › POSO › article › download

[2] Capitolacénica: Altvater, Elmar expresa "la definición de la fase actual como Capitaloceno, fase interna de la mundialización capitalista que no es sinónimo de fin de la historia. Pero sí convocatoria de transición a un sistema energético abierto, basado en energía solar, que pueda enfrentar los desafíos del sistema energético cerrado, basado en combustibles fósiles, hasta ahora preponderante". Recuperado el 5 de marzo de 2021 en https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/handle/10469/7045

comprensión y una asimilación particular de la realidad con la que se interactúa a la vez que incorporan pautas circunstanciales que las pueden modificar en su naturaleza.

La subjetivación de la realidad cobra valor objetivo cuando se devuelve a la realidad en forma de acciones, de cuidados, cuando la decisión de actuar en un sentido determinado respalda las acciones humanas, aún en condiciones reales objetivas que las contextualizan y pueden facilitar o entorpecerlas al definir el rango en que puede realizarse la voluntad. Partiendo de tales consideraciones, la realidad social no puede abstraerse de su reflejo. Es social porque es compartida a partir de interacciones que condicionan tipos de relaciones y su influencia nos llega mediada por esas relaciones que se extienden como una red que logra diferentes niveles de alcance en la misma medida en que logra diferentes niveles de inclusión. La sociedad es tal porque reúne, organiza, coordina, la existencia y actividad de seres humanos; personas y grupos de diferente nivel de integración y organización. Estas personas y grupos existen y actúan a partir de alguna forma de refracción del segmento del mundo donde realizan su vida y son afectados de diferente forma en la misma medida que esos distintos niveles en que se estructura ese segmento del mundo, los incluye. Esta es la forma de existencia natural de las personas en la sociedad: refractando y actuando. Las personas, los grupos sociales, son determinados o condicionados por el contexto y a su vez, determinan y condicionan ese contexto.

En síntesis, proponemos cuidar resistiendo los "determinantes" que nos alejan del bienestar, de la felicidad en nuestro presente tiempo complejo, en el mismo sentido que expresa Edgar Morín, citado por López Ramírez, (2020): "resistir, resistir primero a nosotros mismos, a nuestra indiferencia y nuestra falta de atención, nuestro cansancio y nuestro desaliento, nuestros malos

impulsos y nuestras mezquinas obsesiones",…"una resistencia más profunda, primordial, a la crueldad del mundo", reconociendo que "proseguir en el esfuerzo cósmico desesperado que, en el mundo toma la forma de una resistencia a la crueldad del mundo es lo que yo denominaría esperanza"(López Ramírez, O., s/f, p. 13).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública, 33(1) Recuperado en 30 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&tlng=es.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar.

Breilh, J. (2015). Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar.

Bueno, L. V. A., Calderón, M. A., Salamanca, D. J. B., Angulo, M. Á. C., Silva, J. C. M., & Rodríguez, L. E. N. Experiencia en Red TULPAZ 2018: transformando la escuela, la comunidad y la vida para el buen vivir. Sistematización de experiencias pedagógicas que transforman la escuela, 95.

Casallas Murillo, AL. (2017) La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408. Doi: http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123

Castro, Roberto. (2019). Teoría social y salud. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar. Editorial. Universidad Nacional Autónoma de México. 1era ed. 2da reimpresión.

Cruz Cercado, K. E. (2019). Impacto social de los centros infantiles del buen vivir

en el cantón Nobol, durante el período 2014-2017 (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Económicas).

Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados (2019). Investigación "Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, 2018-2019", Informe Final, Secretaria de Ciencia y Técnica, UNLa.

Haraway, Donna. (2019). Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chthuluceno. Buenos Aires. Argentina. Ed. Consonni.

Iriart, C., et al (2002). Medicina Social latinoamericana, aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 12(2)

Liborio M (2013) ¿Por qué hablar de salud colectiva? Rev. Méd. Rosario 79: 136-141, 2013

López Ramírez, O.r. El paradigma de la complejidad en Edgar Morín. Recuperado el 30 de noviembre de 2020 en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20469/01235591.1998.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS (2008) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - 2005-2008. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resúmen analítico del Informe Final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=7AC79390A5902ABA62A5E69B870F2C77?sequence=1

OMS (2009) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - 2005-2008.

Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Extraído de: file:///C:/Users/alnaf/Downloads/9789243563701_spa%20(2).pdf

Paizzani, C. (31 de mayo 2018) Enrique Dussel- Buen Vivir. [Video] https://www.youtube.com/watch?v=DLlEm_6Smds

Urquía, M. (2019). Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. 2a ed. REUN. http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Teorias-dominantes-y-alternativas-de-laepidemiologia.pdf

Zaldúa, G., Loideu, M., Bottinelli, M. y Pawlowicz, M. (2010). 1.1. Cuestiones desde la Epidemiología Crítica: Trabajo y Salud. En Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires. Argentina. EUDEBA.

LA EDUCACIÓN PARA UN BUEN VIVIR

CARLOS ANTONIO FERNÁNDEZ

En memoria de nuestro querido, queridísimo amigo Carlos "Chino" Fernández, que anticipara su partida.

Dentro de la Filosofía del Buen Vivir, la dimensión educativa merece nuestra atención. El cuidado de las personas, es la preocupación y el interés por el ser humano, con todo lo que ello implica. La forma de vida que llevamos en la actualidad, especialmente en las grandes ciudades, nos aleja decididamente de este ideal.

La ciencia y la técnica, han permitido que nuestra existencia sobre la tierra sea más prolongada. Pero no necesariamente, ha sido más humana, menos conflictiva. Nuestro progreso, es acompañado por la generación de sociedades más tóxicas, menos amigables, más inseguras, que han ensanchado la distancia en la relación con la naturaleza, recordando aquí que somos parte de ella.

El progreso de la técnica que trajo la Modernidad, resolvió algunos de los problemas económicos y materiales, pero al mismo tiempo favoreció el agravamiento de la crisis espiritual, de la crisis de valores que fuera planteado por muchos pensadores e intelectuales durante todo el siglo XX. Dentro de ese conjunto de compatriotas, Juan D Perón, lo supo plasmar magistralmente durante la clausura del Congreso de Filosofía en la ciudad de Mendoza, en el año 1949 (Perón 1974) Dentro de ese encuentro internacional, la sección X (Filosofía de la Educación), otros pensadores nos han dejado su legado que es de importancia remitirnos.

¿Cuál fue el lugar de la Educación en esta idea de Comunidad Organizada, que el Justicialismo a través de su líder presentó, a mediados del siglo XX?

La Educación, es un medio para garantizar la perpetuación de ese orden justo alcanzado. La Educación, actuaría en la formación de una conciencia solidaria y en una moral nueva, asentada en principios éticos sólidos.

La Educación también fue pensada para contener, sostener a los más

rezagados en la vida social. Es la solidaridad efectiva lo que ennoblece al hombre cuya identidad se define en relación con el otro.

La Educación, es concebida en el marco de un proceso de liberación nacional, donde ocupa una función esencial. La construcción de ese orden social justo y democrático, contiene la idea de emancipación.

La llegada del Peronismo al gobierno produce una ruptura. Transforma y reordena todas las dimensiones de la vida social. En el campo del pensamiento, lo podemos apreciar en los debates entre Idealistas y Materialistas, o entre Liberales y Nacionalistas. En el campo político, este fenómeno puede verse en las relaciones entre conservadores y radicales, socialistas y demócratas progresistas, etc.

De la misma manera, en lo relativo a la Educación, transformó y reordenó la realidad existente, cruzando transversalmente las tensiones de la época. A las demandas y cosmovisiones ordenadas ideológica y políticamente, las transformaciones sociales sumaron demandas directas que la población volcó a la consideración pública en materia educativa y de capacitación.

Así fue que mujeres, jóvenes, empresarios, trabajadores, se hicieron presentes directamente en la escena nacional, al margen de la disputa organizada entre positivismo-cientificismo-racionalismo vs. Espiritualismo-nacionalismo-cultura popular.

Es durante la primera presidencia de Perón, a través de Jorge Pedro Arizaga, quien fuera secretario del Ministro de Educación Belisario Gaché Pirán, es quién desarrolla el plan educativo orgánico. Siendo afín a la corriente espiritualista-opositor al positivismo-, introduce criterios nacionalistas democráticos, dando importancia a la educación práctica y humanística.

El mismo ministro, opositor al positivismo…"quien consideraba que la

justicia social, debe ejercerse mediante la educación humanística, desde una doctrina anti-imperialista, anti-totalitaria y anti-racionalista dirigida al hombre concreto" (Puiggrós, 2002, p. 131).

La relación del gobierno de entonces con los docentes fue ambigua, muchos fueron los temas que se debieron abordar. Pero yendo a lo más general, el plan original en Educación del gobierno justicialista, que de alguna manera ofició de base y campo de observación a las consideraciones de Perón en el Congreso de Filosofía, buscó un equilibrio entre el Materialismo y el Idealismo, y entre el Nacionalismo católico y el Liberalismo enciclopedista, recostándose en un Nacionalismo Popular.

Esta búsqueda del equilibrio es según Puigros (2002): "compatible con el principio de democratización de la enseñanza, entendiéndola como un patrimonio igual para todos, con la creación de una modalidad de compensación, para quienes no han tenido las oportunidades educacionales que otros poseen" (p.74). Lo que sí es la educación para el peronismo: Una política de estado como parte de un plan general de enriquecimiento de la cultura nacional a través de la enseñanza en las escuelas, colegios, universidades y centros científicos.

La otra vía, para el enriquecimiento de la cultura nacional es por la tradición, a través del folklore, la poesía, las familias, etc. Enseñanza y tradición se conjugan en la búsqueda de ese núcleo de valores que hace a la esencia de la Educación. Esta postura coincide con el pensamiento de Saúl Taborda (1895-1943), quién desde los años ´30, en su etapa denominada "facúndica", define a ese conjunto de valores, como lo nativo, como aquello permanente que nos define como comunidad. Lo llama "Comunalismo Federalista". Una búsqueda de las raíces de lo nacional. Saúl Taborda, le otorga a la Educación un saber específico dentro de la Cultura. Sostiene que esa especificidad estaría determinada por el

acervo de valores tradicionales. Este es, en última instancia, el verdadero espíritu de un poder educativo originario.

Saúl Taborda, sostiene para la Educación un paradigma científico-espiritualista. Aquí coincide con el peronismo en su posición frente al positivismo. Sostiene una posición contraria a la generación del ´80 y a la concepción sarmientina de la educación En esta línea espiritualista Juan Cassani, a través de (Puiggrós, 2002, p. 132), "considera a la educación como un acto que unía el alma del educando con el alma del educador".

Este autor, también nos dice en el Congreso Nacional de Filosofía de 1949: "…partimos del criterio de que toda pedagogía, en cuanto se realiza auténticamente, es pedagogía nacional"

En el presente, la crisis de valores, la crisis existencial, lejos de haberse superado, se ha profundizado. A pesar de los mayores avances técnicos, el hombre sigue extraviado y enajenado. La dimensión material, se encuentra aún más distanciada del plano espiritual y trascendente de la condición humana.

El hombre en general y el hombre argentino en particular, se han alejado del camino de pertenencia a una comunidad nacional que lo contenga. El progreso de la técnica, el acceso a nuevas tecnologías, no lo hace más libre, sino más dependientes de esas tecnologías que lo informan en la misma medida que lo empujan a un abismo existencial. Estamos en presencia de un hombre que al mismo tiempo de perder el sentido de pertenencia a su comunidad, ha multiplicado su identificación con pequeños grupos de referencia (también llamadas, tribus o castas).

Un ser humano rodeado de pantallas, aislado y en condiciones de ser manipulado en su voluntad, a través de los medios de comunicación y de las redes sociales. Parece que esta sería la imagen del Hombre en el siglo XXI.

¿Qué ha cambiado desde mediados del siglo XX, al presente?

En el terreno de la geopolítica, han cambiado las relaciones de poder. Transitamos un mundo multipolar, donde cada centro de gravedad se expande por el mundo no solo con inversiones, armas o infraestructura física, sino también, con valores y pautas culturales.

A pesar del tiempo transcurrido, y de los temas que se aborde, subyacen las tensiones entre el Liberalismo y el Materialismo; entre Nacionalismo y Liberalismo, y la Educación no permanece ajena a todo ello. Si bien el Liberalismo, es criticado y nos ha dejado un tendal de miseria y desconcierto, en estas tierras, su versión "Neo", de alguna manera se ha impuesto, ha teñido y condicionado la vida de una parte importante del mundo occidental, tanto en su centro como en sus periferias.

En nuestro país, ha disminuido sensiblemente el tratamiento de la educación desde una concepción totalizante. La educación es tratada en gran medida superficialmente y tergiversada por mezquinos intereses electorales. En este sentido, ha perdido el carácter de política de estado y los temas urgentes, han obturado la mirada profunda, totalizadora como fuera abordado en aquel hito, que fuera el Congreso de Filosofía en la provincia de Mendoza en 1949.

Es fundamental para la educación argentina, recuperar la mirada integral del Hombre. Instrucción práctica y espíritu trascendente, como saber diferenciado y constitutivo de la cultura nacional.

El eje rector para pensar la Educación desde esta perspectiva, proponemos que sea poner en el centro la necesidad de retomar el camino de la plena soberanía para nuestra Nación, cuya búsqueda implica la decisión de descolonizarnos culturalmente, en la identificación de cada uno de nosotros con un conjunto valores, con una Comunidad de intereses compartidos.

La época actual, se diferencia en el tratamiento de la Educación, de mediados del siglo pasado, en que asistimos a una era en donde la lógica de valorización financiera, se trasladó no solo a la generación de riquezas, sino que ha afectado a toda la vida social. En tal sentido, la propuesta de Saúl Taborda de separar la Educación de la Política, se revisaría, en la medida en que precisamos del Estado Político Nacional para contrarrestar la lógica financiera.

Sabemos que la Educación se da no solo en el sistema educativo, pero en estos momentos, la diferencia entre educación pública y educación privada, que antes ordenaba el debate, hoy queda subordinado a la tensión entre una educación para el bien común, para el bienestar general, o una educación para el mercado.

Es decir que la educación, en general se ha mercantilizado, desde la enseñanza hacia las nuevas generaciones, hasta la formación docente. Por su parte cada nivel de la enseñanza merece un tratamiento específico, lo mismo que la formación tecnológica y las diferentes vinculaciones: Educación y Empleo; Educación y Ciencia; Educación y Cultura, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cassani Juan, (1949) Actas, 1er. Congreso Nacional de Filosofía, marzo-abril Mendoza. Argentina. Sección X Filosofía de la Educación

Perón, J. D (1974) La Comunidad Organizada, Secretaría Política de la Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Argentina

Puiggrós Adriana (2002), Que paso en la Educación Argentina. Breve Historia de la Conquista hasta el presente, El Peronismo (129). Buenos Aires. Argentina. Galerna

Puiggrós Op. Cit.,132 Régimen de ingreso a la docencia, Promoción por concurso, Capacitación Laboral, Zonas rurales, Discapacidades, etc.

Taborda Saúl, Gustavo Ciriliano (1982), Investigaciones Pedagógicas, Estudio Preliminar (p. 7 a 13). Secretaría de Cultura de la Nación, Argentina. Editorial Marymar.

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD. REFLEXIONES ÉTICO-POLÍTICAS.

LUCAS AGÜERO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 en 2019, ha demostrado en unos pocos meses y desde su aparición en Wuhan, una crisis sin precedentes a nivel global, que pone en jaque las bases del capitalismo global. Mucho se ha escrito y reflexionado sobre las posibilidades y los límites de la crisis producida por la pandemia. Se intenta en estas líneas, realizar un aporte para la discusión ético-política en torno a la formación de los profesionales de salud en la educación superior.

Los cambios se han producido hasta ahora en diversos órdenes, a nivel epidemiológico en la población, por el capitalismo en su fase de neoliberalismo especulativo y financiero, el extractivismo en todas sus dimensiones, las brechas de desigualdad aumentadas exponencialmente entre el 1% más rico y el 99% más pobre, el avance imparable de las nuevas tecnologías en todas las áreas de conocimiento , particularmente en la industria armamentista y farmacéutica y los rápidos cambios de control impolítico mediado por las nuevas tecnologías aplicados en la población para contrarrestar el avance imparable de la pandemia. Estos cambios han generado nuevos dilemas éticos a los que la sociedad se enfrenta diariamente, particularmente los profesionales de salud.

Se considera esta situación como una oportunidad para repensar el modelo de formación ético profesional vigente en el currículo de la educación superior. Las epistemologías del sur, se posicionan como alternativas para poder avanzar en nuevas concepciones y nuevos horizontes para afrontar, no solo la pandemia del nuevo coronavirus, sino también las inequidades en la profundidad de nuestra Patria Grande.

¿Alternativas frente a qué? Frente al modelo capitalista global, que

estructura la ciencia, la tecnología, la educación y todas las áreas de desarrollo del ser humano. Se hace necesario avanzar en una nueva generación de profesionales muy comprometidos con la realidad del pueblo, en la transformación de inequidades.

FORMACIÓN ÉTICA. DE LO DEONTOLÓGICO A LO AXIOLÓGICO

¿Los profesionales de salud han desarrollado competencias para participar de los debates bioéticos que plantean las circunstancias catastróficas como la que vivimos con la pandemia por el nuevo SARS-CoV-2, o esta participación –a un año de iniciada la pandemia- quedo relegada a un circulo de expertos/as y/o políticos/as?

¿Qué significa educar en valores en medio de las agudas y dolorosas transformaciones políticas, económicas y sociales que vivimos los pueblos latinoamericanos en el transcurso del siglo XXI?

Una posible respuesta podríamos encontrarla en Freire (1969) "la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo" (p. 79).

Habiendo transitado cinco años de formación y participado en un equipo de investigación interdisciplinario, partiendo de una primer investigación como becario titulada "Limites y alcances del modelo de formación ética en los profesionales de salud" el autor del presente texto ha indagado sobre la propuesta curricular de 3 carreras de grado de salud (licenciaturas en enfermería, en nutrición y en trabajo social), observando que la propuesta de formación ética es de carácter fuertemente deontológico y con un fuerte sesgo procedimental, adaptada a los estándares internacionales, situación que se

replica en la mayoría de las universidades nacionales. Se observan aproximaciones del campo de la teoría crítica, pero resultan insuficientes las cargas horarias para poder desarrollar espacios reflexivos y de deliberación sobre determinadas problemáticas. Formar en valores no se reduce al contenido impartido por un docente en el aula y con un programa determinado. Formar en valores es una práctica amplia y que depende, no sólo de docentes calificados, sino del compromiso de toda la comunidad universitaria, que, en definitiva, es la responsable de hacer vibrar la democracia y la conciencia de los/as estudiantes.

Este tipo de abordaje ético, centrado en la deontología, si bien necesario, no resulta suficiente a la hora de brindar a los/as futuros/as profesionales las herramientas teórico-prácticas para participar e intervenir frente a los dilemas éticos que se plantean en la actualidad, pero por sobre todo para convertirse en agentes multiplicadores de conductas reflexivas y de deliberación democrática.

Surgen en este punto algunos interrogantes: ¿Es necesario un tipo de formación alternativa al modelo deontológico? ¿Es crucial contar con profesionales que multipliquen conductas reflexivas? ¿Qué valor tiene la reflexión en el mundo de la comunicación híper globalizada, de respuestas instantáneas, y las relaciones personales e institucionales casi en su totalidad digitalizadas? Recordemos que la ética y la política, tal como afirma Aristóteles, se presentan como dos caras de una misma moneda, y son inescindibles del ámbito público, de la polis, de los asuntos ciudadanos en los que se despliegan las tareas de las profesiones liberales y también, la práctica formativa (Albornoz, 1995).

Esta reducción de la ética a una deontología de tono procedimental queda evidenciada en la revisión bibliográfica de las propuestas curriculares,

particularmente en enfermería, un área donde la ética y la bioética históricamente se han desarrollado de un modo más exhaustivo.

Formar éticamente y con herramientas críticas y para la transformación, a profesionales del campo de la salud, donde la clase y el género condicionan la génesis de un sistema de por sí desigual, es un gran desafío para toda la comunidad universitaria.

El Sistema de Salud es una arena de confrontación, donde se instala el dispositivo eugenésico de la modernidad (Frankel, 2008) y donde la sociedad toda necesita la práctica de discusión deliberativa y la re-construcción de la solidaridad quebrada por los valores capitalistas.

Es en este punto donde la ética en su rama aplicada, la bioética, queda relegada por el proceso de formación a la conciencia y el interés personal de cada estudiante/profesional y como resultado trae el refuerzo de círculos de expertos/as, donde las participaciones de otras voces se reducen al mínimo.

ÉTICA DE MÍNIMOS A PROBLEMAS COMPLEJOS. LA INTERCULTURALIDAD COMO ALTERNATIVA.

La bioética, en síntesis, es la rama de la ética dedicada a proveer los principios para la conducta más apropiada del ser humano con respecto a la vida, tanto de la vida humana en todas sus expresiones como del resto de los seres vivos, así como también del ambiente en el que puedan darse condiciones aceptables para la misma.

Los antecedentes históricos del uso del término corresponden al pastor protestante, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, quien en 1927 uso el término Bio-Ethik en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y

los animales[1]. Más adelante, en 1970, el bioquímico estadounidense dedicado a la oncología, Van Rensselar Potter, utilizó el término bio-ethics en un artículo sobre la ciencia de la supervivencia y posteriormente, lo reitero, en 1971 en su libro Bioética un puente hacia el futuro (Lima & Cambra Badii, 2013).

En un sentido amplio, bioética a diferencia de la ética médica, no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida de las sociedades en general, extendiendo de esta manera su ámbito de acción al medio ambiente y a las problemáticas del desarrollo de la sociedad.

Con franco signo ideológico y complicidades manifiestas con el imperialismo globalizante y feroz de las potencias mundiales, la bioética norteamericana se presenta como manual de normalización tanto de situaciones-conflicto generadas por aplicaciones tecno científicas como de posibles modalidades para su regulación, siempre en el marco de un cientificismo que se elige, no poner en cuestión.

¿A qué se hace referencia con la palabra cientificismo? A una posición epistemológica "triunfalista" en palabras de Marí (1990) que tal como afirma Oscar Varsasky (1975) en su libro Ciencia, Política y Cientificismo, el conocimiento científico es infalible y universal, con una historia de desarrollo unilineal, "sin alternativas deseables ni posibles, con etapas que se dieron en orden natural y espontáneo para desembocar en la ciencia actual, heredera indiscutible de todo lo hecho con tal de que no se interfiera en el motor fundamental del proceso: la tan mentada "libertad de investigación". Cientificista es, el investigador que se ha adaptado a este mercado científico, renunciando a toda preocupación por el significado social de su actividad, aceptando normas, valores y métodos de los grandes centros internacionales.

[1]Artículo de Hans-Martin Sass en la edición de diciembre del 2007 del Kennedy Institute Of Ethics Journal.

Cuando nos ubicamos en el horizonte cientificista, se posterga el momento de la reflexión ética, y en consecuencia las decisiones políticas que de ella se siguen, hasta el momento de la aplicación de un modelo de producción de conocimiento signado por el ocultamiento de los intereses y valores que lo orientan. A este límite interno de la bioética se suman los límites de la gestión educativa a la hora de incluir este nuevo saber, dialoguista e interdisciplinario, en las diferentes carreras.

Como se mencionó anteriormente, conviven en este punto varias corrientes de la bioética, entendida en la actualidad en su sentido estricto de aplicación al ámbito de la clínica médica y uno que entiende a la bioética en sentido amplio, aplicando los supuestos y reflexiones a todas las circunstancias donde se desarrolla la vida.

Se insiste en aclarar que en nuestro país la bioética sólo se encuentra presente en carreras relacionadas a las prácticas en salud y a la manera de módulos breves y con frecuencia de sesgo exclusivamente deontológico, entendiendo a la deontología como una práctica educativa exclusivamente normativa sobre derechos y deberes de cada profesión liberal.

Algunos puntos de reflexión importantes. En primer lugar, la bioética es sólo un modo posible de presentar el vínculo entre la racionalidad demostrativa de la ciencia y la racionalidad deliberativa de la ética. La primera es procedimental y la segunda reflexiva. Se trata de un vínculo que puede ser calificado como "reduccionista" (Marí, 1990, pág. 46), ya que reduce o limita el potencial de reflexión. Y esta reducción se da en más de un sentido:

-reducción ética de la racionalidad deliberativa, que abarca también una dimensión constitutiva que sin embargo resulta sistemáticamente postergada,

-reducción deontológica de la reflexión ética, que se centra casi exclusivamente en los principios y normas que orientan el proceso de producción de conocimiento en base a lo correcto e incorrecto, en detrimento de los sentidos y valores que permiten ponderar de acuerdo a criterios como bueno, justo, adecuado y pertinente,

-reducción aplicativa de las normas y principios, en tanto la cuestión ética aparece recién en el momento de aplicación de las innovaciones tecno científicas, dejando de lado los intereses y redes de poder que fijan la agenda de investigación de universidades y organismos de ciencia y técnica, también en el campo de la ciencia básica equivocadamente llamada "pura",

-por último, quizás la más radical y también menos percibida, la reducción de la reflexión a un único modelo de racionalidad, la racionalidad lógica de la cultura occidental hegemónica, que se pretende universal si bien expresa el particular modo de enlazar representaciones y producir discursos de un modelo cultural capitalista, imperialista y androcéntrico. Una cultura que crea precisamente "universidades" para dar cuenta de este modo "universal" de producir conocimiento. Uni-verso o lengua única que desprecia otras lenguas, tradiciones étnicas y saberes diversos en nombre de una ciencia considerada verdadera, objetiva, neutral y por supuesto universal.

Debate largo y productivo poder develar y tematizar sobre las resistencias que surgen frente a este modelo de racionalidad tecno-científica.

La interculturalidad se plantea: como alternativa y no meramente declamado, un ejercicio intercultural efectivo, un dialogo de saberes auténticos, potencia la bioética, permitiendo superar el señalado reduccionismo en todas sus manifestaciones (Rivera, 2009).

Esto es así porque en el plano teórico, permite visibilizar y aún

desmontar los prejuicios anclados en los conceptos de ética y ciencia que manejamos. Esto es la ciencia como conocimiento universal, verdadero y necesario. Y la ética como garantía de la moral o sistema de principios y valores aprehendidos y codificados.

La interculturalidad alerta pues sobre grandes vicios o desvíos éticos, que hacen de nuestra tradición -ya epistemológica, ya moral- el ejemplar único e indiscutible. Nos alerta y previene sobre:

-el dogmatismo que proviene de la sacralización y absolutización de lo histórico y lo contingente,

-el etnocentrismo al que nos conduce la universalización de la perspectiva propia que se convierte en regla de juicio y ponderación, y la desmesura que surge en el momento en que desconocemos limitaciones en nuestro sistema de representación.

El ejercicio intercultural redefine entonces la ciencia, ahora como construcción social e histórica, por lo tanto, contingente, que corresponde al modo de representar el mundo propio de la tradición occidental.

La ética, por su parte, se presenta como una tarea de revisión de los diferentes códigos morales construidos por personas reunidas en diversas formas de vida.

A partir de aquí es posible resignificar a la bioética, que alejada del modelo hegemónico estandarizado y cómplice de epistemologías cientificistas y modalidades multicéntricas de gestión de la investigación y la gestión del saber.

La bioética en sentido amplio, resignificada –junto con la biopolítica- está presente aún sin ser nombrada de forma explícita, en la propuesta de Michel Foucault (1975-1976), quien habla de ejercitar la "anti ciencia" en su escrito: Hay que Defender la Sociedad, (pág. 15) allí, se ocupa de aclarar que en modo alguno

debe entenderse su propuesta de "anti ciencia" como un modo de promover la ignorancia o de alentar un oscurantismo anacrónico de cierto tono romántico. Se trata, por el contrario, de cuestionar los supuestos de la ciencia institucionalizada, apuntando no tanto a sus conceptos, sus contenidos, sus métodos, sino muy especialmente a sus efectos de poder, que quizás, de modo notable, se manifiestan en lo que se ha dado a llamar "gestión de la ciencia". Efectos de poder que están relacionados con el modo en que la ciencia interacciona con otras prácticas en sociedades como la nuestra, con el modo como las sociedades cerradas imponen su dinámica al conjunto de la trama social. Porque contra las esperanzas de Karl Popper, advertimos que el despliegue desmesurado de la ciencia no ha promovido una sociedad más libre o "abierta", sino que ha generado sofisticadas formas de discriminación y exclusión (Popper, 1997). Ejercitar la anti ciencia, según Foucault, implica promover tanto los "retornos del saber" como la "insurrección de los saberes sometidos". La expresión "retornos del saber" hace referencia, en este caso, a la erudición archivista que ilumina la memoria histórica de las luchas que sostiene la tiranía de los saberes en cada caso hegemónico. Porque no hay verdades científicas que puedan imponerse sin contar con una trama de poder que los sostenga, ni saberes que accedan a la categoría de "ciencia" sin una comunidad fuerte que funcione como referente y garante de objetividad y verdad (Kuhn, 1991). A su vez, y como la otra cara de una misma moneda, la expresión "saberes sometidos" nos remite a aquellas palabras descalificadas, porque se supone no alcanzan el nivel de cientificidad exigido en cada época. Palabras marginales que a veces son excluidas, en tanto otras veces resultan atrapadas por el régimen discursivo vigente, que las sepulta en sistemas de reglas, en marcos integradores y sistemáticos que les son ajenos, enmascarando de este modo su

irreductibilidad que es precisamente la fuente de su potencial crítico frente a universalismos que hacen abstracción de los tiempos y los lugares de las tradiciones compartidas. Esto es, en definitiva, un rasgo de colonialismo académico muy fuerte y presente en todas las casas de estudios nacionales.

El saber de enfermería es un claro ejemplo de "saberes sometidos", saber de enfermería sometido al saber médico. Lucha sin igual librada por generaciones de enfermeras/os en busca de la profesionalización y el cultivo de los propios saberes. En este espacio ingresan el saber del trabajador social, del curandero o curador tradicional, también el del médico en la inmediatez de su cotidianeidad, que se contrapone en un juego de paralelismos y marginalidades al saber de la medicina institucionalizada.

Está claro que este llamado a ejercitar la anti ciencia tiene una fuerte connotación ético-política-epistémica y revolucionaria. Porque es el llamado a convocar otras voces, pero modificando las condiciones de posibilidad de la escucha, para que su irreductible singularidad no se pierda. En este punto, la interculturalidad y el dialogo de saberes cobra sentido.

Para lograrlo hay que modificar la violencia institucional que se ha desarrollado silenciosamente, en el interior de las instituciones que sostienen la producción y circulación del saber y de la que no se encuentra exenta la universidad.

La imposición hegemónica del saber es violenta porque enmarca sujetos, tradiciones y perspectivas en la injusticia de una homogeneidad de superficie que esconde negación y exclusión. Desactivar esta violencia, o al menos denunciar las estrategias que la sostienen en complicidad con saberes, tales como la bioética en su concepción hegemónica y reduccionista, es sin duda un ejercicio de defensa de la sociedad, ejercicio que opera en el resignificación

de los vínculos y en el ensanchamiento de los márgenes para la decisión y la acción. "Lo que es pensable es también posible" aforismo de Wittgenstein que plantea el desafío de recuperar constantemente y reforzar las epistemologías del sur o de la periferia como nueva guía posible de orientación y de sustento en la construcción de nuevas modalidades de educar en valores, usando todas las estrategias.

CONCLUSIONES

Frente a estos puntos señalados surge una pregunta crucial ¿está la universidad dispuesta a enfrentar este desafío y asumir sus consecuencias? En Argentina somos herederos en la actualidad de hechos cruciales para la historia Latinoamericana, la Reforma del 18, la Universidad Obrera, la gratuidad universitaria, entre otras y este es un antecedente importante.

El ejercicio intercultural planteado es transformador porque en un mismo movimiento radicaliza la crítica al cientificismo epistemológico y a la deontología ética y bioética al tiempo que posibilita los retornos al saber cómo la emergencia de saberes sometidos. Transforma así la mirada y la palabra, avanzando hacia la trama institucional que sostiene y legitima la producción y validación de conocimiento. La gestión burocratizada y estandarizada –globalizada- de la investigación se ve socavada en sus cimientos, al punto que se subvierten las relaciones de poder hasta el momento hegemónicas. Porque para descolonizar el saber, hay que descolonizar el poder (Mignolo, 2010, p. 212).
En este punto es pertinente recuperar la experiencia de universidades indígenas o interculturales, tales como Universidad Intercultural "Awawtay Wasi" de Ecuador, que asumen sin duda el desafío señalado. En el desarrollo de su

proyecto institucional producen una efectiva ruptura epistémica que deconstruye todas las dicotomías de la tradición occidental (por ejemplo: teoría/praxis, individuo/comunidad o ser/conocer) a partir de su propuesta de "pensar haciendo comunitariamente" y de "aprender emprendiendo". También aprender a ser. Se trata de dicotomías estructurantes, de modo tal que la deconstrucción habilita un modo de producir conocimiento absolutamente alternativo que puede ser calificado como "anticientífico" en el sentido foucaultiano que presentamos, posibilitando la emergencia de una epistemología intercultural y también de una bioética en sentido amplio, con sus particularidades de origen.

Para su desarrollo, una epistemología sustentada en el diálogo entre saberes, requiere una sociedad que supere la división en clases, en vistas de una sociedad más equitativa y justa, donde el conocimiento y la producción del mismo no se considere objeto de apropiación individual de unos pocos: se trata de un nuevo paradigma de educación en el que ya no hay objetos de educación, donde su relación es de sujeto a sujeto, construido comunitariamente, practicada por todos y evaluada por los mismos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Albornoz, J. (1995). Nociones elementales de la filosofía. Caracas. Venezuela. Vadell Hnos.

Foucault, M. (1975-1976). Defender la sociedad. Curso del Collège de France. España. AKAL.

Frankel, D. (2008). Medicalización de la vida. Salud pública y eugenesia social. Remedios de Escalada. Buenos Aires. Argentina. Ediciones UNLa.

Frankel, D. (2015). Eugenesia social. Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida. Buenos Aires. Argentina. El Ágora.

Freire, P. (1969). La educación como práctica de la libertad. Montevideo. República Oriental del Uruguay. Tierra Nueva.

Kuhn, T. (1991). La estructura de las revoluciones científicas. México. FCE.

Lima, N. S., & Cambra Badii, I. (2013). La boética según Fritz Jahr: idea y cosmovisión. Referencias contextuales y narrativas del surgimiento del concepto. V Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR., (p. 128). Buenos Aires. Argentina.

Marí, E. (1990). Elementos de epistemología comparada. Buenos Aires. Argentina. PuntoSur

Mignolo, W. (2010). Desobediencia epistémica. Buenos Aires. Argentina. Razón Política.

Popper, K. (1997). La sociedad abierta y sus enemigos. Bs As. Argentina. Paidós.

Rivera, S. (2009). Alcances y límites del modelo deontológico en el campo de la ética de la investigación biomédica. Arch Argent Pediatr, 43-48.

Sousa Santos , B. (2018). Izquierdas del mundo, ¡uníos! Barcelona. España. Icaria Editorial.

Varsasky, O. (1969). Ciencia, política y cientificismo. Buenos Aires. Argentina CEAL.

Varsasky, O. (1975). Ciencia, política y cientificismo. Buenos Aires. Argentina. CEAL.

"La educación del futuro deberá ser una enseñanza primera y universal centrada en la condición humana. Estamos en la era planetaria; una aventura común se apodera de los humanos donde quiera que estén. Estos deben reconocerse en su humanidad común y, al mismo tiempo, reconocer la diversidad cultural inherente a todo cuanto es humano"
Edgar Morín

REFORMAR EL PENSAMIENTO HUMANO PARA PODER REFORMAR LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESDE EL PARADIGMA EMERGENTE.

El contexto de emergencia que vivimos en la actualidad, nos lleva a reflexionar, a redefinir, la idea que poseemos de emergencia, siendo necesario considerar las afirmaciones de Morín (1977), que expresa con toda claridad que:

Podemos llamar emergencias a las cualidades o propiedades de un sistema que presentan un carácter de novedad en relación a las cualidades o propiedades de los componentes considerados de forma aislada o dispuestos de manera diferente en otro tipo de sistema. (p.106)

Analizando la educación superior como sistema, específicamente en la enseñanza de la enfermería, y mucho más específicamente, desde esa enseñanza en la Universidad Nacional de Hurlingham, ubicada en la provincia de Buenos Aires de la República Argentina, en el contexto que plantea la pandemia de COVID-19, vemos que efectivamente presenta cualidades de sus componentes que en la actualidad, revisten el carácter de novedosas, ya que hemos sido

empujados/as a una transformación de las propuestas pedagógicas, tanto las que se desarrollan en entornos físicos como como las que lo hacen en entornos virtuales.

Se ha dado lo que Wagensberg (2003) explica como adaptación, en tanto se ha dado un proceso por el cual el sistema, en este caso la enseñanza de la enfermería, se somete a las condiciones que el ambiente impone en sus fronteras. Efectivamente, tal como lo plantea el autor el sistema se organizó internamente para ser compatible con el exterior: "La solución es única y predecible. El estado adquirido por adaptación se llama estado estacionario pues es constante en el tiempo mientras lo sean las condiciones del contorno" (p.145).

En el mismo sentido el principio de auto organización y la teoría de la complejidad evidencian grandes aportes para la comprensión de este proceso, que es de aprendizaje inclusive para los/las profesores/as en su rol de aprendices en el manejo de recursos digitales. Ellos/as transitan los encuentros de acuerdo a su disponibilidad de tiempos, espacios, intereses y necesidades. Estos hechos están operando en sus mapas mentales a partir de conocer y darse cuenta que enfrentando y resolviendo algunos, aunque no todos los problemas, están aprendiendo a crear entornos virtuales, adquiriendo nuevas competencias que mejoran su desarrollo personal y profesional.

Lo dicho precedentemente nos lleva al concepto de "bucle retroactivo" que plantea Morín (1977), entendiendo desde su perspectiva de complejidad que no solo hay causas y efectos, sino también efectos que retroactúan informacionalmente sobre la causa, permitiendo así la autonomía organizacional del sistema, o sea, el bucle retroactivo "es a la vez genésico, genérico generativo, es decir que es el que asegura el nacimiento, la especificidad, la existencia, la autonomía de la estrella" (p. 184).El mismo autor ratifica que el bucle no procede,

pues, de un programa, "no procede de una entidad llama.da 'información'; el bucle precede genealógicamente a la información" (p.185)

La pandemia ha sido así, una oportunidad más, para que los/as profesores/as vivencien otro tipo de aprendizajes. Debieron hacerlo desde la práctica, desde lo concreto, desde la experiencia que generó procesos de auto organización – adaptación desde los aportes sobre "procesos irreversibles", para favorecer la reflexión de sus concepciones pedagógicas, que se inscriben dentro de los procesos de cambio de los sistemas abiertos, a partir como dijimos, de los conceptos de "adaptación" y "auto organización".

¿Por qué decimos todo esto? Porque se necesitó de profesores/as que se apropien de los entornos virtuales y se empoderen en su utilización, evitando lo que Adell describe con relación a las prácticas pedagógicas en la educación a distancia online, donde los roles de los participantes, el tipo de comunicación que se establece, la formalización del currículum y los contenidos, etc. siguen siendo, las mismas que de la enseñanza tradicional.

Del mismo modo, Morín lo expresa en la inanidad de la innovación, haciéndonos reflexionar con referencia a que a veces podemos iniciar una acción para cambiar algo establecido, pero terminamos haciendo lo mismo sin darnos cuenta. Por ello este proceso debe darse desde el interior mismo de la práctica docente, para que desde la interacción de unidades simples se permita la emergencia de un entorno complejo. Todo ha sido y sigue siendo un desafío.

En un sentido semejante al de Morín, y agregándole una fuerza originaria al proceso de aprender, Maturana (2016) nos explica que el ser humano es único, dada esa posibilidad, en el reino de los seres vivos precisamente por la biopraxis plena de sentido y significado. El ser humano configura el mundo generando sentido y significado. "La cognición no emerge de lo que tenemos sino

de lo que carecemos, de las contradicciones, conflictos, paradojas y tensiones de la vida cotidiana, al percatarnos de que nos falta algo que necesitamos" (p.115).
El planteamiento sobre el desarrollo de un pensamiento complejo luce como una necesidad para entender y también transformar la realidad humana, como un desafío a la hora de abordar y razonar todo lo que nos rodea. En este sentido la idea de complejidad incluye la imperfección porque incluye la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreductible. El pensamiento complejo implica razonar, precisamente, las complicaciones, las incertidumbres y las contradicciones.

Pensar desde y para la complejidad nos lleva a observar más allá de lo aparente, a pensar los elementos constitutivos como un todo global, interrelacionado. Este tipo de pensamiento, nos da la oportunidad de transformar los aspectos negativos de nuestro sistema educativo, como lo son, por ejemplo, los aprendizajes parcelados por área académica, sin mediar una integración de contenidos que nos permita relacionarlos y trabajarlos en conjunto, para que no exista la necesidad de volverlos a repetir en clases distintas, evitando que el estudiante perciba que los mismos contenidos a discutirse, en diferentes asignaturas, no tienen relación entre sí. Si asumimos la complejidad como una forma de vivir el proceso educativo, tal como propone Morín, es necesaria una reforma epistemológica del pensamiento, expandir la visión del conocimiento de forma integral de los fenómenos a estudiar, sin que sea fragmentado por alguna ciencia o poder.

Decíamos que Morín plantea que, desde la interacción de unidades simples, en este caso los/as profesores/as, se permite la emergencia de un entorno complejo, volvemos sobre esta idea, ya que el autor propone la reforma de las instituciones, subrayando estos conceptos, ya que lo entiende a partir de reformar el pensamiento humano, así como es primordial que se reformen las

instituciones para poder tener acceso a la reforma del pensamiento. Entonces para alcanzar la evolución hacia la complejidad, la reforma debe darse en todas las direcciones: con los profesores, directivos y estudiantes de todos los años de la carrera. Indudablemente todavía se necesita contagiar a muchos/as profesores/as para transformar los procesos de enseñanza, y que, tornándose en una tradición transformadora, la buena enseñanza, como explica Jackson (2012), logre algún tipo de transformación en el estudiante. Sin olvidarnos que, en la tradición transformadora, nuestras actividades de enseñanza-aprendizaje deberían estructurarse en torno al diálogo reflexivo, el debate y la deliberación como propone el autor:

> Es razonable considerar que el principal objeto de la enseñanza es la transmisión de conocimientos, como plantea el enfoque epistémico. Y también reconforta pensar que la enseñanza es una especie de actividad emancipadora, que da sustento a una sociedad democrática o bien allana el camino a su surgimiento, como requiere el enfoque consensual. En última instancia, sin embargo, ambos puntos de vista resultan ser más restrictivos que edificantes. Debemos preguntarnos: ¿por qué hay que concebir la enseñanza únicamente en función de su aporte a la transmisión de conocimientos? ¿Y por qué habría que confinarla al tipo de enseñanza que caracteriza a las sociedades democráticas si hay algún tipo que las caracterice? (p.128 - 129)

Lo antedicho está planteado en los conceptos de Jackson (2012) que, en relación a la tarea docente, y centrándose específicamente en la enseñanza afirmó:

> Tengo tres convicciones. La primera es que no hay, ni podrá haber nunca, una definición de la enseñanza basada en el comportamiento. Es sencillamente imposible observar las acciones de una persona y estar seguros de que se produce algo llamado enseñanza. La segunda, estrechamente relacionada con la primera, es que nuestro intento de decir si una persona está o no enseñando es siempre un acto de interpretación. (...) La tercera convicción, consecuencia inmediata de las dos primeras, es que jamás llegaremos a tener una definición perdurable de lo que significa enseñar. (p.108).

Una comunidad de profesores que desarrollen prácticas pedagógicas desde la complejidad en la carrera de Enfermería necesita de una nueva generación de profesores, que enseñe a los estudiantes a aprender autónomamente, que desarrolle los contenidos considerando su grado de complejidad, estimulando el arte de pensar en cada materia que enseñen, con habilidades para implementar modelos de enseñanza-aprendizaje sustentados en la esencia de la persona, incluyendo la armonía y equilibrio con su entorno, con la naturaleza y la vida misma, con una acción pedagógica centrada en el desarrollo de la conciencia humana, la cooperación, las potencialidades humanas éticas para contar con seres humanos más críticos, asertivos y

creativos. La propuesta, entonces, es vivir y enseñar a vivir con plenitud, como plantea Chacín Rosanna (2020), vivir con plenitud, significa que todas las acciones de la existencia, repercuten en las ideas, las interrelaciones, la utilización y distribución apropiada de los recursos de la naturaleza, apreciar el valor del colectivo, desde la biodiversidad, la educación desde el amor, los valores y los principios. Todos estos aspectos, como lo plantean los autores, pueden danzar desde lo simple hasta lo complejo, sencillamente averiguando por qué están ahí, en lo que los científicos llaman la intermitencia. La teoría del caos nos plantea que cuando la vida nos parece más compleja, un orden simple parece estar esperándonos a la vuelta de la esquina. Y cuando las cosas nos parecen simples, deberíamos descubrir los matices sutiles que están escondidos. O sea, como dice Morín (1999), consideramos que el desafío, es enseñar los bucles de lo humano: "la educación debe ayudarnos a entender quiénes somos, dónde estamos, de dónde venimos y adónde vamos, descubriendo lo humano; y eso se realiza entendiendo los bucles, guardando las relaciones de: cerebro-mente-cultura; razón-afecto-impulso; individuo-sociedad-especie" (p.9).

EL PENSAMIENTO COMPLEJO Y LA EDUCACIÓN DEL BUEN VIVIR PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL ACTO EDUCATIVO

Nos encontramos atravesando un momento histórico a nivel mundial caracterizado por conflictos, problemas que impactan nuestras vidas a nivel político, económico, social, cultural, entre otros. Estamos viviendo un proceso de incertidumbre, un futuro incierto, de cambios constantes, donde comprendemos, que nada de lo que sabemos es una verdad incuestionable. Asumir que el conocimiento nos es absoluto, que necesitamos preparanos para las cosas

nuevas, cambiar nuestra mirada del mundo, de la realidad, desplazándonos desde el paradigma positivista; es una oportunidad para reflexionar y realizarlo desde el paradigma emergente. Este cambio de paradigma, es necesario para generar una cultura planetaria basada en la generosidad y la tolerancia por la diversidad de ideas. Así, podremos como humanos de nuestro único planeta re-aprender y construir entre todas las culturas, los pueblos, las naciones, un mundo democrático, sensible, abierto, crítico, justo y solidario.

Morín (1997) nos dice que debemos asumir una patria planetaria, entendiéndola como inherente a los seres humanos, donde la educación tiene repercusiones en el desarrollo humano a nivel planetario, hace mención al sentimiento de pertenencia a la tierra considerándola como última y primera patria, cuya perspectiva permite construir una conciencia antropológica, ecológica, cívica y espiritual. Por lo expuesto, vemos como la educación no escapa de este punto crucial, la llegada del virus COVID-19 nos obligó a salir de una zona de confort caracterizado por el desarrollo de procesos pedagógicos propios de la tradición mimética, promotoras de una educación mecánica, determinista, racionalista, donde los conocimientos son transmitidos como verdades absolutas, disociados del entorno material y social del estudiante, además de ser restrictivo y reduccionista.

La Pandemia, nos impulsó a generar espacios para la reconstrucción del conocimiento pedagógico y tecnológico con nuevos contenidos, para promover aprendizajes centrados en los principios de auto organización, auto transformación y auto trascendencia.

La migración desde la presencialidad a ambientes virtuales de forma inesperada y abrupta generó incertidumbre, frente a la pérdida de control de lo conocido y la dependencia en cuanto a la tecnología, a la calidad de las redes y

comunicaciones, nos condujo a la innovación pedagógica en los tiempos del COVID-19.

Tomando en consideración los aportes de Morín, con relación a que la historia no sigue un patrón lineal, para entender las causas y consecuencias se necesita comprender los contextos en los que surge la incertidumbre; en este caso transitar una pandemia mundial, permite fortalecernos como comunidad educativa, para cambiar, evolucionar, estando más preparados para incorporar en nuestras vidas personales como profesionales las situaciones inesperadas; como lo fue el COVID-19.

A su vez, es la prueba contundente, de que la educación, al igual que la pedagogía se encuentra en crisis y requiere de una re-elaboración a partir del paradigma de la complejidad, del pensamiento, de la percepción del ser humano y de la sociedad, a través de una mirada amplia y profunda sobre los diferentes procesos y aspectos de las personas que intervenimos en la acción educativa.

La pedagogía compleja posibilita el aprendizaje integral, sustenta la relación del ser humano con el mundo, de manera interdisciplinaria, integrando el conocimiento de forma sistemática y holística, apoyándose en todas las dimensiones del ser y del conocimiento humano, al igual que el del planeta. Promueve el cambio y adquisición de conciencia, se asienta en el principio de incertidumbre, en el paradigma de la complejidad. Desde aquí, articular la tecnología y el paradigma emergente para la construcción de entornos virtuales es posible, comprendiendo cómo las tecnologías se articulan y se configuran de modo que respondan a epistemologías novedosas. No es la herramienta en sí misma, sino las prácticas y las representaciones que el profesorado y estudiantes se hacen con dicha herramienta.

Lograr claridad en cuanto a los lineamientos de este paradigma

emergente, ayudará a diseñar entornos y propuestas que estimulen diversos estilos de aprendizaje, que fomenten la colaboración entre pares, que estimulen los sentidos, y que propicien la producción de documentos complejos y multimedia. Contribuirá a derrumbar los mitos, las creencias y barreras que muchos de nosotros hemos legitimado producto del miedo y la angustia que nos genera perder el rol de magistralidad, el control y la confiabilidad que da la transmisión de conceptos. Permitirá el diseño de actividades experienciales que ayudan al estudiante a conectarse emocionalmente con el saber para que pueda confrontarlo con lo que conoce previamente y se motive a alcanzar el nivel de comprensión.

La experiencia puede ser directa, cuando se diseñan actividades prácticas en los laboratorios, salidas de campo hospitalario, los debates o foros de discusión entre pares, o puede ser indirecta, cuando el profesor proporciona una lectura o charla, pero siempre buscando estimular los sentidos, la imaginación, la sensibilidad usando imágenes, simulaciones, vídeos, entre otros. Generándose un ambiente de aprendizaje donde las personas interactúan entre sí y con los recursos de aprendizaje, poniendo en juego sus emociones y conocimientos, construyendo conocimiento de manera activa y colaborativa junto con las otras personas, estudiantes y profesores.

Desde la visión de este paradigma emergente los lazos se construyen desde el amor, donde profesores y estudiantes no se relacionan desde el poder, sino desde un diálogo de saberes como alternativa hacia la transformación de conflictos, el respeto desde las ideas, conceptos y diferencias.

Esta visión paradigmática emergente, permite un ordenamiento diferente del caos dado por la fractura de nuestro modo de vivir. Esta visión holística, nos compromete a entender que el universo es sistémico, inclusivo,

relacional, espiritual y solidario, que todo lo que habita en él, está en continua interacción, que cada una de sus partes y cada parte de las unidades se auto referencie en la existencia del todo.

De esta forma se facilita el desarrollo de una educación en la que podemos conectar todo lo existente y que afecte la vida en todos sus aspectos, directa o indirectamente donde nuestro quehacer mediador, genere espacios para que el estudiante desarrolle procesos cognitivos (capacidades, destrezas y habilidades) y afectivos (valores y actitudes), integrando la educación para la creatividad. Pensar en lo holístico, en la unidad, en lo akásico, implica también abrir las alas de la mente, del espíritu y la razón para deambular entre infinitos universos. Implica deshacer el pacto con lo predecible y con las verdades absolutas, con los dogmas irrefutables para dar paso a la incertidumbre, en cualquier caso, aceptándola como parte del proceso.

En estos momentos de cambios, verlas como una oportunidad para abordar pequeñas transformaciones que nos permiten conseguir una mayor calidad del proceso de enseñanza/aprendizaje sabiendo que podemos hacer mejoras en la educación de la Enfermería. Para lo cual, y re tomando a Chacin (2020) quien afirma:

> De acuerdo a lo planteado, cualquier cosa que cada individuo pueda hacer desde su espacio puede repercutir positivamente o negativamente en los espacios de los otros, porque estamos interconectados como miembros de un sistema. Al relacionar esta ley con los procesos humanos de interacción, no solo podemos reconocer lo importante de influir sutilmente en los otros, en

> relación con su aprendizaje, a través de la sutileza del lenguaje, de persuadir al otro de lo importante de su cuerpo, de su mente y de su espíritu, en el proceso educativo, lo que percibe de su entorno, familiares, maestros y sociedad y lo que asimila de estas experiencias en las que interactúa. (p.8)

Significa, además, desatar los lazos de la colonialidad, mantenida y transmitida en las diversas instancias del proceso educativo, de nuestra sociedad y nuestra cultura, aun perceptible en la cotidianidad, en las relaciones y en las sutilezas.

Se trata, en definitiva, de desconstruir las concepciones de la formación cultural, la educación y la visión del mundo, evidencian una realidad obsoleta, cuyas acciones generan acontecimientos educativos para el buen vivir. Estos se caracterizan por la innovación, que no es un requisito para racionalizar o regular la pertinencia de conocimientos restringidos por la calidad, sino que donan tiempo. Asimismo, esto significa también, generar el efecto mariposa siendo conscientes que cada acto pequeño que hagamos tendrá enormes consecuencias que afectan al mundo en su conjunto y a las personas que nos rodean. O lo que es lo mismo: el poder del cambio.

Tanto la naturaleza, como la sociedad y en nuestras vidas cotidianas, el caos gobierna a través del efecto mariposa, término proveniente de un proverbio chino, "el aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo". En definitiva, el efecto mariposa es una teoría, que hace referencia, a las consecuencias, de cada pequeño acto que hagamos.

Edgar Morín nos propone superar la segmentación disciplinaria que estimulan la compartimentación de saberes y ser capaces de asumir como

educadores el paradigma del pensamiento complejo para lograr conexiones hacia y con otras disciplinas para trabajar de manera interdisciplinaria, integrando la ciencia, la ecología, la cultura científica y humana.

Desde la perspectiva del autor, como educadores estamos en condiciones de trabajar con teorías críticas, reflexivas, autocriticas, para auto-reformar, auto-revolucionar los enfoques de enseñanza- aprendizaje para romper el statu quo que la modernidad colonial hasta la fecha continúa disgregando en áreas disciplinarias.

CONCLUSIONES

Es preciso reflexionar la potencialidad que nos brinda en el contexto educativo para articular el pensamiento complejo, buscando lograr nuevos enfoques de aprendizaje, mientras que el Buen Vivir nos brinda las competencias para el desarrollo humano tanto del profesor como el estudiante.

En este sentido, surge una propuesta política educativa y filosófica que concibe al ser humano integrado de manera global e interdependiente del entorno social del que proviene. Por esta razón, la incorporación del Buen Vivir en el marco educativo posibilita el aprendizaje para toda la vida, y se comparten entre estudiante profesores, ya que otros saberes entran en equivocidad, el Buen Vivir entendido como los modos de relacionarse armónicamente con el mundo, la naturaleza y con los otros. Por lo cual, se incorporan diferentes prácticas, estrategias y didácticas innovadoras que favorecen las competencias y las capacidades para el empoderamiento de los diferentes procesos de aprendizaje emancipador, con la apropiación social del conocimiento.

En esta línea, es necesario que las Universidades, sus autoridades y

profesores consideren y asuman sus responsabilidades para promover otras maneras de enseñar, de aprender y de vivir para descolonizar la cultura académica comprendiendo que esta tarea es posible, desde el pensamiento complejo y del Buen Vivir.

De esta manera dejaremos de priorizar en las aulas la clasificación, información y podremos iniciar el camino de la formación de una conciencia ciudadana y planetaria, social y humanista que integre los problemas del mundo actual garantizando una educación para la universalidad y la formación integral del futuro egresado de Enfermería. La formación del Buen Vivir implica una perspectiva de aprendizaje intencionada, con competencia ética, crítica participativa, solidaria y reconociendo e interactuando con visión multidimensional de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Adell, J. y Castañeda, L. (2012). Tecnologías emergentes, ¿pedagogías emergentes? En J. Hernández, M. Pennesi, D. Sobrino y A. Vázquez (coord.). Tendencias emergentes en educación con TIC. Barcelona. España. Asociación Espiral, Educación y Tecnología. págs. 13-32. ISBN: 978-84-616-0448-7.

Archila, J. (2013). Educación y pedagogía en el contexto del paradigma emergente: una nueva forma de pensar y percibir el mundo para la formación de ciudadanía. Revista Logos Ciencia & Tecnología. 5(1), 139-147.Capra, Frtjof (1992) El punto crucial. Capítulo I: La Máquina Newtoniana del mundo. Buenos Aires. Argentina. Editorial Estaciones.

Chacín R. (2009). Hacia un paradigma pedagógico En: Extramuros. 30, págs.137-153. http://190.169.94.12/ojs/index.php/rev_exm/article/view/8267/8166 emergente. Universidad Central de Venezuela.

Chacín R. (2020). Consideraciones iniciales. La presencia del Positivismo en la escuela. Material bibliográfico. Seminario Paradigma Emergente y su implicancia en la educación.

Herrán, A. (2011). Reflexiones para una reforma profunda de la educación, desde un enfoque basado en la complejidad, la universalidad y la conciencia. Educación XXI, Pág., 245-264.

Jackson P. (2012). Prácticas de la enseñanza. Buenos Aires. Argentina. Amorrortu.

Martínez, M. (2011). Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad. En: Morín, Edgar (2000) Los Siete Saberes Necesarios a la Educación del Futuro. Capítulo: Las cegueras del conocimiento: El error y la Ilusión.

UNESCO-IESALC, Medellín. Colombia

Maturana H. (1992). El sentido de lo humano r. cuarta edición. Ediciones Pedagógicas Chilenas, Santiago cuarta edición.

Maturana H. (2016). Nuevos paradigmas en el siglo xxi psicología, educación y ciencia- 1a ed. Bogotá. Editores. Cap. 6 El ser humano que piensa, razona y reflexiona.

Rodríguez, M. (2018) El Buen vivir como desafío en la formación de maestros: aproximaciones desde la Universidad Nacional de Educación del Ecuador. Revista Mexicana Educación Educativa. Volumen 23 N°77.

Soto González, M. (1999) Complejidad y Sujeto Humano. Edgar Morín. Universidad Valladolid. España

LOS CUERPOS QUE MODELAMOS, IDEALIZAMOS, ENCARNAMOS, DESCARTAMOS. UNA POSIBLE CARTOGRAFÍA DEL BUEN-VIVIR, DISEÑADA DESDE EL SUR DE LOS CUERPOS Y SUS RESISTENCIAS

GLADYS MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN

Este capítulo entrama nuestras experiencias, ideas y sentires en diálogo con autores/as referentes en cada tema, tomando como ejes transversales los conceptos de cuerpo y prácticas corporales, articulados en el devenir histórico social y sus instituciones, la construcción de subjetividad y la producción de sentidos para la existencia. Así, fuimos transitando un camino no lineal, alentadas por la perspectiva del buen vivir y posicionándonos en resistencia a la necesidad de presentar un producto acabado y homogéneo en el intento de describir una realidad social signada por la incertidumbre y las desigualdades como en la que nos encontró este tiempo de pandemia.

Por ello decidimos alimentar este espacio de producción con frecuentes intercambios virtuales para compartir conocimiento, pero respetando la diversidad y el modo de decir de cada una. Así, y destacando que el ordenamiento es aleatorio, y que podría comenzarse por cualquiera de los apartados, o leerse en forma independiente, comenzamos por analizar los cuerpos que la pandemia por COVID-19 ha puesto en la mira: los de las personas mayores.

Desde esa localización, Gladys nos convoca a hacer un recorrido histórico por la construcción social del cuerpo envejecido, de los cuerpos frágiles. Analiza también la diversidad de situaciones en las que las personas mayores transitan la pandemia y propone algunas alternativas de deconstrucción de las representaciones sobre la vejez, entendiéndola como parte del curso de la vida desde el enfoque de derechos humanos y la perspectiva del buen vivir. Ello

implica, necesariamente, redimensionar la potencialidad colectiva y plural del cuerpo, lo cual incide en las prácticas sociales, tales como los cuidados y los vínculos intergeneracionales-comunitarios y en el diseño de políticas interseccionales.

María José profundiza el tema desde el desafío de los/as profesores/as de educación física en el trabajo con personas mayores. Se posiciona para el análisis en la interrelación entre los entornos y las prácticas corporales de dicho colectivo, la cual, aún situada en el contexto de una clase, debe ser entendida como portadora de los múltiples entornos que cada una de esas personas mayores ha "corporalizado" durante su trayectoria vital. Desde esta dimensión propone una revisión del rol de los/as docentes de educación física en el trabajo con personas mayores, orientado más hacia la construcción de esos entornos - en el sentido de la movilización, la contención grupal, el cuidado mutuo, la interacción - que en el cumplimiento de los mandatos hegemónicos del trabajo corporal individual.

Mariana se enfoca primero en el concepto de prácticas corporales, desentrañándolo desde la construcción teórica de una verdadera genealogía del cuerpo, en la que destaca su utilidad como herramienta para la opresión capitalista y colonizadora y plantea, desde una posición crítica, la necesidad de desnaturalizar al cuerpo y comprenderlo como construcción social. Para ello retoma las raíces históricas nacionales de la educación física en la escuela y avanza hacia una propuesta de transformación, que implica la revisión profunda sobre la funcionalidad de sus métodos y técnicas tradicionales con los modelos hegemónicos de adiestramiento de los cuerpos.

María Elena retorna al tema de los cuerpos envejecidos, analizándolo desde una ausencia: la de las propuestas deportivas para personas mayores.

Desde ese núcleo de análisis, realiza un recorrido por la historia del deporte y sus tensiones conceptuales e interpretativas tomando posición por las que la plantean como herramienta de construcción de ciudadanía. Es desde esa dimensión en la que propone al deporte como una práctica corporal necesaria para las personas mayores e insta a recuperar sus valores éticos y sociales, lo cual requiere los marcos jurídico-legales necesarios y la intervención del Estado en la generación de alternativas deportivas que garanticen a las personas mayores el derecho a la inclusión y participación.

Es importante para nosotras destacar que la invitación a ser parte de este libro fue lo que nos motivó a embarcarnos en esta aventura, en la que cuatro docentes del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, con diferentes roles, procedencias y trayectorias, nos propusimos elaborar un texto en forma conjunta. Establecer algunos acuerdos para esa producción fue la excusa al principio para comenzar a reunirnos en forma virtual, pero luego los encuentros se convirtieron en espacios de disfrute en los que pudimos alterar la soledad de la escritura individual, sabiéndonos acompañadas, escuchadas, respetadas.

En estos tiempos de pandemia, podemos significarla como un abrazo intelectual en el que "hablar del cuerpo" desde el distanciamiento físico, nos posibilitó transitar nuestras propias incertezas y fragilidades desde la propia vivencia corporal y, así, encontrar-nos como cuerpo colectivo-plural, entretejiendo palabras y emociones.

CUERPOS, VEJECES Y PANDEMIA POR COVID-19 REFLEXIONES DESDE LA PERSPECTIVA DEL BUEN-VIVIR

GLADYS MARTÍNEZ

Comenzaremos a hilvanar algunos aportes desde la perspectiva del buen-vivir al tema del envejecimiento, estableciendo intersecciones entre la pandemia por COVID-19, la recomendación oficial de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO)[1] y los cuerpos de las personas mayores.

En tanto el COVID-19 fue y sigue siendo representado como un enemigo invisible que ataca los cuerpos y no discrimina en la elección de sus víctimas, la distancia social fue considerado como el recurso más efectivo para prevenir contagios, siendo la respuesta inmediata frente a la emergencia de la pandemia.

Es llamativo que, sin embargo, se hayan utilizado las denominaciones de aislamiento y distanciamiento social para definir las distintas fases de cumplimiento de esta medida, lo cual ya nos revela cierta dificultad para conceptualizar los límites entre lo físico y lo social, tanto de los cuerpos como de sus interrelaciones. En este contexto de urgencia, que altera las prioridades y reactiva ciertas contradicciones y ambigüedades en los modos hegemónicos de ordenamiento social, empezaremos entonces por profundizar la reflexión sobre el concepto de cuerpos envejecidos, cuerpos que además son ahora redefinidos desde el discurso estadístico de la mortalidad como el blanco predilecto del virus. Estamos hablando de un cuerpo que antes de ser calificado como envejecido, ha sido históricamente construido como cuerpo individual. La cosmología del sistema capitalista basada en el dualismo ontológico cartesiano produjo esta división separando a la vez, definitivamente, también al hombre de la naturaleza, estableciendo su superioridad respecto de ella. Pero ese proyecto moderno-colonial-capitalista-patriarcal necesitó también escindir la vida y las actividades humanas a partir de su ideal de hombre productivo, muy lejos del cual quedaron, entre otros, los cuerpos envejecidos, desechados por inútiles e improductivos. De

[1] Medida oficial declarada en nuestro país desde el 20 de marzo de 2020 en las regiones de mayor circulación viral.

allí que el envejecimiento del "hombre moderno y occidental" transcurriera en el silencio de la experiencia del cuerpo borrado, descartado. Por su parte, las disciplinas, en tanto creadoras de aparatos de saber y conocimientos, constituyeron un instrumento fundamental de este modelo, inscribiendo las normas de regulación de la existencia sobre los cuerpos mediante adiestramiento, pero también a través de significaciones con efectos performativos. En el caso de esos cuerpos envejecidos, las directrices normalizadoras quedaron a cargo de la ciencia médica, estableciendo así una indisociable vinculación entre vejez y enfermedad.

La transición demográfica desde principios del siglo XX, evidenciada por la prolongación de la vida humana, como así también por el aumento de la proporción de personas mayores en la población mundial, legitimó la emergencia de dos campos de conocimiento formales sobre la vejez: la geriatría y la gerontología. Aun reconociéndose la dificultad en establecer límites precisos entre ambas, los cuerpos quedaron a cargo de la primera, por tratarse de una especialidad de la medicina orientada a las enfermedades y cambios físicos en la vejez, mientras que la segunda se dedicó al estudio del envejecimiento, las personas mayores y el entorno. La idea de vejez, más enriquecida desde un concepto de salud que integraba aspectos sociales, psicológicos y biológicos, fue dando lugar a diferentes nominaciones y lineamientos (envejecimiento saludable, envejecimiento activo), pero aun así las personas mayores continuaron sintiéndose marginadas, aunque de un modo más sutil (Simone de Beauvoir, 1983).

Desde los valores hegemónicos, el cuerpo envejecido siguió siendo negado, mientras que su "sujeto" se refugió en los hábitos, rutinas y tareas de su vida cotidiana para subsistir socialmente; de allí el nombramiento según roles:

los abuelos, los jubilados[2].

Desde finales del siglo XX esa negación vino a establecer una fuerte alianza con los valores neoliberales, para los que la noción del cuerpo no ya solo es una posesión individual sino también una mercancía. Asumido como tal – y sometiéndolo a tratamientos y rituales de rejuvenecimiento, embellecimiento, recuperabilidad- se deposita en los saberes biomédicos, cosméticos y en prácticas gimnásticas la búsqueda de alivio frente al mandato de "eterna juventud". A su vez, se mantienen los modos de gobernar los temas vinculados a la edad desde su segmentación arbitraria y administrativa, pero colocando la responsabilidad del estilo de vejez que se lleva, en la propia persona mayor. Es ella quien debe procurarse el acceso a esos "métodos de envejecimiento exitoso" que van incorporando cada vez un nuevo elemento, producto del último grito de la neurociencia o del mercado. Lejos de derribar mitos, se sigue reforzando así la cristalización de la matriz geriátrica del envejecimiento y la vejez a nivel del imaginario social.

Tal como lo afirma Morin (2003), la profundización de la afirmación del *individuo* por sobre la especie, implica necesariamente el rechazo de la muerte como así también la sustitución de la idea de trascendencia de la especie por la de la trascendencia individual. La lucha contra el envejecimiento biológico se vuelve entonces un imperativo para lograrla. Pero el sostenimiento de la fantasía de seguir manteniéndose joven tiene un alto costo, no siempre ni sólo económico, sino también emocional y físico, ya que exige como contraparte el ocultamiento de la transformación de lo real del cuerpo cuando éste aparece como límite o da cuenta de su fragilidad, enfermedad o enlentecimiento (Pochintesta, 2012). Ese cuerpo, amenazando con convertirse en "una carga", atenta contra la ilusión neoliberal de la autonomía como capacidad individual de autosuficiencia,

[2] El uso exclusivo del masculino para generalizar a los seres humanos hasta este párrafo es intencional, en tanto también es representativo de la misma cosmovisión.

construyendo así- en su lógica dualista- su opuesto: la dependencia. Claramente esta antítesis es ficticia, en primer término, porque requiere para su sostenimiento de una presunción binaria sobre la funcionalidad, del mismo modo que también suele considerarse la oposición entre salud y enfermedad. Por otra parte, porque también basa su fundamento en la previa naturalización de la disociación entre cuerpo y naturaleza, a partir de la cual, entonces, produce la posibilidad de escindir la existencia de ese cuerpo envejecido y dependiente, asociándolo a lo no-humano e indeseable.

Para una mayor comprensión de lo hasta aquí expresado, resulta oportuno recordar esta canción de Alberto Cortés (1989), que describe la tragedia de la vejez entendida como ruptura de la continuidad biográfica capaz de convertir al "uno mismo" en un otro desconocido, indescriptible:

La vejez...
está a la vuelta de cualquier esquina,
allí, donde uno menos se imagina
se nos presenta por primera vez.
La vejez...
es la más dura de las dictaduras,
la grave ceremonia de clausura
de lo que fue la juventud alguna vez.
(Cortés (989)

Ya desde fines del siglo pasado, se comienzan a comprender los conceptos de vejez y envejecimiento como una construcción social e histórica entramada en las dinámicas culturales, económicas y políticas. En este sentido, es importante resaltar que la Argentina fue precursora en la incorporación de los derechos de las personas mayores en su legislación. En efecto, en agosto del año

1948, Eva Perón proclamó los Derechos de la Ancianidad[3], los cuales, meses más tarde fueron proclamados también por el Tercer período de sesiones de la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Al año siguiente, esos derechos fueron incorporados a la Constitución de 1949, enunciando como tales a la asistencia, la vivienda, la alimentación, el cuidado de la salud física y moral, el esparcimiento, el trabajo, la tranquilidad y el respeto y consideración de este colectivo por parte de sus semejantes (Brandariz, 2020). En 1956, mediante una proclama de la dictadura cívico-militar que el año anterior había destituido al gobierno constitucionalmente elegido, la reforma del 49 fue dejada sin efecto y con ella todos los derechos sociales allí establecidos.

A nivel internacional el derecho se incorporó a la gerontología a través del Plan de Acción de Viena, adoptado en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Vejez en 1982. Dicho documento adquirió un importante valor "simbólico", enmarcando el desarrollo de los primeros estudios referidos a la responsabilidad estatal hacia las personas mayores, que fueron visibilizando esta cuestión hasta la plasmación, en 2015, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Davobe, 2016). Es fundamental poner en valor el contexto latinoamericano, como territorio de gestación del primer instrumento con carácter vinculante que recopila y estandariza los derechos humanos de las personas mayores, como así también reafirmar que las garantías al derecho no son independientes de los contextos políticos en los cuales se inscriben los marcos normativos vigentes. Nuestra historia argentina, analizada desde este tema, es un ejemplo claro para advertir esta relación entre las políticas impulsadas por gobiernos nacionales-populares y el reconocimiento de los derechos de las personas mayores como deberes y responsabilidades del Estado.

[3] Ello implicó la construcción de hogares mixtos para personas mayores y la sanción de una Ley que otorgaba pensiones a los mayores de 60 años sin amparo

De hecho, no podría considerarse como casual que, así como las políticas del gobierno peronista (1946-1955) sobre los derechos de la ancianidad antecedieron a las declaraciones internacionales, las del gobierno kirchnerista (2003-2015) - al generar ampliación del acceso a derechos sociales- diseñaron el escenario propicio para la incidencia de nuestro país en el impulso y plasmación de la Convención Interamericana ya mencionada.

En el marco de las transformaciones socio-histórico-culturales, la gerontología crítica propone una revisión profunda sobre los modos en que se construyen los conceptos de vejez y de envejecimiento, estableciendo lazos y rupturas entre los significados y representaciones hegemónicas y la pervivencia de creencias, prejuicios y preconceptos en los discursos de la ciencia y en las prácticas de los profesionales del campo gerontológico (Yuni y Urbano, 2008). En cuanto a los cuerpos de las vejeces, son los movimientos para el reconocimiento de los derechos de las personas mayores- a los que en los últimos tiempos debemos agregar la gerontología feminista- quienes interpelan las lógicas homogeneizantes y "viejistas" entramadas en los valores y dinámica de la sociedad actual. Estos aportes señalan que, teniendo en cuenta las diversas formas de "encarnamiento" de las vejeces en cuerpos atravesados por múltiples opresiones, las mismas deben ser analizadas desde la perspectiva interseccional[4]. Ello implica asumir una metodología de interpretación y abordaje de las desigualdades sociales, profundizando y complejizando la mirada sobre la producción de inequidades en contextos específicos, atendiendo el modo en que diversos marcadores de diferencia se intersectan produciendo nuevas desigualdades que adquieren caracteres particulares (Zapata Galindo, Cuenca y Puga, 2014). Así, la vejez no podría ser comprendida sino desde sus intersecciones con género, clase social, etnia, discapacidad, entre otras.

[4] Modo de abordar las desigualdades sociales, profundizando y complejizando la mirada sobre la producción de inequidades en contextos específicos, atendiendo al modo en que diversos marcadores de diferencia se intersectan produciendo nuevas desigualdades que adquieren caracteres particulares (Zapata Galindo et al, 2014).

Otro concepto que se pone en crisis desde estos movimientos es el de cuidados, lo cual desnuda la contradicción socio reproductiva del sistema capitalista, cuyo sistema económico depende para su funcionamiento de actividades externas a él, como la prestación de cuidados, pero se aprovecha de ellas sin asignarles valor social ni monetario. Esta contradicción se profundiza en la fase más reciente de desarrollo del capitalismo neoliberal financiarizado, caracterizada por la desinversión estatal en bienestar social y por la externalización de los cuidados a las familias, justamente cuando éstas ven reducida su capacidad para poder atender dichas tareas. En este punto no podemos dejar de mencionar que la distribución de tareas de cuidado, en todos los casos y en todas sus dimensiones, es marcadamente desigual en términos de género, siendo en su gran mayoría mujeres quienes realizan gratuitamente este trabajo, considerado como parte de las tareas inherentes a ellas (D'Alessandro, O'Donnell, Prieto, Tundis y Zanino, 2020). Nos encontramos así con una organización social de los cuidados dual: mercantilizada, para quienes pueden comprar servicios de cuidados en el mercado, y privatizada, para los que no pueden hacerlo. Si bien es claro que el concepto de cuidados no queda restringido solamente al colectivo de personas mayores, esta crisis impacta fuertemente en la operativización de sus derechos, evidenciando, además de la feminización del cuidado, también la feminización del envejecimiento, siendo frecuente encontrar mujeres mayores siendo cuidadoras de otras personas mayores, de niños, niñas o adolescentes y/o a cargo de las tareas del hogar.

En este escenario, la irrupción de la pandemia por COVID-19 profundizó las desigualdades y brechas entre los estratos económicos, afectando fuertemente la dinámica aún invisibilizada de los cuidados.

Ante tanta incertidumbre ¿Qué hacemos con los cuerpos envejecidos?

La pandemia, al denominar a las personas mayores como "grupo de riesgo", volvió a asociar sus cuerpos con la vulnerabilidad de la manera más cruda y contradictoria, al ser ahora el aislamiento, según las recomendaciones de los expertos médicos, el más efectivo método de prevención. Si bien la medida es general para todas las personas - ya que no hay modo de quedar por fuera del mapa del contagio - las noticias y los discursos oficiales siguen haciendo énfasis en que la mortalidad es de los más añosos, aunque luego agreguen que la comorbilidad es el agravante casi decisivo en esos casos.

Mientras que otros países no dudaron en tomar decisiones drásticas sobre las "vidas que no merecen ser vividas", nuestro gobierno puso en el centro de las recomendaciones el tema del cuidado de las personas mayores. El problema es que es muy difícil garantizarlo frente a la diversidad de condiciones en las que viven, sobre todo aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social. Para una mejor comprensión de dicha complejidad, es oportuno recordar que el colectivo de personas mayores fue, precisamente, uno de los más afectados por la implementación de políticas neoliberales entre 2015 y 2019 que, profundizando la desigualdad económica y social, dejaron a gran parte de las personas mayores por debajo de la línea de la pobreza (Martinez, Herrera, Lado, Molina y Pochintesta, 2020).

Observamos así que, a nivel global, la pandemia-cuarentena ha puesto en evidencia del modo más cruel, las debilidades previas del sistema (capitalista, patriarcal, edadista, capacitista) para hacer efectivos los derechos de las personas mayores. La exaltación del individualismo como valor hegemónico fue tensado hasta el extremo, confrontando a las sociedades a la percepción inevitable e indeseada de enfermar y morir en soledad, transmitiendo diariamente por los medios de comunicación cifras y estadísticas de cuerpos sin

rostros, pero con edad. Esta situación confrontó a muchas personas con el dolor y la impotencia de ver impedida su posibilidad de cuidar, y en algunas ocasiones despedir, a sus seres queridos. Simultáneamente, también produjo un efecto visibilizador de los recursos y dispositivos formales e informales que funcionan desde hace tiempo como sistemas de apoyo y construcción de redes de afecto, cuidados e intercambio en el "subsuelo" de las acciones destacadas o relevantes en gerontología.

Pero hay múltiples formas de ASPO, en función de las condiciones de vida de cada persona, ya que no todos los cuerpos tienen la posibilidad de quedarse en una casa. Inclusive la casa puede no ser un lugar seguro en cuarentena, cuando los encierros implican soledad, abandono y/o hasta situaciones de abusos y violencias también para muchas personas mayores.

A las barreras para la participación y sociabilidad que indefectiblemente potencia la situación de aislamiento debemos incluir las tecnológicas. No todas las personas mayores han podido reemplazar los modos de comunicación presenciales por los virtuales y no siempre los medios y sistemas de comunicación contemplan los criterios básicos de accesibilidad y de diseño para todos/as, lo cual deviene muchas veces en pérdida de autonomía y de salud. Las restricciones de movilidad provocan un aumento del sedentarismo, de los trastornos de alimentación y del sueño en todas las personas en general, y de modo específico en la población mayor.

Por otra parte, es sabido que en varios lugares el espacio doméstico se extiende más allá de las casas: se compone por los espacios barriales y comunitarios en los que, en general la contención/cuidado de personas mayores, sigue siendo "feminizada", "familiarizada", "devaluada", tanto como las redes de apoyo barriales, los comedores, los centros de salud, el cuidado a quienes

cuidan. Estas infraestructuras colectivas son verdaderas tramas de interdependencia, en las que se delega la responsabilidad de "sostener" la vida, a la vez que se las asocia con el voluntarismo y la solidaridad.

¿CÓMO PENSAR EL BUEN VIVIR EN ESTAS CONDICIONES?

El instrumento jurídico vinculante del que disponemos para orientar las acciones y políticas en nuestro país hacia ese objetivo es la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015). Entendemos que el punto clave de encuentro entre los principios de la Convención[5] y el buen- vivir es el enfoque del curso de la vida, es decir, la recuperación del sentido de continuidad biográfica (un ser-en-el-tiempo) que se hace posible en nuestra actualidad a partir de la resignificación de "las vejeces" como categoría de resistencia. Es decir, en el buen-vivir estaría implícito indisociablemente el buen-envejecer, y no sería percibido ya como un problema individual, asociado a un grupo etario, sino como una responsabilidad colectiva entramada en una lógica de intercambios recíprocos. Ese sentido de reciprocidad también abarcaría la noción de autonomía, concebida como construcción relacional y no como capacidad individual y la de ambientes o entornos, cuyas condiciones de accesibilidad definen esos cursos de vida y, por lo tanto, los modos de envejecer y de vivir como "cuerpos envejecidos". Ello supone también, asumir una perspectiva desde el Sur, pensando el cuerpo en relación a la colonialidad. Si el cuerpo es la "superficie de inscripción de los acontecimientos" (Foucault, 1992, p.14) y la vida tiene lugar en la articulación de ese cuerpo con la

[5] Son principios generales aplicables a la Convención: a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor; b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo; c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor; d) La igualdad y no discriminación; e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad; f) El bienestar y cuidado; g) La seguridad física, económica y social; h) La autorrealización; i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida; j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria; k) El buen trato y la atención preferencial; l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor; m) El respeto y valorización de la diversidad cultural; n) La protección judicial efectiva; o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna (Art. 3 de la Convención sobre la protección de los derechos de las personas mayores, OEA, 2015) (el resaltado es nuestro, para destacar los múltiples puntos de encuentro con el enfoque del buen vivir)

historia, entonces, los cuerpos envejecidos son en sí mismos memoria histórica, entendida como una conexión que ilumina con una nueva luz tanto el presente como el pasado, es decir, que reabre uno en relación al otro (Benjamin, 1994). Desde esta perspectiva, el buen-vivir en la vejez no refiere solamente a una elaboración de lo vivido sino también, y sobre todo, a la producción de sentido y posibilidad de su enunciación y transmisión. Supone asimismo re-conocernos "cuerpos envejecientes" desde el mestizaje de nuestra existencia latinoamericana y a través de nuestras historias y narraciones individuales y colectivas. De ahí que esos cuerpos no puedan ser estudiados sólo como objetividad o subjetividad, o como objetos o sujetos, sino que tienen que ser pensados como el territorio - espacio y tiempo- en el que se encarna, pero también en los cuales se desborda dicha historia (Sanchez Grobet, 2019). Desde esa posición, también cambia la manera en la que pensamos a los "otros" y las relaciones que nos atraviesan.

Pero aquí también hay que advertir que la colonialidad opera en un doble sentido. Por un lado, como la matriz desde donde se crean ciertas representaciones - en el tema que nos ocupa, la de la juventud asociada a belleza-capacidad-potencia y de la vejez como su opuesto binario- y por otro, porque estas imágenes se materializan en el esquema corporal. Así es que el viejismo-capacitismo, reproduciendo la matriz colonial, rompe con la cadena de significaciones[6] y convierte al signo en marca, materialidad: el sello que todo cuerpo envejecido porta, "y esto es lo que más hay de inmediato, más visual, más material" (Mbembe, 2015, p. 365).

Entonces, si en esa estructura colonizadora en la que todos los cuerpos han sido forjados, la marca de la vejez vuelve a ese cuerpo incompatible con todo lo vinculado al deseo ¿cómo restituir la potencia deseante, sintiente, del cuerpo

[6] Esta idea refiere a que un signo ya no remite a otro, sino que, por el contrario, el signo remite a una corporalidad específica, portadora de características y comportamientos previamente establecidos.

envejecido? Aun reconociéndolos como expresión y síntesis de las contradicciones histórico-sociales que los han modelado ¿cómo podrían escapar del sistema de representaciones que lo limitan?

Claramente el problema no está en los cuerpos envejecidos sino en el sistema de representaciones, el cual- como ya se ha mencionado en la referencia a posiciones de gerontología críticas- ya nos permitía vislumbrar algunas fisuras antes de la pandemia por Covid-19. De ahí la importancia de retomar la idea de cuerpo colectivo y plural, indisociable de la memoria social, de las tradiciones vinculadas a saberes, haceres, lenguajes, modos posibles de construcción de soberanía comunitaria.

En este punto se vuelve necesario recurrir al concepto de "ecología de saberes" para reconocer que la relación entre los seres humanos, y entre ellos y la naturaleza suponen más de una forma de conocimiento y, por ello, de ignorancia (intercambio de saberes, interconexión igualitaria) (De Sousa Santos, 2014).

La pandemia nos confrontó a la percepción de nuestra propia fragilidad y a la presencia acechante de la muerte. Tal vez descolonizar la idea de vejez es volver a pensarnos como seres-en-sociedad—en—naturaleza y también como ser-con-mundo de los muertos-lo trascendente—lo sagrado, lo cual atenta contra los privilegiados valores sociales asignados a la autonomía individual, la autosuficiencia, la capacidad competitiva.

Hacer visibles estas fisuras no es suponernos afuera del ordenamiento hegemónico colonial/patriarcal/viejista/capacitista, en el cual estamos encarnados/as como sujetos/as sociales. Lo que nos permiten estas revisiones críticas, con el aporte de la perspectiva del buenvivir, es la posibilidad de revelar las contradicciones históricas que lo constituyen. Y a partir de ellas demostrar

que no son naturales.

Pero para resultar transformadoras, estas revisiones no pueden estar disociadas de un pensamiento estratégico, que nos permita la inclusión de otros modos de experimentar lo político, lo social y lo ecológico (desde las "micropolíticas" que redefinen las "comunidades" y los "territorios", por ejemplo) sabiendo que el hábito de posicionarse desde la linealidad, la objetividad y el binarismo persisten de manera hegemónica. Aquí se vuelve fundamental tensar las representaciones mediante la disputa del sentido de conceptos vinculados a la vejez que, al haberse escindido de sus corporeidades han asumido interpretaciones individualistas, tales como el de resiliencia, memoria o cuidados de las personas mayores.

En cuanto a la resiliencia (Suarez Ojeda, 2001), más que dar cuenta de situaciones personales de auto superación de dificultades, es fundamental revalorizar la "resiliencia comunitaria" de las prácticas (cuerpos-haceres) que se han logrado recuperar y sostener, resistiendo en contextos excluyentes, que evidencian la potencia de lo local, así como los "localismos" de lo supuestamente universal (Calveiro, 2006).

Ello nos permitiría entender que la memoria, independientemente de los circuitos neurocognitivos de procesamiento y recuperación de información, se co-construye con los cuerpos y, en tanto impronta colectiva, es análoga a los modos de transmisión intergeneracional. Se aprehende lo recibido desde la diferencia y esa aprehensión va de la mano de la dialéctica de la memoria y el olvido; el pasaje está logrado justamente en el contrabando, que abre a lo que va suceder, permite una continuidad y rechaza el aferramiento a la repetición. Es un relato oral que se reproduce y recrea generacionalmente[7] (Hassoun, 1996) y en ese proceso tiene lugar nuestra existencia. El ejemplo más cabal es el de

[7] Hassoun la distingue de la tendencia a la repetición (como fábrica de loros o clones) ya que justamente lo apasionante de la aventura de la transmisión se aloja en la serie de diferencias entre quienes preceden y sus descendientes, diferencias sobre las cuales se ins
cribe aquello a transmitir.

nuestras Madres y Abuelas de Plaza de Mayo, descripto magistralmente Eduardo Galeano al expresar: *"En Argentina las locas de Plaza de Mayo serán un ejemplo de salud mental porque ellas se negaron a olvidar en los tiempos de la amnesia obligatoria"* (Galeano, 1998, p.193)

En cuanto al cuidado, en principio es fundamental dimensionarlo como un "bien común", en el que las personas mayores realizan un gran aporte (cuidado de plantas, animales, de la economía del hogar, de las nuevas generaciones, de sus familiares – en ocasiones aún más mayores) siendo claramente las mujeres quienes se destacan como transmisoras de la cultura del cuidado.

Y con respecto a las acciones positivas que deben estar implícitas en las políticas de cuidados gerontológicos, la Convención establece que la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados[8] que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; como así también la previsión de que pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Asigna la responsabilidad a los Estados parte en el diseño de medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión, su género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental.

Claramente, estos enunciados son contundentes: sin embargo, la complejidad se nos presenta a la hora de ejecutar acciones y programas que operativicen estos derechos, sobre todo frente a las profundas desigualdades. El

[8] En su artículo 12, contempla específicamente los derechos de quienes reciben servicios de cuidado a largo plazo. Esta norma cubre una ausencia histórica en el ordenamiento normativo argentino (cuya regulación ha sido desigual, insuficiente y asistemática).

desafío, pues, es el de pensar a través de una multiplicidad de lenguajes las interconexiones conceptuales y los flujos políticos a partir de la interseccionalidad, incidiendo en las políticas destinadas para este colectivo ampliando los recursos en función de su diversidad económica, funcional, social, de necesidad de apoyos.

No sabemos cómo va a ser el escenario post-Covid desde donde se lea este texto, nos cuesta imaginarlo, pero sentimos la necesidad de escribir estas reflexiones dimensionando este esfuerzo colectivo como un modo de resiliencia frente a esta realidad adversa.

Por ello, en el intento de analizar el envejecimiento – como tema multidimensional, complejo y heterogéneo – en una situación global de pandemia, en la que las certezas se diluyen, proponemos un diseño alternativo de recorrido, que podríamos denominar "de emergencia".

La perspectiva decolonial nos posibilita pensar el modo en el que colonialismo-cuerpo-vejez interactúan y se relacionan entre sí, analizarlos en sus procesos múltiples y heterogéneos, así como en sus significados a través de la historia que confluyen en fuerzas que efectivamente producen ideas, relaciones, enunciados, cuerpos y, por lo tanto, formas de hacer política. Ello implica asumir una posición anticolonial orientada a descolonizar el "hacer", actuando sobre las barreras que afectan, efectiva y afectivamente, los cuerpos envejecidos y los modos de envejecer.

Así, en este recorrido dinámico, la transversalización de la perspectiva del buen vivir redimensiona el modo de construir el "nosotros"[9], restituyendo ciudadanía comunitaria.

[9] Es importante prestar atención a las condiciones en las que construimos el "nosotros", ya que, tal como lo expresa Segato, puede volverse un cerco defensivo, acusando de traición a quienes intenten plantear ciertas diferencias. En una fuerte crítica a tipos de patriotismo totalitarios, esta autora señala que sus víctimas suelen ser sus Otros internos (mujeres, negros, disidentes, indígenas), quienes deben sacrificar y callar sus opresiones en nombre de la unidad idealizada y esencializada de la comunidad. (Segato, 2013, p. 49).

"Sólo las comunidades con tejido social vigoroso, políticamente activas y dotadas de una densidad simbólica aglutinante tienen la capacidad de proteger a todas sus categorías de miembros, mantener formas de economía basadas en la reciprocidad y la solidaridad y ofrecer un sentido para la vida. Cuando esa opción existe, la muerte como proyecto es rechazada" (Segato, 2013. p. 87).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Benjamin, W. (1989). Discursos interrumpidos (p. 175/191). Argentina. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A. de Ediciones.

Brandariz, C. (2020) Un racconto histórico sobre el derecho al cuidado de las personas mayores. Perfil. Argentina, 28 de agosto. Recuperado el 18 de septiembre 2020, de https://www.perfil.com/noticias/opinion/carolina-brandariz-28-agosto-dia-de-la-ancianidad.phtml

Calveiro, P. (2006). Testimonio y memoria en el relato histórico. Acta poética, 27(2), 65-86. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-38822006000200004&lng=es&tlng=es.

CEPAL/CELADE (2001). Boletín Demográfico: Urbanización y Evolución de la Población Urbana de América Latina 1950 – 2000. Ed. Especial. Santiago de Chile. CEPAL/ CELADE.

Cortés A. (1989) La vejez. Album En un rincón del alma. México. PolyGram.

Dabove, M. I. (2015). Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. Revista Latinoamericana De Bioética, 16(30-1), 38-59. https://doi.org/10.18359/rlbi.1440

D'Alessandro M., O'Donnell V., Prieto S., Tundis F. y Zanino C. (2020). Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto. Ministerio de economía, Argentina. Recuperado el 21 de septiembre 2020, de https://www.ruess.com.ar/sites/www.ruess.com.ar/files/adjuntos/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_2.pdf

De Beauvoir, S. (1983). La vejez. Barcelona. España. EDHASA.

De Sousa Santos, B. (2014). Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. En B. de Sousa Santos y M. P. Meneses (Eds.) Epistemología del Sur (Perspectivas) (pp. 21-66). Madrid. España. Akal.

Foucault, M.(1992). Microfísica del poder.España.Ediciones de la piqueta (p.7-29)

Galeano, Eduardo (1998). Patas arriba: la escuela del mundo al revés. Madrid. España. Siglo XXI.

Hassoun, J. (1996). Los contrabandistas de la memoria. Buenos Aires. Argentina. Ediciones de la Flor.

Martinez G, Herrera M, Lado S, Molina S, Pochintesta P (2020). Resistiendo sin corona. ¿Cómo construir antídotos comunitarios en cuarentena? Geronte Revista de estudios sobre procesos de la vejez. Vejez y Pandemia. Año2, N°7, vol 1, México, mayo 2020.

Morin, E. (2003-1974): L' homme et la mort. París. Francia. Éditions du Seuil.

OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Cuaderno Jurídico y Político, 2(7), 65-89.

Pochintesta, P. (2012). De cuerpos envejecidos: un estudio de caso desde el discurso publicitario. Pensar la Publicidad 163 ISSN: 1887-8598 2012, vol. 6, no 1, 163-181 http://dx.doi.org/10.5209/rev_PEPU.2012.v6.n1.38661

Sanchez Grobet, A. (2019). Fanon, el cuerpo y la colonialidad: una lectura feminista. EntreDiversidades. Revista de ciencias sociales y humanidades, núm. 13, 2019. Universidad Autónoma de Chiapas. México.

Segato, L.R. (2013). La escritura en el cuerpo. Buenos Aires. Argentina. Tinta Limón.

Suárez Ojeda, N., & Melillo, A. (comps) (2001). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires. Argentina. Paidós.

Zapata Galindo M, Cuenca A y Puga I. (2014). Guía desde un enfoque interseccional Metodología para el Diseño y Aplicación de Indicadores de Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior de América Latina. MISEAL. Instituto de Estudios Latinoamericanos. Recuperado el 21 de septiembre 2020, de https://www.lai.fu-berlin.de/disziplinen/gender_studies/miseal/publicaciones/pub_dateien/GuaDesdeUnEnfoqueInterseccional-MISEAL_F.pdf

ENTORNO Y PRÁCTICAS CORPORALES DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DEL BUEN VIVIR

MARÍA JOSÉ ALVAREZ

Entendemos a las prácticas corporales como toda manifestación corporal entrelazada con la trama cultural, social, geográfica e histórica de las personas. Es definida por Saraví (2017, p.60) "…como las formas de hacer, pensar y decir que tiene por objeto las acciones del cuerpo". Cuando nos referimos a las prácticas corporales realizadas por personas mayores es correcto expresar que asumen particularidades específicas, pero también es necesario entender que no todas las "vejeces" son iguales y que la diversidad de realidades vividas permite reflexionar desde una visión integral no sólo desde los hechos individuales aislados, sino que también desde la integralidad de un hecho relacional con el entorno.

Pecaríamos de reduccionistas si no aceptáramos que las prácticas corporales comprenden al cuerpo y sus distintas manifestaciones motrices, así como que la cultura, la sociedad, la historia y la geografía son parte intrínseca del cuerpo y el movimiento. Hay quienes conciben las relaciones de cuerpo, movimiento, el entorno social y cultural de forma consecutiva, es decir el cuerpo da lugar al movimiento, el movimiento expresa la cultura, y el cuerpo en movimiento surge de la cultura y la sociedad. Nos preguntamos entonces ¿Cómo es la relación de las prácticas corporales de las personas mayores y el entorno cultural, social, geográfico e histórico desde la perspectiva del buen vivir? ¿Cuál es la implicancia de las micropolíticas aplicadas por los/as docentes de Educación Física en la gestión y planificación de las clases de prácticas corporales destinadas a personas mayores?

Sostenemos que las prácticas corporales de las personas y la relación que mantienen con el entorno cultural y social es una dialógica compleja, desde esta mirada se supera el reduccionismo de un sistema de relaciones que transita en un sentido lineal (prácticas corporales-entorno social-entorno cultural) o en

sentido inverso (entorno cultural-entorno social-prácticas corporales), es decir que hay un conjunto de elementos interrelacionados entre sí que adoptan rasgos, producto de la influencia que ejerce el entorno. Desde el paradigma de la complejidad, Morín (1990) postula que las relaciones surgen de un movimiento circular en donde los efectos retroactúan sobre las causas modificándolas, surgiendo una causalidad en bucle que irrumpe la causalidad lineal simple. Es posible decir que la vida de cada una de las personas que habita el planeta Tierra es resultante de múltiples bucles de retroalimentación que se producen por el sólo hecho de vivir.

En este sentido Morín (1999, p. 99) destaca lo siguiente: "...la causa actúa sobre el efecto y el efecto sobre la causa, como en un sistema de calefacción en el que el termostato regula el trabajo de la caldera...". La esencia de este principio se basa en las retroacciones, es decir la retroalimentación en sentido positivo se comporta como un mecanismo amplificador de la causa, imaginemos que nos situamos en un punto de la dialógica circular de una persona mayor que asiste a una clase grupal de prácticas corporales (causa) y descubre las posibilidades y limitaciones de su cuerpo en movimiento, el movimiento cerca de otros, el contacto físico con otros, la expresión a través del movimiento, pensar y ejecutar estrategias con otros (efecto). Este será el posible comienzo de múltiples retroalimentaciones, de reinicios ilimitados, pero que además adopta características complejas rizomáticas donde varias inferencias de distintos entornos pueden germinar en el mismo momento y ser la génesis de nuevos circuitos.

Es así que las concepciones de una vejez en movimiento que conciben las familias, vecinos, amigos, comunidades, regiones, profesionales que se ocupan de la vejez, y de quienes se encargan de pensar y ejecutar políticas en

envejecimiento terminarán forjando sentido a las retroalimentaciones de las personas mayores en movimiento.

La personas estamos naturalmente dotadas para movernos, lo hacemos desde el primer minuto de la mañana hasta incluso en la aparente quietud del descanso, en movimiento logramos hacer lo que nos proponemos, nos movemos y logramos expresar emociones en arte, compartimos con otros el movimiento de hacer proyectos conjuntos y comunes, nos movemos según la geografía que habitamos y la historia que nos antecede, todo es movimiento que entrelaza los entornos, los límites y extensiones de las personas y los entornos se difuminan y se integran en un todo. Por ello sería inocente afirmar que los contextos sólo rodean y envuelven a las personas, hablamos entonces de entornos que contienen una esencia holográfica en la que la mínima parte contiene al todo, hablamos de entornos y personas que nos son posibles de agrupar y clasificar según características, porque cada entorno es parte constitutiva de cada una de las personas, aquí subyace la presencia de la complejidad.

Al pensar y construir entornos educativos de prácticas corporales para personas mayores como espacio de aporte de retroacciones en materia de aprendizaje corporal, es preciso entender que conviven tensiones, conocer la realidad es comprender los hechos como partes estructurales de un todo en movimiento, donde se identifican puntos de vistas y contradicciones. La concepción del ejercicio físico de las personas mayores suele ser asumido desde estereotipos con tendencias a homologar la vejez con deterioro, y por otro lado la inscripción de las prácticas corporales como legitimación de las conductas saludables impuestas desde las ciencias médicas. Es decir que los hábitos relacionados con la dieta, la hidratación, el ejercicio físico, el descanso y la edad

son considerados dispositivos de práctica de cuidado vinculada a un estilo de vida saludable que se despliega con una carga mercantilista, como formas de distinción social, de poder económico, de permanencia en la juventud, pero que también evidencia la injusticia social en la que se hallan las personas mayores que no tienen la libertad de elegir un estilo de vida más saludable. La alimentación saludable y el ejercicio físico son prácticas de cuidado de la salud que suelen ser entendidas como expresiones de una elección individual, de la casualidad o de una responsabilidad propia.

Las acciones educativas en materia de prácticas corporales que emergen de una conciencia comunitaria del buen vivir se sustentan en el respeto de la armonía y el equilibrio de todo lo que existe, la comunidad es estructura y unidad de vida, lo cual no significa que lo individual desaparezca sino que participa del proceso cultural de complementación con otros seres dentro de la comunidad, para lo cual es indispensable un estado de equilibrio entre comunidad e individualidad (Quispe, 2010, pág. 30-35). Desde esta perspectiva, en una clase grupal de prácticas corporales destinada a personas mayores, la dimensión social del cuerpo se torna relevante como un momento para celebrar el encuentro, los sujetos generan nuevas dimensiones y sentidos para su vida, vencen obstáculos impuestos por una cultura anti-edad, calman procesos de depresión y aislamiento, lo que estimula la consecución de nuevos aprendizajes, la formación de amistades y de grupos de apoyo, exaltando nuevos proyectos construidos colectivamente, con diálogo, comunicación, acuerdos, desacuerdos, y así la participación de todos/as y cada uno/a está orientada a la búsqueda de interés y la apertura para ser y formar parte de un proyecto común. En movimiento descubrimos lo que nos rodea, en movimiento participamos, nos involucramos y somos parte, son condiciones naturales con la que nace y vive

cada persona indistintamente de la edad, y es muy relevante la función de un mediador o mediadora que potencie la socialización y promueva situaciones que faciliten la expresión individual y la relación con los/las otros/as. La emocionalidad producida por tomar contacto con algo que supera la dimensión individual, genera sorpresa y asombro provocando un estado parecido al despertar.

La educación suele ser confundida con escolarización, se tratan como sinónimos, pero no lo son. Confundirlos niega la propensión a aprender y a enseñar de las personas en cualquier etapa de la vida. La educación física transita el mismo camino de desconcierto, es considerada una práctica educativa restrictiva de niñas, niños y jóvenes durante su escolarización. Se desvanece su esencia educativa cuando los destinatarios son personas adultas asumiendo características de repetición de relaciones pre-establecidas, las y los educadores suelen conducir la clase "mostrando el movimiento", por su parte las y los destinatarios se pierden la oportunidad de explorar la actividad física y el ejercicio, solo observan patrones de movimientos para repetirlos sin posibilidad de descubrirlos, hay una inhibición artificial y eficiente del fluir del aprendizaje corporal. Esta modalidad conductista no sólo deja por fuera la conquista y el aprendizaje del cuerpo en movimiento, sino que también inhabilita la dimensión social del cuerpo, desactiva la búsqueda de interés para apropiarse y generar producción colectiva. Entonces, la simpleza se transforma en superficial y la complejidad en complicación.

El sentir común es parte constitutiva del quehacer educativo de los y las profesores/as de educación física, y en la medida que el sentir común se ajusta con los saberes de la formación profesional se construye y re-construye la libertad de hacer educación de manera que produzca sentido, marcando

diferencias sustanciales en las prácticas de educativas de unas y otros. El sentir común se nutre de las vertientes propias de lo constitutivo del ser humano, son todas aquellas intervenciones que no son dominio de ninguna profesión: hablar, escuchar, participar, interesarse en la vida del otro/a. Es exactamente en ese espacio de micropolítica, en el cual es posible reinventar constantemente la autonomía en la producción de actos educativos, es el arte de tomar como materia prima las intencionalidades e implicaciones y convertirlos en elementos explícitos. En el simple hecho de encontrarnos con otros y otras emerge la sociabilización, sólo es preciso acciones educativas que hagan visible lo traslúcido, lo obvio y lo desaparecido y naturalizado, educación que se respalde en la diversidad de las personas, la participación y en la construcción comunitaria como paradigma del buen vivir.

Es así que la práctica educativa destinada a las personas mayores es parte constitutiva de esta dialógica de complejidad caótica, de sus diversas formas de llevarla adelante dependerán que esas retroacciones se den en un sentido de aporte y construcción, es un gran desafío educativo en el que se precisa apertura hacia procedimientos emergentes, para acceder a logros inesperados, es cierto que se asumen riesgos que enmarañan las certezas, el desafío está en la transformación de la incertidumbre y la confusión en virtudes educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Crisorio, R.; Escudero, C, coordinadores (2017). Educación del cuerpo: Currículum, sujeto y saber. La Plata. Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.504/pm.504.pdf

Morin, E. (1990). Introducción al Pensamiento Complejo. España: Gedisa Editorial

Morin, E. (1999). La Cabeza Bien Puesta: Repensar la reforma, reformar el pensamiento. Buenos Aires. Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Osorio, J.; Weinstein, L. (2013) El Asombro de la Educación: perspectivas, experiencias y propuestas para desarrollar nuevos paradigmas de aprendizaje. Santiago de Chile. Chile: Editorial Universidad Bolivariana S. A.

Quispe, M. (2015). Buen Vivir / Vivir Bien Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima. Perú: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas – CAOI

Saraví J. (2017) Prácticas corporales y conductas motrices: en busca de precisión en los conceptos. En Crisorio, R. y Escudero, C. (coordinadores). Educación del cuerpo. Curriculum, sujeto y saber. La Plata. Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.504/pm.504.pdf

Segato, L.R. (2013). La escritura en el cuerpo. Bs. As. Argentina: Tinta Limón

Sirvent, M.T. (2008) Educación de adultos: investigación, participación desafíos y contradicciones. Segunda edición ampliada. Buenos Aires. Argentina: Miño y Dávila

CAPÍTULO XXII

PRÁCTICAS CORPORALES VINCULADAS AL BUEN VIVIR

MARIANA ORERO

INTRODUCCIÓN

Repensar los entendimientos acerca del cuerpo nos resulta ineludible en el camino que hemos trazado hasta aquí. Comprender cómo los entornos históricos y políticos lo configuran en una particular tensión con las categorías del buen vivir; categorías que aquí entenderemos como de las resistencias; traccionándolo hacia una mirada latinoamericana en un intento por sustraerlo de los entendimientos ligados a las formas de producción capitalista, y de consumo; será ese nuestro primer desafío.

Al mismo tiempo tomando en cuenta que la educación física tiene como uno de sus objetos de estudio al cuerpo, pondremos en tensión la construcción y las miradas sobre el cuerpo que ha tenido y tiene la disciplina, que como invisibles lastres generan ciertos modos únicos de vivir y sentir la corporeidad.

Finalmente nos detendremos en las conceptualizaciones acerca de la actividad física para comprender los encorsetamientos que produce en los abordajes sobre lo corporal cuando es práctica hegemónica; para cerrar pensando sí es posible entonces hablar de prácticas corporales desde la educación física.

APROXIMACIONES A UNA CIERTA GENEALOGÍA[1] DE LO CORPORAL

En la isla de Vancouver, cuenta Ruth Benedict,
los indios celebraban torneos
para medir la grandeza de los príncipes.
Los rivales competían destruyendo la grandeza

[1] De acuerdo a Foucault la genealogía se propone como una forma de hacer historia, cuya meta central es hacer presente la conformación de los saberes, y de los discursos en los que no es forzoso destacar un sujeto que sea trascendente en los acontecimientos que se estudian. Barragán Cabral. Genealogía e historia en Michel Foucault. (2012)

de sus bienes.
Arrojaban al fuego sus canoas, su aceite de pescado
y sus huevos de salmón;
y desde un alto promontorio
echaban a la mar sus mantas y sus vasijas.
Vencía el que se despojaba de todo."
Los indios/4. El libro de los abrazos. Eduardo Galeano.

La historia de los cuerpos no puede ni debe reducirse a los modos en que éstos han sido disciplinados y controlados; para entender su derrotero es necesario prestar atención a los lugares que las distintas sociedades y culturas les han otorgado, así como también que "dispositivos[2]" han sido diseñados a efectos de ejercer sobre los cuerpos todo tipo de intervenciones. Este entendimiento sobre los cuerpos también implicará dar cuenta de las resistencias que con diversos itinerarios rompieron con la linealidad histórica concebida como mirada única.

En ese sentido desestimar lo natural como la condición de existencia del cuerpo abre la perspectiva a un análisis más complejo. Los gestos, una danza, los rituales, deben entonces ser comprendidos en relación a los contextos históricos, de los distintos grupos y comunidades, situadas en entramados de la cultura y los territorios. El cuerpo siempre "se manifiesta como un terreno de disputa en el que se aloja un conjunto de sistemas simbólicos entre los que se destacan cuestiones vinculadas al género, a la orientación sexual, a la clase, a la etnia o a la religión" (Sharagrodsky 2013, p. 16) y también sobre la edad.

Detenernos en los conceptos y los entendimientos posibles sobre el cuerpo; que como lugar de atrapamiento de significados nos permitirá entender

[2] En sus libros Vigilar y Castigar y en Historia de la sexualidad Foucault utiliza el término dispositivo para dar cuenta de un conjunto heterogéneo de prácticas discursivas; como normativas, reglas, enunciados científicos; y prácticas no discursivas como emblemas y rituales que sancionan y disciplinan a los cuerpos.

cierta cultura epocal en la que se desarrolla y al decir de Le Bretón (2002) también nos permitirá entender una cierta definición de persona.

Hoy los vestigios dualistas cartesianos en torno al cuerpo siguen siendo los lugares por donde transita hegemónicamente la forma de entenderlo. "Las sociedades occidentales hicieron del cuerpo una posesión... disociado del sujeto y percibido como uno de sus atributos" (Le Bretón 2002, p.23). La modernidad con la filosofía de Descartes inaugura el advenimiento del individuo, "el hombre se ha separado del cosmos (ya no es el macrocosmos el que explica la carne, sino una anatomía y una fisiología) …de los otros… y de sí mismo…" (Le Breton 2002 p. 28). El hombre ya no es junto con otro parte de una comunidad indivisible del cosmos; ahora es un individuo que forma parte de una sociedad y su cuerpo es la frontera que lo separa de los otros. Algo semejante ocurrió entre la persona y su propio cuerpo, la separación entre ambos será la huella que sigue alimentando en nuestros tiempos occidentales una disociación perniciosa, allí donde habitaba lo complejo

Este proceso de individuación de la persona, su separación de lo comunitario también va a producir su separación de lo natural. La cosificación cartesiana impuesta sobre la naturaleza va a impulsar al infinito; su control y su destrucción. Idéntica cosificación se estableció sobre ciertos cuerpos; los cuerpos colonizados, los de este lado del mundo; así es que la idea de raza central en la perspectiva de la colonialidad nos permitirá decir "la raza es la manera en que se va a biologizar la opresión; la expropiación, la atribución de menor valor a determinados cuerpos y a los productos y saberes que esos cuerpos racializados producen" (Segato 2016, p.41).

Sin duda alguna el estudio del cuerpo desde una aproximación genealógica se constituye en un lugar de privilegio para comprender las

características que tuvo la intervención sobre quienes habitaban las distintas regiones de América Latina y sobre los que se instala como marca distintiva, la barbarie, la pereza, la suciedad. (Pedraza Gómez 2008). El tratamiento sobre esos cuerpos detentó la forma del disciplinamiento o la aniquilación en pos de poder establecer la "civilización".

El proceso colonial tuvo "…en el cuerpo indio y su motricidad un blanco preciado para ejercer su dominación en un juego ambivalente de admiración por determinadas destrezas y capacidades corporales, a la vez que temor…por la supremacía de la fuerza sobre la virtud cristiana..." (Méndez 2013 p.70). Para estas comunidades indígenas, el cuidado integral de la salud suponía la búsqueda del equilibrio individual, comunitario y con el cosmos, la energía vital estaba en la naturaleza, que, habitada por los antepasados, concentraba historia y sabiduría. Tanto la higiene diaria, como la ornamentación del cuerpo intervenido con tintes y marcas que expresaban relaciones sociales daban cuenta de un vivir imbricado a la tierra. De modo idéntico los ritos; acciones motrices excepcionales con una potente función simbólica; condensan a través de su ejecución, un compendio de actitudes, gestos y decires, expresiones bastas de cuerpos situados en contexto. Estos cuerpos portadores de identidad y sostén de proyectos comunitarios, catalogados como hostiles para el proyecto de la conquista que necesitaba de fuerza de trabajo esclava para acrecentar los dominios de los territorios de ultramar, fueron objeto de políticas de exterminio.

Un ejemplo de ello es lo expresado por Méndez (2013)) en cuanto a los juegos "esta cultura que juega fue percibida como una amenaza… en cuanto cuerpos, promovía la puesta en acto de estrategias, generaba sentimientos de identidad y pertenencia y establecían otras lógicas de comunicación por fuera de las decretadas por el poder central" (p. 76).

Opuesta a la tradición pecaminosa que portaban los colonizadores junto con la espada; el cuerpo indígena aglutinaba fuertes componentes identitarios puestos en acto a través de sus juegos, danzas, su comunicación oral; un cuerpo que no se ocultaba debajo de los ropajes. Se erigió entonces como uno de los lugares de la resistencia, razón por la cual los invasores europeos produjeron las más crueles intervenciones de modo de silenciar esos cuerpos, ocultarlos y hasta desaparecerlos.

Algo semejante se puede rastrear en la conformación de los estados nación en manos de las elites criollas, la marcas de la colonialidad "... la representación sobre el cuerpo, que se muestra en los discursos que ponen en circulación y popularizan los conocimientos científicos y académicos." (Pedraza Gómez, 2008, p. 257). Discursos que desde distintas disciplinas proponen una mirada jerárquica, unificadora y normativa sobre los cuerpos, a la búsqueda del ansiado ser nacional. "Los ideales sobre el progreso, la nación o la felicidad contenidos en el régimen de representación moderno/colonial...recurrirán a los discursos de la higiene, la pedagogía, la cultura física…estas cualidades miden el desarrollo del ciudadano, de la nación". (Pedraza Gómez, 2008, p. 261). Algunos de estos tópicos; como veremos más adelante; constituirán los recorridos convenientemente determinados que tomarán los sistemas educativos durante los siglos XIX y XX.

En la perspectiva que venimos desarrollando, es necesario detenernos en el análisis que hace Foucault sobre el control del cuerpo en las sociedades modernas europeas marcadas por un creciente proceso de industrialización asociado a un momento de urbanización sin precedentes (fines del siglo XVIII) que coloca a lo somático bajo dos formas de control de biopoder: la anatomopolítica y la biopolítica. Mientras que en la primera el disciplinamiento es individual sobre

el cuerpo-máquina pieza clave dentro del aparato productivo; en la biopolítica el control se desplaza al cuerpo como especie. Para Foucault ese es el acontecimiento que permite entender la modernidad: el ingreso de la "vida biológica" para ser resuelta e intervenida desde el poder estatal. Así los dispositivos característicos de la anatomopolítica son el ejército, la escuela y la prisión, mientras que de la biopolítica son las ciencias como la estadística, la medicina, la sociología, el trabajo social. Por ende, las regulaciones sobre el cuerpo son intervenciones sobre la natalidad, los procesos del envejecer, la salud, la higiene; como resultado de este control, el poder pueda garantizar el proyecto capitalista, adiestrando los cuerpos y gestionando la vida.

En ese sentido el neoliberalismo no ha hecho otra cosa que profundizar el distanciamiento de la persona con su cuerpo; enmascarado en ficticio interés. El control sobre el cuerpo se ejerce sobre la vida misma, sobre el uso del tiempo de trabajo y del tiempo libre, así como también sobre formas de pensarlo, que incluyen ciertas normas y cuidados convirtiéndolo en una mercancía más, que cotiza según determinados estándares hegemónicos de belleza; de juventud; de salud. Su cosificación permite las más variadas intervenciones consumistas, desde la venta de indumentaria cada vez más sofisticada, pasando por las actividades de moda, formas de intervención quirúrgica, hasta lugares exclusivos para ejercitarlo. Y así como en otras esferas de la intervención neoliberal hay cuerpos que no importan; los cuerpos viejos; pobres; enfermos; diferentes; cuerpos que no encajan en las lógicas productivas / mercantilistas, para ellos el mercado les reserva los bordes. En el mismo sentido operan los imperativos culturales tales como la juvenilización; la raza, la normalidad, de los cuales los sujetos se apropian produciendo fuertes procesos identificatorios.

Entonces el cuerpo "lugar de la precariedad, de la muerte del

envejecimiento, es lo que debe combatirse. Sin lograrlo sin duda, pero sin perder tampoco las esperanzas. El cuerpo lugar de lo inaprehensible, cuyo dominio es necesario asegurar" (Le Breton, 2002, p.11). A contramano del dominio sobre todas las esferas de la vida ejercida por las sociedades de control, el virus, la pandemia vino a reinstalar sobre la humanidad en general y con especial brutalidad sobre el cuerpo, la precariedad del ser, la incerteza del porvenir.

Probablemente este camino del repensar nuevamente los cuerpos que habitan nuestra América necesiten de la cosmovisión de los pueblos andinos "que colocan en el centro de la vida las relaciones humanas y con el medio natural; no orientan su existencia por las pautas del cálculo costo-beneficio, productividad, competitividad…y son dramáticamente divergentes del proyecto del capital" para recuperar lo que siempre estuvo ahí; pronunciamientos centrados en lo humano (Segato, 2018, p.41). Entonces la perspectiva denominada como el Buen Vivir o Vivir Bien que se aleja de posicionamientos antropocéntricos y de una buena vida ligada a la acumulación y al consumo de bienes materiales, y que entiende a las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza como relaciones de reciprocidad, en una comprensión circular y armónica del tiempo y del mundo ande siendo el modo de andar. En todo caso siguiendo a Kush poder construir otro relato, con un pensamiento pegado al suelo y en comunidad.

ESCUELA, EDUCACIÓN FÍSICA Y EL TRATAMIENTO DE LO CORPORAL. ALGUNAS REFLEXIONES.

¿Qué entendimientos de lo corporal sirvieron para la construcción de la educación física, cómo disciplina escolar? ¿Qué entendimientos acerca del

cuerpo disputan hegemonía en la educación física? ¿Cómo la pregnancia del discurso médico/ higienista es hoy todavía preeminente en los discursos y prácticas de la educación física?

Es menester empezar diciendo que la construcción disciplinar de la educación física y por ende sus intervenciones sobre lo somático se han producido desde tradiciones eurocéntricas que aquí interpelaremos desde la perspectiva de la colonialidad del poder[3] En tal sentido; y en concordancia con lo que veníamos planteando en párrafos anteriores el coloniaje invade el tratamiento sobre los cuerpos instalando estereotipos corporales, así habrá ideales de belleza, cuerpos deseables, juegos y deportes practicables y seleccionados como necesarios de ser transmitidos y aprendidos. De modo similar; el eurocentrismo; lugar de enunciación de los conocimientos científicos válidos y básicos ubica a los de este lado del mundo en el papel de meros consumidores de pensamiento. Nos permitimos decir junto con Foucault (2014) "... que el sujeto que conoce, los objetos que conocer y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder- saber y sus transformaciones históricas" (p.37). Para comprender el tratamiento y las intervenciones sobre el cuerpo desde la educación física, será necesario contextualizar brevemente su desarrollo y su configuración como disciplina escolar, ya que a través de sus prácticas en la escuela y fuera de ella intervendrá sobre el cuerpo desde ciertos paradigmas y constructos teóricos que más de las veces se constituyen en discursos únicos, poco dados a ser discutidos y problematizados. Esas intervenciones, pueden ser rastreadas en los vestigios que quedan en los cuerpos y que como huellas marcan caminos a recorrer en la percepción del propio cuerpo, en sus posibilidades de movimiento, en el disfrute. "La escolarización es, por su efecto en la vida individual y social, un proceso de

[3] Quijano (2014, P. 285) define a la colonialidad ´como "... uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder capitalista. Se funda en la imposición de una clasificación racial / étnica de la población del mundo como piedra angular de dicho patrón de poder, y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia cotidiana y a escala social."

larga duración… y cuyo efecto es duradero, porque opera a la manera de una onda de baja, pero constante frecuencia…" (Pedraza, 2010, p. 48), y que configurará en la vida adulta ciertas experiencias somáticas, una simbología, ciertos lugares de comodidad e incomodidad en la vivencia de la propia corporeidad.

La escuela moderna que se organiza a fines del S. XIX en las distintas geografías de América Latina, tendrá como uno de sus objetivos, acompañar la construcción de los nuevos estados- nación, que nacieron producto de las luchas independentistas, con la necesaria impronta de construir ciudadanía y un ser nacional, a expensas de borrar las diferencias étnicas, religiosas y las particularidades de los distintos grupos poblacionales que convergían en los territorios. Así "…en Argentina en especial con la ley 1420, de 1884 el diseño del sistema educativo se propuso convertir a los habitantes originarios, mestizos y a los inmigrantes en miembros de esa nueva configuración política que se estaba gestando" (Grimnson- Tenti Fanfani, 2015, p.32). La construcción de esta nación moderna, necesitaba de una historia oficial hegemónica, que no podía erigirse sobre el atraso y la barbarie.

Muchas veces desde distintas prédicas se ha sostenido que la escuela moderna no se ocupó de los cuerpos o que si lo hizo fue de forma deficitaria. Quizás estas ideas se sostienen por el lugar tanto físico como simbólico que han tenido dentro de los procesos de escolarización las asignaturas que más se ocupan de su tratamiento. Tal es el caso de la educación física relegada las más de las veces por ejemplo a horarios marginales y a una consideración pobre respecto del valor que su enseñanza puede generar en los estudiantes en comparación con las asignaturas entendidas como las "importantes". Por consiguiente, así podría entenderse que sobre los cuerpos no hay intervenciones,

pero como ya expresamos anteriormente; con mayor o menor intensidad y de forma continua y duradera; la escuela ha producido actuaciones significativas sobre los cuerpos.

Así se podría mencionar como la postura al sentarse para aprender las diferentes lecciones, la postura al estar de pie con un libro en la mano para ejercitar la lectura, el uso de cierta vestimenta, las formaciones a la entrada y la salida de la escuela y los usos y costumbres ante la presencia de maestros y autoridades fueron parte del disciplinamiento ejercido para la dominación de los cuerpos. El sometimiento del cuerpo también estuvo ceñido a ordenamientos espaciales y temporales; el aula con su organización de bancos muchas veces fijos uno detrás de otro y con un lugar destacado para la ubicación del docente. En tanto que la organización pautada rigurosamente del tiempo, en períodos de trabajo y de descanso, donde el orden, la secuenciación y la rutinización de tareas, cumplían acabadamente en generar escenarios de disciplinamiento y control (Scharagrodsky, s. f).

"Estos métodos no sólo controlaron en forma minuciosa todas las operaciones del cuerpo… sino que impusieron una relación de docilidad-utilidad… aumentar la fuerza económica del cuerpo al mismo tiempo que se la reducía en términos políticos imposibilitando la resistencia o la rebeldía" (Scharagrodsky, s. f, p.5).

Aún antes de la conformación del sistema educativo nacional, Juana Manso primero y Sarmiento después, mostraron interés por las actividades físicas. "La gimnástica civilizará a los Tobas que no conocen disciplina sino cuando van a la guerra, a fin de robar y matar con éxito" (Sarmiento, 1886, citado en Orbuch 2016). Al respecto Galak dice:

> … el ideario de la época de que la transmisión de actividades físicas debe ser complemento de las instrucciones intelectuales y morales, al mismo tiempo que debe perseguir "la" civilización a través de la enseñanza de contenidos científicamente argumentados, en los que se entremezcla la transmisión de conceptos higiénicos con la búsqueda del progreso y fortaleza de la raza argentina (Galak, 2014, p.1524)

En el mismo sentido puede leerse en el Monitor de la Educación Común; publicación oficial del Consejo Nacional de Educación; del año 1888 respecto de la gimnasia y la higiene en las escuelas "La gimnasia en la escuela es otro ejercicio íntimamente ligado con la higiene… Ella exige un método severo y científico, una inteligente reglamentación y una vigilancia permanente."

En concordancia, los argumentos científicos positivistas provenientes de las ciencias médicas primero; y la fisiología después, son los que van a cimentar la construcción de la disciplina a principios del S. XIX y van a justificar la inserción en la escuela, de la buena salud física "…permitirá cultivar la moral y las buenas costumbres...el cumplimiento de responsabilidades y deberes, la fidelidad a la patria y el apego al trabajo." (Orbuch 2016 p. 32).

Con la vigencia de la ley 1420, la educación física siguió estos postulados a través de dos corrientes en lucha, que se disputaron su predominio por años configurando las prácticas corporales; la gimnasia; los juegos y el deporte y por ende el tratamiento sobre los cuerpos. Una militarista y otra higienista- pedagógica.

La postura militarista dentro de la educación física fue ganando terreno

desde finales del S. XIX y fue reapareciendo cada vez que las circunstancias políticas e ideológicas relacionadas con la construcción del estado nación, con conflictos internos o posibles disputas con países limítrofes, se avecinaban. Así en distintas épocas, la enseñanza de la gimnasia, el tiro, la esgrima, las formaciones y desfiles fueron consideradas necesarias de ser aprendidas, pues forjaban en los niños y jóvenes valores morales y patrióticos imprescindibles ante posibles enfrentamientos armados para la defensa de la nación.

Mientras que la corriente liderada por Romero Brest logró unificar un conjunto de prácticas corporales como la gimnasia metodizada, los juegos, los malabares, la gimnasia sueca, algunos sports en un único sistema; el Sistema Argentino de Educación Física que durante las dos primeras décadas del siglo XX tuvo su preeminencia. Esta propuesta que se difundió en las escuelas del país según Scharagrodsky (2014), tuvo "tres características que lo definieron y lo dotaron de sentido: su cientificidad como única apelación a la verdad, su higienismo como única forma de justificación racional y su eclecticismo como elemento distintivo…" (p.160), por lo que se puede inferir de lo anterior y siguiendo a Orbuch (2016), que "desde perspectivas divergentes, la importancia de los ejercicios físicos y su vinculación con el cuidado del cuerpo fue tomando un lugar cada vez más relevante en la arena pública" (p. 34). De modo similar va a suceder con la posterior incorporación de la enseñanza del deporte, "que le permitió a la disciplina como método de masificación la creencia que el hábito de practicar actividades físicas trae de por sí una vida saludable" (Galak, 2014, p.1555). En consecuencia, va a quedar impresa una matriz discursiva disciplinar que relaciona a la actividad física con la salud, matriz que se va a sobreimprimir sobre lo somático con insistencia hasta nuestros días.

ACTIVIDAD FÍSICA Y PRÁCTICAS CORPORALES. DESAFÍOS PARA LA EDUCACIÓN FÍSICA

El modo crítico en que venimos deshilvanando a la educación física y su tratamiento disciplinante sobre lo corporal, nos posibilita seguir enfocando la mirada en el cuestionamiento a la relación que entiende como de causa y efecto entre actividad física y salud.

Indagar en la actividad física es indagar en una de las formas de intervención sobre el cuerpo que tiene la educación física; intervención que se sostiene en el entendimiento del cuerpo y del movimiento humano como meramente biológico y reduccionista; pero más aún nos proponemos dejar en claro ciertos ordenes culturales a los que el cuerpo debe responder inmerso en esta modernidad líquida[4] y como la actividad física; entendida como otro fetiche; garantiza así su consecución.

Dentro de este marco vamos a definir a la actividad física como "... cualquier acción humana que comporte la idea de trabajo, como concepto físico... cuando hay un gasto de energía... cuando el cuerpo se mueve. Todo lo que exija movimiento humano desde el sexo hasta caminar por un parque, es actividad física." (Carvalho, 1998, p.48). También "como un concepto que claramente se relaciona con el campo de la salud…se establece la asociación (a nuestro juicio casi mágica) de que la práctica de la actividad física proporciona efectos beneficiosos para la mejora de la salud" (Saraví, 2017, p.64). Así el lugar del cuerpo se reduce a un conjunto de huesos y músculos; palancas e intercambio de fluidos que a través de la movilización de sus estructuras funcionales se mueve.

En el mismo sentido se le reclama a la actividad física que acomode al individuo; con ejercicios de relajación que lo calmen, con la gimnasia para que lo adelgace y el uso del gimnasio para que lo fortalezca; a las exigencias de las

[4] Bauman,Z. (2011) desarrolla este concepto para referirse a una nueva modernidad, dónde el mercado ocupa lugares simbólicos y físicos que antes tenían como actor principal al Estado y que instala sobre cada individuo la responsabilidad de su desarrollo y sus capacidades así como también la responsabilidad sobre sus fracasos. Ya no hay una sociedad con certezas, ni proyectos a largo plazo. Todo es efímero, se escurre el devenir, el individuo debe ser capaz entonces en todas las esferas de su vida de estar preparado para flexibilizarla.

nuevas sociedades de control; a ese tipo de modernidad acuosa, efímera a la que el individuo debe sobre- adaptarse para no ser descartado y conseguir entonces mejores puestos de trabajo, conseguir pareja y lograr detener el envejecimiento lo más posible. Sobre la base de una vida auto- gestionada, y un cuerpo auto-controlable, la responsabilidad sobre la gestión de la salud recae exclusivamente sobre cada individuo.

En consecuencia, el binomio actividad física- salud sigue posicionando a la educación física ante un cuerpo biológico negado en su dimensión histórica y cultural. Ahora bien por lo desarrollado hasta aquí como crítica a las concepciones ahistóricas y apolíticas de las intervenciones sobre el cuerpo, desde nuestra cosmovisión nos sentimos próximos al concepto de prácticas corporales "…son prácticas culturales; son el resultado de las acciones de los sujetos que se modifican y cambian según los contextos geográficos e históricos en un marco social y cultural" (Saraví, 2017, p. 66) y que como tal constituyen un desafío para la educación física que deberá cuestionarse sus posturas y mutar en discursos y prácticas más complejas, a condición de que sobre todo, las prácticas hegemónicas como la actividad física sean revisadas por la fuerte y duradera impronta que tienen sobre los cuerpos. En ese sentido nuestra intención no es situarnos en un esquema binario sino generar brechas, sumando actividad física, prácticas corporales, deporte. Forzosamente se trata de interpelar las condiciones en que viven los sujetos de este lado del mundo recuperando su experiencia corporal, descolonizando sentidos y significados que penden sobre los cuerpos y escribir la propia gramática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bracht, V. (2013) Do corpo produtivo ao corpo consumidor: a Educa©ao Física na modernidade líquida. En Varea V. Y Galak E. Cuerpo y Educación Física.

Perspectivas latinoamericanas para pensar la educación de los cuerpos. Argentina. Biblos.

Carvalho, Y. (1998) El mito de la actividad física y salud. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial

Foucault, M. (2014) Vigilar y castigar. Bs As. Argentina. Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, M. (2019) Historia de la sexualidad. 1 la voluntad de saber. Buenos Aires. Argentina. Siglo Veintiuno Editores.

Galack, L. (2014) Educación del cuerpo y política: concepciones de raza, higienismo y eugenesia en la Educación Física Argentina .Movimento, volumen 20, número 4. Recuperado https: // www.redalyc.org/pdf

Galeano, E. (1989) El libro de los abrazos. Buenos Aires. Argentina. Catálogos

Grimnson, A. y Tenti Fanfani, E. (2015) Mitomanías de la Educación Argentina. Buenos Aires. Argentina. Siglo Veintiuno Editores.

Le Bretón, D. (2002) Antropología del cuerpo y Modernidad. Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.

Méndez, L. (2013) La cultura física de los araucanos. En Varea V. Y Galak E. Cuerpo y Educación Física. Perspectivas latinoamericanas para pensar la educación de los cuerpos. Argentina. Biblos.

Orbuch, I. (2016) Peronismo y Educación Física. Bs. As. Argentina. Miño y Dávila

Pedraza, Z (2008) Experiencia, cuerpo e identidad en la sociedad señorial en América Latina. Espacio abierto volumen 17, número 2. Recuperado https://www.redalyc.org/pdf

Pedraza, Z. (2010) Saber, cuerpo y escuela: el uso de los sentidos y la educación somática. Calle14, volumen 4, número 5 Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id

Quijano, A. (2014) Colonialidad del poder y clasificación social. En Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140506032333/eje1-7.pdf

Río, J. El pensamiento filosófico - político de Rodolfo Kush http://www.revistamovimiento.com/historia/el-pensamiento-filosofico-politico-de-rodolfo-kusch/

Saraví J. (2017) Prácticas corporales y conductas motrices: en busca de precisión en los conceptos. En Crisorio, R. y Escudero, C. (coordinadores). Educación del cuerpo. Curriculum, sujeto y saber. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.504/pm.504.pdf

Scharagrodsky P (2013) Discursos pedagógicos, procesos de escolarización y educación de los cuerpos. En Varea V. y Galak E. Cuerpo y Educación Física. Perspectivas latinoamericanas para pensar la educación de los cuerpos. Argentina. Biblos.

Scharagrodsky, P. (s. f) El cuerpo en la escuela. UNLP/ CONICET/FLACSO

Segato, R. (2016) XXXVI Encuentro de Geohistoria. Parte 1. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=3lRfGeYUBq0&t=1256s

Segato, R. (2018) La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Prometeo Libros.

CAPÍTULO XXIII

EL DESAFIO DEL DEPORTE EN LA ACTUALIDAD, COMO UNA FORMA DE JUEGO SIN EXCLUSIONES PARA LOS ADULTOS MAYORES.

MARÍA ELENA ETKIN

"Desde aquellos primeros Juegos Olímpicos de la antigüedad pasaron 2800 años. El Deporte, una de las creaciones más nobles del ser humano fue apropiado por Estados totalitarios, por Nobles y poderosos, y ahora por hombres de Negocio, para quienes es apenas una inversión más y no una formidable herramienta de salud, integral y cohesión social"

Osvaldo Arsenio

La situación actual de vivir en un contexto de pandemia exige desarrollar acciones para combatir contra un enemigo denominado COVID 19 (SARS-CoV-2) nombre del virus que nos presenta este desafío a nivel planetario. Estas acciones son de diversas índoles e implica desarrollar estrategias de lucha incorporando todos los recursos que tenemos disponibles para defendernos y atacar con los medios que nos aporta el campo de la ciencia, la salud, la política, la economía, la cultura, la educación etc., o sea intentar poner en este juego todo lo que la sociedad actual dispone.

Pero también esta competencia para ganarle a la enfermedad, nos brinda una oportunidad de reflexionar sobre esta situación y sobre las lecciones que esta dramática experiencia de vida nos aporta. Esta vivencia nos deja lecciones que nos motiva a revisar el sistema económico, el de la salud, el educativo, el cultural, el comercial, etc.

En este apartado nos ocuparemos en particular de revisar las formas organizativas del sistema deportivo, en sus formas competitivas y sus posibles aportes como uno de los recursos fundamentales para ser utilizado para la defensa de la salud, y la promoción del buen vivir. La situación del aislamiento

social para evitar el contagio, visibiliza lo difícil y traumático que resulta esta experiencia temporaria de vida. Vemos que el individuo aislado y conectado con el mundo que lo rodea a través de formas virtuales, se contrapone esencialmente con la necesidad humana de vivir juntos, y plantea la necesidad de la cooperación social como una forma de vida socialmente humana. Este tema nos da la oportunidad de detenernos a analizar ciertas construcciones sociales vinculadas con las posibilidades de socialización de las personas que deberían ser revisadas desde esta perspectiva para lograr cambios que colaboren con la mejora del bienestar futuro de nuestra comunidad.

Consideramos que el ámbito de la educación física y el deporte en particular, deberían comprometerse con este propósito de mejora porque dispone de un recurso estratégico de intervención como es el juego para lograrlo.

En la actualidad una de las formas más difundidas de actividades físicas son aquellas prácticas corporales vinculadas con una forma particular de juego que son las formas deportivas.

Entendemos que en este momento debemos plantearnos realizar los cambios que sean necesarios para que todos/as los/as ciudadanos/as en las diferentes etapas de su vida como adultos/as, particularmente en la etapa de adultos/as mayores, puedan realizar una práctica deportiva, entendido esto como un derecho humano, en donde este derecho no sea vulnerado o no contemplado, ya sea por la relativa autonomía que gozan las organizaciones del deporte, o por intereses económicos y/o políticos que obstaculicen el desarrollo de las fuerzas creativas que constituyen el campo del deporte.

Con respecto a la denominación de Adulto Mayor, utilizaremos el criterio adoptado por el Centro del Adulto Mayor «Mario Strejilevich» del Departamento de Salud Comunitaria de la UNLa, el cual se refiere a las personas

de 60 y más años. En la Ficha técnicas y glosario de términos para la construcción de información estadística Eje 4- (p. 283) de la Unla se aclara lo siguiente:

"Adulto Mayor, definición: personas con 60 o más años. Comentarios: la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982). Según la OMS se considera adulto mayor a aquella persona mayor de 60 años. De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2005). Las clasificaciones más simples consideran anciana a la persona mayor de 65 años (edad de la jubilación en el mundo occidental), pudiendo definirse entre ellos el grupo de «ancianos jóvenes» (hasta los 75 años) y los «muy ancianos» en los mayores de 80 u 85 años. El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de 1982, ha considerado como adultos mayores o personas de la tercera edad a quienes tienen 60 años y más. Similar criterio se adoptó a efectos de hacer comparaciones demográficas en el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en el año2002. Esta clasificación se aplica también en Argentina. Por ejemplo, en la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor realizada por el INDEC en 2012. En la UNLa se considera válido este último criterio (60 y más años)." Proveedor de la definición: Departamento de Salud Comunitaria, Centro del Adulto Mayor "Mario Strejilevich"

Entre las propuestas del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), podemos encontrar un desafío para el deporte, la de poder ser considerado como otra forma de práctica social que contribuya al desarrollo humano, y humanizante que aporte al "proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y capacidades humanas" lo cual nos

convocaría a observar la necesidad de dotar a esta forma de juego, de razón social para que su desarrollo sea fundamentalmente para mejorar la calidad de vida humana, vinculada con la mejora del bienestar individual en concordancia con el buen vivir colectivo. Para lo cual, a los saberes y las praxis de carácter técnico deportivo, hay que vincularlos/as con un saber ético.

Saber ético cuyo núcleo consiste en aportar a la reconstrucción del tejido social analizando situaciones que permitan promocionar desde los diferentes campos de intervención social la solidaridad, en este caso con los/as adultos/as mayores. Solidaridad que se entiende a partir de considerar el derecho del otro como un deber de ser respetado en medida equitativa a su rol y necesidades personales.

El deporte como cualquier tipo de práctica social, está desarrollado por actores comprometidos con proyectos , metas y creencias , los cuales despliegan sus acciones en los diferentes ámbitos vinculados con este práctica, por tal motivo la situación de crisis actual nos interpela a reflexionar sobre si el deporte como aporte al desarrollo humano, en su búsqueda de eficiencia y eficacia en las prácticas tanto vinculadas con la oferta o la demanda deportiva , deberían adecuarse más a un criterio de aceptabilidad , donde sea posible hacer conciliar lo que es técnicamente posible, con lo que es socialmente aceptable e inclusivo, de acuerdo a un juicio humano ético, moral y solidario.

Esta situación compleja es uno de los problemas en los que se desarrolla la práctica deportiva, su análisis atraviesa el compartimento de las ciencias verticales y penetra en el mundo de los valores, el juicio humano y las pasiones.

Esto exige necesariamente una visión de la realidad y una forma de producción de conocimiento que supere los límites de un abordaje atomístico disciplinar, el cual

sería en este caso, insuficiente para comprender las interconexiones, los nexos y las relaciones que componen la realidad del deporte en la actualidad, y su vinculación con respecto a las demandas y necesidades sociales, en especial cuando se dirige a las personas mayores.

Morin (2000), expresa que la mente bien ordenada, para la solución de los problemas, requiere una reforma del pensamiento, propone que el conocimiento debe ser una forma de organización de la información puesta en contexto, para lo cual es necesario superar los conocimientos divididos, que son de utilidad para las resoluciones técnicas, por parte de aquellos, que puedan construir un pensamiento para poder entender la situación humana en el seno de la vida; pensamiento situado en el mundo para poder hacer frente a los grandes desafíos de nuestro tiempo. Esto sería para el autor, el conocimiento pertinente, pues tiene la capacidad de situar la información en el contexto donde la misma se inscribe.

Desde esta perspectiva es que nos proponemos abordar el tema para que nuestro análisis sea de utilidad para aproximarnos a entender las oportunidades que tienen en la actualidad los/as adultos/as mayores para la práctica deportiva, lo cual conlleva necesariamente al análisis de dicha realidad desde la complejidad en donde se desarrollan interconexiones y dinámicas entre los diferentes niveles que la componen.

Complejidad que requiere a la vez la necesidad de identificar al fenómeno deportivo como una práctica social particular, con características específicas que lo diferencian de otras, evitando en este intento el hacer una abstracción que nos lleve a prescindir de todas las particularidades que pueda tener.

La aproximación al concepto del deporte requiere desde esta visión, un

modo de pensamiento que permita su comprensión real en sus componentes de diversidad y multi dimensionalidad, abordando el análisis de esta práctica social en su contexto, incluyendo lo complejo y contradictorio de la realidad en la que está inserta.

EL DEPORTE COMO PRODUCTO SOCIAL

Ortega y Gasset (1929) denomina deporte a una de las formas de actividad dentro del repertorio de posibilidades de acción que se le presentan al hombre, que implican esfuerzo mental y físico con el objetivo principal de la diversión y la recreación, no impuestas y que surgen de un impulso vital.

Entiende que la vida humana se orienta básicamente en función de dos tipos de actividades, las "utilitarias" vinculadas con el trabajo y las "felicitarias" vinculadas con el deporte, siendo estas últimas las que representarían un avance en el modo de vivir, para lo cual propone una reforma radical del pensamiento, en este punto basado en la visión de un viraje de la historia hacia un sentido deportivo y festival de la vida. Afirmación que sustenta en su convicción sobre que los avances científicos permitirán a la sociedad lograr una forma superior de existencia humana, que estaría representada por esta forma "felicitaria" del deporte.

Nos referiremos inicialmente al deporte describiéndolo por los aspectos que tiene como práctica social, utilizando las categorías que desarrolla Matus (2007) en su Teoría del Juego Social, donde expresa básicamente diversos significados culturales, que se refieren a un conjunto de ordenamientos por los cuales la sociedad transformó el juego en diferentes productos de actividad humana. Desde esta perspectiva podemos considerar al deporte con respecto a

su práctica individual y colectiva, como también en las diferentes formas y niveles de desarrollo, como una producción social y cultural como tantas otras.

Desde esta perspectiva podemos afirmar que el deporte es una actividad que se despliega en un contexto que permite la relación entre sujetos, relación en las que se desarrollan conflictos, competencias y cooperaciones, como sucede en cualquier otra interacción humana. En donde los diferentes actores actúan coordinados por la necesidad de comprender, responder y anticiparse a la acción del otro. Esto requiere, por ejemplo, para resolver problemas vinculados con su práctica, no solo reglas técnicas orientadas hacia la eficiencia y eficacia, sino también viabilidad y aceptabilidad y adaptaciones acordes a las necesidades y derechos de aquellos qué demanden su práctica.

En principio debido a que en la actualidad la palabra deporte, es un término de uso polisémico, por ser un concepto que se lo aplica para denominar diversas y diferentes formas de actividades físicas en todo el mundo, consideramos necesario precisar cuáles son sus características específicas, que nos permitan así abordar el análisis que nos proponemos realizar sobre esta particular práctica social.

Parlebas (2001) considera que la observación del recorrido del deporte, le permite afirmar que, como creación social, es un espacio de conductas humanas que reflejan situaciones de impulsos y pasiones del enfrentamiento social, que se lo puede comprender al situarlo históricamente, influenciado por el contexto en el que se realiza, relativizando entonces rasgos o valores que se le puedan atribuir desde siempre.

Si entendemos el deporte como una configuración social producto de los aprendizajes de la organización social humana, entonces sus formas y significados tienen historia y cambios a través del tiempo.

Como una forma de práctica social que tiene historia, sería necesario tener en cuenta ese recorrido en el devenir del tiempo para poder aproximarnos a pensar que cambios son deseables y posibles en la actualidad. Para lo cual nos aportaría hacer una breve referencia a sus orígenes y características más significativas para comprender el deporte en esta etapa de su desarrollo.

Al respecto, Parlebas (2001) realiza una descripción de los significados históricos del deporte partiendo del origen de la palabra desport en Francia en el siglo XIII, la cual se refería a los diversos medios que se utilizaban para el entretenimiento y diversión, como bromas, conversaciones, distracciones, en donde el juego también era considerado como uno de los recursos de los cuales se disponían para tales fines.

Describe que en Inglaterra en el siglo XIV la palabra to sport era utilizada para referirse a los juegos y ejercicios que practicaban los sectores de la nobleza, lo cual se extiende hasta la Francia del siglo XIX, donde también se usaba para nombrar las formas de recreación de las clases sociales altas (equitación, esgrima, remo), estableciéndose en ese período, una diferencia sobre lo que eran los deportes nobles con respecto a las formas de recreación de los plebeyos. Particularmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX se identificaban como deportes, a las actividades físicas vinculadas con la vida ociosa de la aristocracia, con características de libertad y alegría, realizadas al aire libre, y que fueron incorporando los avances técnicos y científicos de la época.

Los juegos de competición a partir del surgimiento de la sociedad industrial adquieren características acordes al proceso de transformaciones que se comenzaron a generar.

Elías (1986) analiza la relación que tuvo en Inglaterra la revolución

deportiva con la revolución industrial, considerando que esa situación socio-económica creo las condiciones políticas -legislación parlamentaria- y normativas para su desarrollo en donde los juegos de competición que se originaron en Inglaterra, pasaron de allí a otras sociedades. Proceso que el autor denomina como la deportivización de los *juegos competitivos*.

El surgimiento de la parlamentarización para dirimir las disputas políticas entre las de la aristocracia, la alta burguesía y el rey, influyeron en la creación de hábitos no violentos de ocio, y el surgimiento de la deportivización de sus pasatiempos. La creación de reglas escritas, no violentas, más autocontrol de los jugadores, sanciones sin castigos físicos, permitió en los juegos, el comienzo del predominio más de la técnica que el de la fuerza.

Podemos decir que en el ámbito de los juegos, se inicia un proceso, donde se institucionaliza su práctica en un marco de sociabilidad, donde la competición adquiere una forma de relación social, en donde comienzan a incluirse también a los sectores populares.

Al respecto Olivera Betrán (2006) considera que este marco de sociabilidad fue necesario como un recurso defensivo que tuvieron los sectores burgueses y aristocráticos de las escuelas inglesas del siglo XVIII y XIX, que les permitió reglamentar juegos para contrarrestar con la habilidad y la especialización de esa clase social, el dominio de la fuerza característica de clases bajas de esa época, generando reglamentos que le restaran dureza a los juegos tradicionales.

Si bien el surgimiento del deporte moderno se lo relaciona con la formación de los Estados de la Europa occidental su evolución presenta nuevas formas, fundamentalmente a mediados del siglo XX. Al respecto, Cagigal (1975) describe que el Deporte Moderno adquiere a partir de ese período la forma de

Deporte Contemporáneo, siendo una característica significativa el desarrollo del deporte como espectáculo de consumo masivo, esto genera en la actualidad dos vertientes en la sociedad vinculada con la oferta y la demanda del deporte: el deporte como praxis y el deporte como consumo del espectáculo, que genera su práctica. Situación en donde se observan importantes cambios, se incorporan a su práctica amplios y diversos sectores sociales, se mundializa, se reglamenta su práctica, la cual se realiza fundamentalmente en espacios artificiales, Al respecto si bien podemos afirmar que los juegos deportivos son un producto sociocultural de la sociedad industrial, nos interesa identificar si en la actualidad, persisten vestigios del origen elitista en sus prácticas institucionalizadas.

Entre los diferentes cambios que tuvo el desarrollo del deporte contemporáneo nos preocupa en este trabajo, detenernos en la característica de pretender ser igualitario, o sea que todas las personas pudieran tener la oportunidad de practicar deportes y que las condiciones de las competencias sean las mismas para todos/as los/as participantes. García Ferrando y Lagardera Otero (2002) afirman que "…aunque quedan importantes reductos aristocráticos y elitistas en el deporte contemporáneo, su importancia queda relativizada frente al empuje imparable del deporte de masas y del deporte para todos…" (p. 28). Este concepto de deporte para todos, no necesariamente incluye el de deporte con todos/as y si bien podemos coincidir con los autores que las prácticas deportivas han universalizado sus formas institucionalizadas, pensamos que no le brindan a todas las personas, particularmente a los/as adultos/as mayores, la misma oportunidad de acceder a su práctica, como a otros grupos etarios.

Consideramos que la burocratización en las formas de gestión del deporte en particular en los clubes y federaciones, la oportunidad del aprendizaje del deporte con reglamentaciones adaptadas , no está contemplada

para las personas mayores, como sucede con la iniciación deportiva pensada para niños/as y jóvenes, excluyendo la oportunidad de iniciar el aprendizaje de los deportes y tener las posibilidades de competencias adaptadas a sus posibilidades, a todos/as aquellos/as adultos/as que no hayan tenido una experiencia deportiva previa . Para lo cual consideramos necesario detenernos en analizar los rasgos estructurales del deporte en la actualidad

Algunos autores coinciden en reconocer al deporte como una forma particular de juego. Al respecto Olivera Beltrán (2006), en una publicación de la Revista Apunts Educación Física y Deportes, al describir los factores endógenos que influyen en el deporte, se refiere a la complejidad y necesidad de definir a que nos referimos cuando hablamos de deporte en la actualidad , para lo cual utilizando la categorización antropológica de Roger Caillois sobre los juegos - Agon (competición),alea (suerte), mimicry (simulación o representación), ilinx (vértigo) – considera que el deporte es fundamentalmente una forma de juego, el agón - la forma de juego donde se lucha por un resultado en un ambiente lúdico - como la forma cultural de la cual deviene el deporte en la actualidad. Por lo cual podríamos afirmar que el deporte es un juego, pero no todo juego es deporte.

Dentro del marco de la institucionalización del deporte tradicional que se sigue promoviendo en la actualidad, podemos identificar como una de sus características específicas, el ser un tipo particular de actividades físicas que requieren un esfuerzo, pensado fundamentalmente para niños/as, jóvenes y adultos/as, que por su exigencia provocan en los/as que las realizan, cambios psicológicos, morfológicos, fisiológicos y funcionales. Dichas consecuencias entonces sólo podrán lograrse si su práctica se desarrolla con regularidad, disciplina y con un entrenamiento físico planificado, y prolongado lo cual impacta en el estilo de vida, e incorporan, como analiza Tamburrrini (2001), cuando

menciona las condiciones del deporte tanto en la práctica masiva o de elite, el desarrollo de una praxis con sus propios expertos, entrenadores, jueces, instituciones etc.. El objetivo principal de esta forma de actividad sería la de mejorar la condición física para poder obtener un dominio eficiente de las técnicas deportivas, que permitan obtener los mejores resultados en la situación de competencia.

Observamos en este punto que la oferta generaliza para los/as Adultos/as Mayores que realizan actividades físicas, está orientada hacia una práctica donde es el cuerpo un fin en sí mismo. Entendido como un organismo (entrenamiento por el propio entrenamiento), o como cuerpo para los/as otros/as. Predomina la realización de actividades altamente racionalizadas, (por ejemplo, ejercicios físicos para el fortalecimiento de diferentes grupos musculares, etc.), estos movimientos, son planteados sin un sentido práctico, orientados fundamentalmente contra el envejecimiento, o con objetivos prescriptos por agentes de la salud. Al estar estas prácticas desvinculadas de una satisfacción competitiva, son actividades que pueden perder el sentido de diversión o el de entretenimiento, dejando de ser una actividad física vinculada con el juego para transformarse en trabajo.

La actividad física desvinculada de los juegos deportivos, restan la oportunidad de entender dentro de un marco de sociabilidad, el sentido del cuidado de sí mismo y del otro, la necesidad de trabajar en equipo creando lazos de cooperación para lograr superar al adversario, conocer y respetar normas de interacción social, propias de la competición que aportan, enriquecen y enseñan al sujeto vivencias vinculadas con la construcción de ciudadanía.

La competencia, sería otro elemento constitutivo del deporte, competencia que se desarrolla en modalidades de juegos donde se lucha contra

los límites propios, o contra las dificultades que plantea la naturaleza o contra los adversarios, por lo cual no se podría reconocer como deporte a una actividad física que no implique competición.

Es la forma que representa el modelo de supervivencia del más competente físicamente con el desarrollo de las tácticas y estrategias más adecuadas. Competencia que implica aprender un conocimiento y saberlo usar, o sea desarrollar roles de acción reduciendo al mínimo las situaciones de incertidumbre. Donde se despliega un dominio de los conocimientos técnicos y se los aplica en los desempeños concretos previstos y no previstos. Es particularmente donde el texto técnico adquiere significados, pues incluye un escenario, en un contexto explícito.

Como analiza Bourdieu (1993), es en este campo del deporte es donde surge una ruptura cultural, pues se constituye como un campo de prácticas específicas, dotado de premios, reglas, en el cual se desarrolla una competencia o cultura particular. Cultura que la denomina, esotérica deportiva, que les permiten a las personas comprender el proceso del juego, las tácticas, estrategias, las destrezas técnicas que se despliegan etc. En donde el profano, no practicante del deporte, solo puede convertirse en un espectador pasivo, que únicamente puede disfrutar y motivarse con el resultado, lo sensacional, con el culto a la hazaña obvia, y con la vultuosidad de lo visible.

En la actualidad con el surgimiento del deporte espectáculo, como industria del entretenimiento, es necesario crear las condiciones para la práctica deportiva de los/as adultos/as mayores y evitar que deban resignarse a ser necesariamente consumidores pasivos del espectáculo deportivo, por no estar incluidos en las organizaciones que permiten acceder al aprendizaje de los deportes en esta etapa de su vida.

El espíritu deportivo o *fair play* sería otras de las características del deporte. En la actualidad el *fair-play* tiende a manifestarse sobre todo en la organización de las competencias que tienen en cuenta las categorías de competencia, las cuales se crean para garantizar criterios de equidad, en relación con la edad, sexo, peso, y nivel de competición, como así también en los controles que se realizan sobre el doping, y en la aplicación de normas punitivas para garantizar el respeto hacia los adversarios. Siendo el desarrollo de competencias sociales, o sea el saber ser (logro de autonomía, responsabilidad, formas de comunicación, etc.) uno de los problemas que requieren particular atención.

Existen algunas federaciones deportivas que organizan categorías para competir en deportes a los/as adultos/as, en algunos casos las denominan como categorías para *veteranos/as*, pero dichas competencias en su mayoría, están pensadas para personas que ya tienen una experiencia deportiva previa en los deportes en que participan.

En lo que respecta a las categorías de competencias institucionalizadas por sexo, por edad y nivel de competición en la actualidad, las mismas atienden la iniciación deportiva de niños/as y jóvenes, no contemplando la organización para la iniciación deportiva de adultos/as mayores. Etapa de la vida donde el aprendizaje deportivo puede realizarse con las adaptaciones técnico –reglamentarias, acorde a ese grupo etario, como se lo realiza para las otras edades para lograr su aprendizaje. Para lo cual es fundamental modificar la lógica de la exclusión del cuerpo envejecido en el sistema deportivo tradicional.

Las formas reglamentarias, es otro de los elementos distintivos del deporte, pero las mismas tienen la particularidad de ser universales, ser aplicadas por personas especializadas - como jueces/as y árbitros/as - y avaladas por las instituciones deportivas competentes, responsables de regular y

autorizar las competiciones y los reglamentos. Los cuerpos reglamentarios de muchos deportes, deberían incluir en su estructura normas adaptadas para permitir la iniciación en el deporte de adultos/as mayores.

Se considera también como una característica fundamental del deporte la institucionalización de su práctica, entendiéndose por esto la creación de instituciones en el entramado social, responsables de la regulación, organización y desarrollo del deporte (clubes, asociaciones, federaciones, etc.). Estas características enunciadas, debemos analizarlas también como partes de una extensa y compleja red de relaciones que constituyen el sistema deportivo, en donde el comportamiento de cada parte depende del estado de todas las otras, debido a que conforman una estructura interconectada, situada en un ajuste permanente con el contexto social, económico, político, cultural, y ambiental. Estos componentes que integran el sistema deportivo son las federaciones deportivas, las disciplinas deportivas, los/as deportistas (federados/as y no federados/as que pertenecen a una organización, y los/as no federados/as que no pertenecen a ninguna organización), los clubes y asociaciones deportivas, los espacios e instalaciones deportivas, los/as espectadores/as y aficionados/as, las instituciones sociales y los medios de comunicación.

Las instituciones, al formar parte de una compleja red de relaciones situadas en un contexto social, cultural , económico, político etc., se ven afectadas por cambios que impactan en sus sentidos, valoraciones y formas de desarrollo, por lo cual si entendemos al deporte como una práctica situada, esta puede tomar en cada uno de los ámbitos en los que se despliegan diferentes expresiones o significados que representan la cultura de esa organización, resultando las conductas concretas, las escalas de valores, los conceptos

específicos del deporte al que adhieran sus miembros, los indicadores para poder entender la subcultura (conocimientos técnicos, valores y creencias comunes a todos los integrantes de ese grupo social).

Con respecto a las formas actuales de institucionalización, podemos afirmar que los problemas que afectan a la humanidad son rápidos, intensos y su diversidad afectan la vida individual y colectiva de las personas. Los cambios en lo económico y político de las distintas sociedades, estas fuerzas expansivas producto de los procesos de globalización, nos convocan a señalar, en este contexto de pandemia, como espacio de tiempo para reflexionar sobre algunos de los conflictos que genera el desarrollo de la mercantilización en el deporte, con la finalidad de alertar sobre la necesidad de mejorar, cuando se dé el retorno a las actividades habituales, algunos aspectos vinculados con las formas gestión de las organizaciones del deporte. Brohm (1993), afirma que las instituciones deportivas funcionan como firmas comerciales insertadas en los engranajes del mercado capitalista en donde el desarrollo de la industria de productos, bienes y servicios deportivos, la publicidad del deporte y los ingresos de los espectáculos deportivos, imprimen en las organizaciones deportivas, criterios mercantilistas sobre la gestión deportiva, resultando de más interés el desarrollo de competiciones que brinden beneficio y no por el beneficio que pueda brindar la competición a las personas que lo practiquen.

Consideramos que es un desafío necesario que esta forma de juego en sus diversas manifestaciones, ya sea a través de sus distintos niveles de competición o ejecución, no pierda la perspectiva de ser un espacio estratégico que brinde un servicio para mejorar prioritariamente la salud, la educación, y favorecer la inclusión social.

Para lograr estos propósitos es necesario adecuar los marcos jurídicos

y legislativos y también la necesaria intervención del Estado a través de una vigilancia fiscal y de los derechos de los/as ciudadanos/as, para que los intereses del mercado no obstruyan un desarrollo equilibrado del deporte, y que éste objetivo no se vea anulado por los poderosos intereses económicos y/o políticos, que impida a las organizaciones del deporte incluir en sus modalidades de gestión, la promoción de los beneficios sociales que la práctica deportiva puede ofrecer a distintos sectores de la población como son los/as adultos/as mayores, para que tengan acceso a su práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Blanchard Kendall, C. A. (1986). Antropología del Deporte. Barcelona. España. Ediciones Bellaterra.

Brohm Jean M., Bourdieu P., Dunning E., Hargreaves J., Todd T., Young K. (1993). 20Tesis sobre el Deporte en Materiales de Sociología del Deporte. Madrid. España. Nº 23Ediciones de La Piqueta.

Bourdieu Pierre Brohm Jean M., Bourdieu P., Dunning E., Hargreaves J., Todd T., Young K. (1993). Deporte y Clase Social en Materiales de Sociología del Deporte. Madrid. España. Nº 23Ediciones de La Piqueta.

Cagigal, J. M. (1975). El deporte en la sociedad actual. España. Prensa Española.

Dunning, E. (1986). Deporte y Ocio en el proceso de civilización. México. Fondo de la Cultura Económica.

Dunning, E (1999). El fenómeno Deportivo. Barcelona. España. Editorial Paidotribo.

Elias, N. (1986). Deporte y Violencia. Materiales de sociología crítica. Madrid. España. La Piqueta.

Matus, C. (2007) "La teoría del Juego Social" Sesión 2: Ciencias verticales y Horizontales: Modo de explicar la realidad Argentina. Edunla Cooperativa.

Morin, E. (2000) "La mente bien ordenada". Barcelona. España. Ed. Seix Barral Los tres mundos.

Olivera Betrán, J. (2006). Hacia una nueva comprensión del deporte Factores endógenos y exógenos. Apunts Educación Física y Deportes Nº86. I.N.E-F.C. Generalitat de Cartalunya .Barcelona. España.

Lagardera Otero Francisco, L. B. (2003). Introducción a la praxiología motriz.

Barcelona. España. Editorial Paidotribo.

Le Breton, D. (1995). Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires. Argentina. Ediciones Nueva Visión.

Ortega y Gasset, J. (1929). ¿Qué es la Filosofía? Madrid. España. Revista de Occidente.

Ortega y Gasset, J. (1929). Biología y pedagogía. Madrid. España. Revista de 1Occidente.

Parlebas, P. (2001). Juegos deportes y sociedades. Léxico de praxiología motriz. Barcelona. España. Paidotribo .

Rodríguez López, J. (1998). Deporte y Ciencia. Barcelona. España. INDE Publicaciones.

Tamburrini, C. M. (2001). ¿La mano de Dios? Una visión distinta del deporte. Argentina. Ediciones Continente

Universidad Nacional de Lanús (2020) Ficha técnicas y glosario de términos para l a construcción de información estadística Eje 4 w.w.w.unla.edu.ar

TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD. REFLEXIONES SOBRE EL ROL DE LAS TECNOLOGÍAS EN CONTEXTO DEL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO (ASPO)

JUAN IGNACIO DONATI

RESUMEN

Se escucha a menudo afirmar que "las tecnologías transforman al mundo", y no suele haber discusión sobre la validez de estas afirmaciones basadas en la abrumadora evidencia empírica que nos rodea. Así pensado, la tecnología parece una unidad autónoma, que se desarrolla en laboratorios de avanzada y cuyos resultados se vierten sobre la sociedad produciendo cambios y transformaciones. Sin embargo, cabe la posibilidad de entender la relación entre la tecnología y la sociedad que no sea la idea del impacto de la primera sobre la segunda.

Este escrito fue realizado durante el transcurso del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en Argentina. El ASPO, pensado, como un conjunto de medidas de cuidados frente a la pandemia ocasionada por el COVID-19, ha modificado innumerables hábitos de las personas, uno de estos ha sido la intensificación en la relación entre los sujetos y las nuevas tecnologías. Al estar en situación de aislamiento, en muchos casos, se ha reforzado la necesidad de relacionarse con el entorno por medio de diferentes artefactos tecnológicos, especialmente en los conglomerados urbanos. Considerando este contexto, se intentará reflexionar sobre esta relación particular bajo una pregunta que nos acompañará a lo largo del escrito. ¿El uso cotidiano que les damos a las nuevas tecnologías, resulta necesariamente una mejora en nuestra calidad de vida?

INTRODUCCIÓN

En principio, debemos aclarar que se suele utilizar generalmente el término "tecnología" para hacer referencia a los artefactos o herramientas. Sin

embargo Harvey Brooks y Daniel Bell en Castells, (1997), definen a la tecnología (del griego tecnología, technos: arte, logos: estudio) como: "el uso de un conocimiento científico para especificar modos de hacer cosas de un modo reproducible". Por lo tanto, es necesario separar la idea de tecnología de la idea del artefacto, dispositivo o herramienta tecnológica. A su vez, llamaremos "técnica" (del griego, τέχνη tékhn'arte, técnica, oficio') al conjunto de procedimientos que se utilizan para realizar una actividad determinada. Así, podemos pensar, por ejemplo, que para calentar un ambiente o cocinar hoy podemos hacer fuego con diferentes artefactos (leña, carbón, gas, fósforos o algún dispositivo electrónico para encenderlo), con diferentes técnicas o procedimientos que son más o menos eficientes y al estudio de todo esto, que a lo largo de la historia ha pasado de frotar piedras a prender fuego apretando un botón y que sigue y seguirá produciendo nuevos modos de hacer fuego, se lo denomina tecnología.

Otra aclaración, el descubrimiento y uso de herramientas no es algo característico de esta época sino que es un progreso cualitativo en la relación histórica del ser humano con el medio ambiente y es parte fundamental de nuestra humanidad. La tecnología es parte inseparable de la ampliación de las capacidades de acción humana. El pasaje desde los campamentos aislados hasta las ciudades, con el mismo equipo biológico, muestran hasta qué punto las tecnologías, como creaciones culturales, tienen un protagonismo central sobre el proceso de desarrollo de lo humano.

El desarrollo de la tecnología ha ido modificando la relación de los seres humanos entre sí y con el medio ambiente. Aunque no siempre en un sentido positivo, el progreso en el dominio de la naturaleza es llamativo. Hoy las personas pueden habitar medios muy hostiles para la supervivencia, hasta el

punto de llegar a imaginar la conquista de planetas vecinos. Ésta es una muestra suficiente del ingenio humano y el poder que ha ido construyendo a través de la acumulación cultural y la transmisión a través de las generaciones.

Cabe mencionar que, en las últimas décadas en la sociedad occidental, luego de un largo camino de desarrollo tecnológico, la tecnología y los nuevos artefactos se han convertido en un objeto de interés general. Las sociedades actuales avizoran un cambio radical en la forma de asimilarla en las que se destaca la incorporación de la tecnología en la vida cotidiana (Tabares Quiroz y Correa Vélez, 2014).

Con el acelerado crecimiento de aplicaciones tecnológicas en la industria y en las comunicaciones, en la medicina, el comercio y las finanzas, con las políticas nacionales e internacionales de creación e incorporación de capacidades tecnológicas en las organizaciones, con la adopción y el consumo de medios tecnológicos por parte de los individuos en general, suele llamarse a la época actual "era tecnológica", "sociedad tecnológica" o "revolución tecnológica" (Doig, 2014).

En este sentido, la forma vertiginosa en que la tecnología se ha desplegado en la sociedad occidental actual genera preocupación en algunos investigadores y entusiasmo en otros, situación que ha permitido desde diversas disciplinas, estudios y programas de investigación, intentar comprender: las causas, los efectos y procesos, que devienen en los tipos de configuraciones de lo que se entiende, por tecnología, en este momento histórico.

En todo caso, no es intención de este escrito retomar la idea de Umberto Eco (1965) al diferenciar entre apocalípticos e integrados los modos o las actitudes que se tienen frente a este escenario, ni tomar una postura fatalista o inocente en torno al desarrollo tecnológico, sino promover una serie de

preguntas que inviten a la reflexión sobre las relaciones actuales que tenemos frente al uso de dispositivos y la relación con el buen vivir. Para ello, en primer lugar, recorreremos algunas de las corrientes de pensamiento más importantes sobre la tecnología y la sociedad.

DETERMINISMO TECNOLÓGICO Y AUTONOMÍA DE LA TECNOLOGÍA

Desde este punto de vista, existe una distinción neta y clara entre la tecnología y la sociedad, pensadas como dos entidades absolutamente separadas. Bajo esta óptica, se suele afirmar que la tecnología impacta sobre la sociedad; que son los productos tecnológicos los que producen resultados transformadores sobre la humanidad. De esta manera, se entiende a la tecnología como algo objetivo e independiente del resto de la sociedad, y que, por ejemplo, tendría el potencial necesario para solucionar los problemas mundiales. Es decir que esta relación es entendida de manera monocausal, donde un elemento impacta sobre el otro. A esto se lo llama determinismo tecnológico.

Para McKenzie y Wajcman (1998), el determinismo tecnológico "es la teoría de las relaciones entre tecnología y sociedad que más influencia ha tenido". Según esta teoría, la tecnología es un factor independiente, que actúa `desde afuera´ como "en las teorías decimonónicas del determinismo climático.

Platón y Aristóteles vincularon las formas de gobierno a determinados factores climáticos, mientras que Montesquieu adscribió a éstos ciertas formas de religión. Explicar fenómenos de tipo sociocultural como la religión o la estructura política en base a factores externos a la sociedad misma, como el clima, la geografía u otros factores de tipo material y objetivo es una aspiración

antigua. Sin embargo, en la actualidad, los análisis que estudian la interacción entre tecnologías y sociedad continúan con el tradicional esquema del análisis de impactos.

También existe otra línea teórica cercana al determinismo tecnológico y es la llamada "Autonomía de la tecnología". Ogburn (1933) difundió la noción de "retraso cultural" que ha sido muy tenido en cuenta en el pensamiento contemporáneo: la idea de que los valores, los hábitos, las creencias y las estructuras sociales a menudo se transforman a un ritmo considerablemente más lento que las innovaciones tecnológicas materiales que las sustentan o provocan. Esta apreciación conduce en muchos casos a considerar la cultura, o algunos de sus elementos, como un obstáculo para el desarrollo tecnológico. Desde esta mirada, se considera que la aparición de nuevos artefactos tecnológicos, provoca modificaciones en las sociedades a medida que se difunde su uso.

En definitiva, la tecnología deviene el factor singular más importante en la evolución de las sociedades humanas. Sin embargo, existen muchas críticas a estas posturas, como por ejemplo en el texto de Aibar (2008,) en el que su planteamiento es el siguiente:

> Durante las últimas décadas, sin embargo, las tesis del determinismo y la autonomía de la tecnología han sido fuertemente cuestionadas. Desde el ámbito interdisciplinario de los estudios de la ciencia y la tecnología se ha suministrado evidencia concluyente sobre su inadecuación empírica y su inconsistencia teórica, a través de numerosos estudios de caso en prácticamente todos los ámbitos de la innovación tecnológica. p.11).

Este autor propone entonces, que la relación entre tecnología y sociedad se puede analizar desde un punto de vista diferente y no como una concatenación lineal.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA TECNOLOGÍA

En los últimos años, han cobrado fuerza diversos enfoques que consideran la tecnología como una construcción social. Esta postura ha llegado a concebir la tecnología y la sociedad, no ya como dos entidades separadas, sino que han generado un concepto que engloba a ambas dentro de una misma unidad.

Hughes (1986) utilizó la metáfora "seamless web", tejido sin costuras, para referirse a esta unidad. Sin embargo, Thomas (2001) utiliza el concepto de "lo Socio-técnico", señalando que no pueden diferenciarse, a priori, componentes diversos para entender la sociedad y la tecnología. Es, el mismo quien señala de manera muy precisa:

> "No hay una relación sociedad-tecnología como si se tratara de dos cosas separadas. Nuestras sociedades son tecnológicas así como nuestras tecnologías son sociales. Somos seres socio- técnicos" (Thomas,2001, p.36).

Este posicionamiento puede resultar chocante ya que está opuesto al sentido común de las personas, el autor continúa afirmando.

> Aquello que denominamos tecnología es en

> realidad un complejo inter-juego de relaciones entre usuarios, herramientas, actores y artefactos, instituciones y sistemas tecno-productivos, ideologías y conocimientos tecnológicos (…) donde, en el mismo acto en que se diseñan y aplican socialmente las tecnologías, se construyen tecnológicamente órdenes jurídico-políticos, organizaciones sociales y formas de producción de bienes y servicios (Thomas, 2001, p.36)

Para estos enfoques, los procesos de evolución de los dispositivos tecnológicos no tienen que ver con una lógica propia de los dispositivos, los materiales, las características y las definiciones técnicas, sino que la evolución es el proceso de interacción entre los diferentes grupos sociales, las instituciones y los dispositivos. La evolución de los aparatos tiene que ver con el entramado social y de qué manera la sociedad construye el significado de las tecnologías. Un famoso ejemplo de estas líneas de pensamiento es la historia de la evolución de la bicicleta. Esta historia se desarrolla en Estados Unidos y se puede resumir en una evolución del artefacto que, poco a poco, va pasando de diseños pobres e inapropiados a uno que finalmente se consolida como el mejor, gracias a sus ventajas técnicas. Esta evolución no estuvo dada solamente por los avances tecnológicos, sino también por las necesidades de la sociedad.

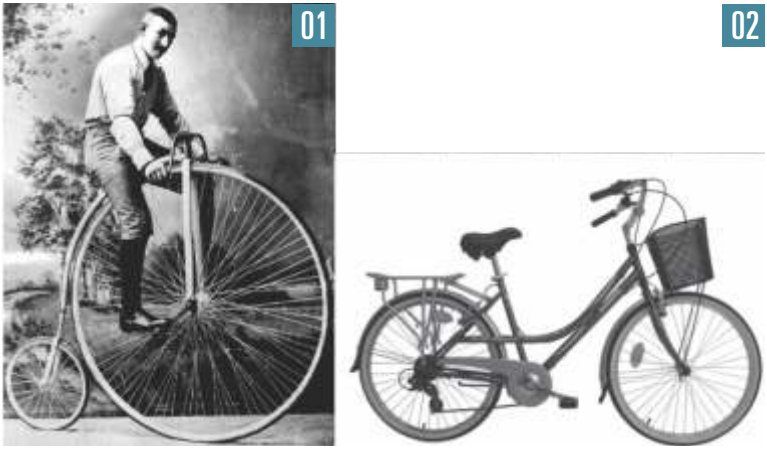
Originariamente, la bicicleta de rueda alta se popularizó por algún tiempo y se llegó a conocer como el modelo ordinario, fue de gran valor para el grupo social de hombres adultos, ricos y sanos para quienes se convirtió en un símbolo de virilidad y de poder. Sin embargo, grupos sociales como las mujeres, los niños y los ancianos veían en ese diseño problemas, principalmente

asociados a la dificultad de montar estos aparatos: problemas de seguridad que, por supuesto, no eran reconocidos por las asociaciones, casi logias, de usuarios de la bicicleta de rueda alta. Las mujeres percibían problemas de acceso a estas tecnologías debido a la vestimenta de la época.

Gracias a la percepción de los diseñadores de bicicletas y a la presión de los diferentes grupos sociales, se propuso el diseño de múltiples versiones de bicicletas que atendían diferentes requerimientos de seguridad y de acceso en mayor o menor medida. Prueba de ello son los diseños que se vinieron a conocer como Lawson's Bicyclette *(figura 1)*

Figura 1.
Valderrama, 2004, p.18

Figura 2.



En las figuras se puede visualizar que los primeros diseños no tienen

neumáticos, el metal de las ruedas estaba en contacto con la calle. Un ingeniero propuso los neumáticos de caucho, pero la propuesta fue recibida como algo inadmisible por parte del público por cuestiones estéticas. Sin embargo, una vez puestos en práctica, los sistemas de neumáticos ganaron en velocidad y confort por la amortiguación de los golpes, por lo tanto y con el correr del tiempo, el problema de lo estético se diluyó.

El nuevo diseño ha cambiado muy poco en los últimos años: tiene dos ruedas del mismo tamaño, neumático de caucho, cadena de transmisión y un marco que los une *(figura 2)*. Cabe destacar el rol que cumplió la publicidad en el proceso de establecer el nuevo modelo de bicicletas como "el modelo estándar" mediante campañas que, por ejemplo, afirmaban lo siguiente.

> "¡Ciclistas! Por qué arriesgar la salud de sus cuerpos en una Máquina de rueda alta cuando para andar en carretera una "Facile" de 40 o 42 pulgadas brinda todas las ventajas de la otra y casi absoluta seguridad."(Valderrama, 2004, p.21).

El autor trata de explicar con este ejemplo que ese cambio no se dio por cuestiones meramente tecnológicas, sino que fueron estos complejos juegos de interacciones sociales los que moldearon las sucesivas versiones de la bicicleta hasta llegar a la que conocemos en la actualidad. Pero el camino no es unívoco y no son las características tecnológicas las que explican estos cambios sino los resultados de las negociaciones sociales. Si las negociaciones sociales hubiesen tenido otro desenlace, sin duda la bicicleta que conocemos en la actualidad sería diferente a la que tenemos ahora. Entonces, resulta difícil señalar solamente los

impactos de la tecnología sobre la sociedad sin perder de vista cómo es que la misma sociedad va generando sentido sobre las tecnologías.

> Analizando esta historia, se puede decir que los diferentes grupos sociales actuaban con diferentes grados de inclusión dentro de un marco tecnológico. Así, los grupos sociales de hombres adultos, blancos (euro-descendientes) y sanos, tenían un mayor grado de inclusión dentro del marco tecnológico de la bicicleta de rueda alta. Por otro lado, los grupos con menor grado de inclusión tendían a considerar soluciones radicales con mayor facilidad (Valderrama, 2004, p.22).

Aquí surge otra reflexión que será abordada a continuación, es la de si los artefactos tecnológicos tienen cierta objetividad o, por el contrario, llevan inmersas cualidades políticas.

ENTONCES ¿LOS ARTEFACTOS TIENEN OBJETIVIDAD?

Es común pensar que los artefactos son entes objetivos y que, según el uso que le den las personas, va a generar diferentes resultados. Sin embargo, el teórico Langdom Winner (2000), cuestiona esa idea y afirma que:

> En las controversias acerca de la tecnología y la sociedad, no hay ninguna idea que sea más provocativa que la noción de que los artefactos técnicos tienen cualidades

> políticas. Lo que está en cuestión es la afirmación de que las máquinas, estructuras y sistemas de nuestra moderna cultura material pueden ser correctamente juzgados no sólo por sus contribuciones a la eficacia y la productividad, ni simplemente por sus efectos ambientales colaterales, sino también por el modo en que pueden encarnar ciertas formas de poder y autoridad específicas" (Winner, 2000, p.25).
>
> "¡Ciclistas! Por qué arriesgar la salud de sus cuerpos en una Máquina de rueda alta cuando para andar en carretera una "Facile" de 40 o 42 pulgadas brinda todas las ventajas de la otra y casi absoluta seguridad."(Valderrama, 2004, p.21).

Para llegar a esta afirmación, el autor desarrolla varios ejemplos que apoyan esta línea ideológica. A continuación, se describirá un caso donde la invención, diseño y preparativos de un determinado instrumento o sistema técnico se convierte en un medio para alcanzar un determinado fin dentro de una comunidad.

Winner, (2000) expresa el ejemplo de la altura de los puentes sobre las avenidas de Long Island en Nueva York. Mucho de esos pasos elevados son extremadamente bajos ya que su constructor, Robert Moses, los hizo de tal modo que fuera imposible el paso de autobuses, con un objetivo fuertemente ideológico que era que solamente puedan acceder a las playas los habitantes que tienen automóvil, o sea las clases altas y evitar así que los usuarios de los transportes públicos, los sectores menos favorecidos, accedan a la costa para su ocio y diversión.

Este es un claro ejemplo donde el artefacto tecnológico, en este caso los puentes, tiene inmersa una clara postura política, ya que reflejaba el sesgo clasista y los prejuicios raciales del constructor.

> Es obvio que las tecnologías pueden ser utilizadas de manera que faciliten el poder, la autoridad y los privilegios de unos sobre otros, por ejemplo, la utilización de la TV para promocionar a un candidato político. De acuerdo a nuestra forma de pensar usual, concebimos las tecnologías como herramientas neutrales que pueden utilizarse bien o mal, para hacer el bien, el mal o algo intermedio entre ambos. Pero generalmente no nos detenemos a pensar si un determinado invento pudo haber sido diseñado y construido de forma que produjera un conjunto de consecuencias lógica y temporalmente previas a sus usos corrientes (Winner, 2000, p.25).

Con este ejemplo el autor plantea entonces que los artefactos tienen cualidades políticas.

Se muestra que ciertas características de la planificación o del diseño pueden establecer determinados patrones de poder. Es precisamente por esto que sus consecuencias para la sociedad deben entenderse en relación con los actores sociales capaces de influir sobre ellas mediante los diseños y planes seleccionados.

PARA SEGUIR PENSANDO

Las grandes empresas así como los organismos internacionales, proponen constantemente discursos deterministas sobre el uso de la tecnología. Ese discurso inicial que afirma que "las tecnologías transforman al mundo" está fuertemente instalada en las sociedades y encierra algunas posturas que nos interesa analizar aquí.

Petrella (1996) afirma que "La sociedad de la información se ha convertido, a lo largo de todos estos últimos años y desde Estados Unidos, en la tecno-utopía explicativa y legitimante del capitalismo mundial". Así las firmas y sus intereses meramente económicos deciden qué tipo de tecnología se desarrollan más y cuales menos. A su vez se producen discursos con el fin de construir un sentido común que genere la ilusión de que las tecnologías se desarrollan continuamente en pos de resolver todos los males que nos aquejan. A su vez, esta postura determinista, deja a las personas en un rol pasivo donde sólo queda esperar a que las grandes firmas comerciales de las grandes potencias inventen estos dispositivos y las ubica en lugar de futuros clientes o consumidores. Así, invisibilizar el proceso de apropiación social de las tecnologías ha sido esencial para jerarquizar la producción y los modos de uso de ciertas tecnologías por parte de grupos hegemónicos.

Este rol pasivo, invita a que las personas entren en carrera para intentar obtener mayores ingresos y poder acceder a nuevas y costosas tecnologías generándose un círculo poco virtuoso, basado en la idea de meritocracia, donde algunos acceden y otros se quedan excluidos. En este modelo se ignoran las dinámicas socioculturales que impulsan los procesos de apropiación social de las tecnologías.

No obstante, abordar la cuestión desde otra óptica, visibiliza que las tecnologías son factores determinantes en los mecanismos sociales de inclusión y exclusión. En palabras de Thomas (2012):

> Sin embargo, si uno parte desde una posición relativista constructivista, es posible comprender que las tecnologías desempeñan un papel central en los procesos de cambio social. Demarcan posiciones y conductas de los actores; condicionan estructuras de distribución social, costos de producción, acceso a bienes y servicios; generan problemas sociales y ambientales; facilitan o dificultan su resolución; generan condiciones de inclusión o exclusión social. La resolución de las problemáticas de la pobreza, la exclusión y el subdesarrollo —en particular— no puede ser analizada sin tener en cuenta la dimensión tecnológica: producción de alimentos, vivienda, transporte, energía, acceso a conocimientos y bienes culturales, ambiente, organización social. (Thomas, 2012, p.66)

De aquí emerge la necesidad de que los estados promuevan la ciencia y la tecnología en nuestros países periféricos, en pos de ganar soberanía, pero a su vez con el objetivo de atender los problemas particulares de cada región y que estos desarrollos reconozcan la diversidad cultural y promuevan la participación y la apropiación social de las tecnologías con el fin de mejorar la calidad de vida y el buen vivir de la población en su conjunto.

Esta pandemia ha dejado al desnudo la perspectiva que se le da al

desarrollo tecnológico y las tensiones que eso genera. A continuación, se explicitarán dos ejemplos. En primer lugar, frente a la imposibilidad de acceder a dispositivos e internet por parte de un alto número de niños y jóvenes de sectores populares en edad escolar, el Jefe de Gobierno de CABA, en vez de entregar las herramientas necesarias para la inclusión escolar, propuso que estos jóvenes asistan presencialmente a las escuelas aún en el momento de mayor peligrosidad debido a la alta cantidad de contagios. Así, mientras los que tienen acceso a la tecnología estudian desde sus casas resguardados del Covid-19, los sectores más vulnerables deben arriesgar su vida y la de sus familiares.

Otro ejemplo es acerca del camino que tome el desarrollo de la futura vacuna. No es lo mismo que tenga una impronta meramente comercial y solo algunos privilegiados puedan protegerse, a que los Estados se responsabilicen de la cobertura gratuita a la totalidad de la población. Otra cuestión interesante para pensar es que, dada la gravedad de la situación, se obligue a los grandes laboratorios a ceder la patente de ese descubrimiento y así se pueda replicar la producción en cada región del planeta para cubrir a la población en su conjunto a un costo mucho menor.

En síntesis, se sabe que las tecnologías no tienen en sí mismas capacidades intrínsecas de cambio que conduzcan inevitablemente a una mejora en las condiciones de vida de sus usuarios. No es seguro que se vivirá mejor por el sólo hecho de tener acceso a más imágenes, más informaciones y más canales de comunicación. Mucho menos si las controlan las grandes firmas comerciales. Es por ello que se requiere de un rol activo de los Estados y las sociedades para orientar esa producción hacia las necesidades de cada pueblo, en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aibar, E. (2008, p.11). "Las culturas de Internet: la configuración sociotécnica de la red deredes,4".Disponible,en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-00132008000200002

Callon, M. (1998, pp. 143-170)). "El Proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico", en Doménech, M. y Tirado, F. Sociología Simétrica. Barcelona, España. Gedisa.

Casal, P. (2009). "Determinismo Tecnológico". Keele University, UK. Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/D/determinismo_tecnoeco.htm

Castells, M. (1997). "La era de la información"; Tomo I, Economía, Sociedad y Cultura; Capítulo 1: "La revolución de la tecnología de la información". Siglo XXI, México.

Doig, G. (2014) "Tecnología y mundo actual", en G. Doig (coord.): El desafío de la tecnología. Más allá de Ícalo y Dédalo, Vida y Espiritualidad, Lima, Perú.

Echeverría Ezponda, J. (2003). "Tecnociencias y participación ciudadana". Disponible en: http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/507

Eco, U. (1965) Apocalípticos e integrados. Barcelona, España. Lumen.

Hughes, T. (1986). "Social Studies of Science Vol. 16, No. 2". Published by: Sage Publications, Ltd.

Kuhn, T. (1971) "La Estructura de las Revoluciones Científicas". FCE, México.

Levis, D. (2004); Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información: "Modelo para

armar" en Signo y Pensamiento nº 44, Bogotá., Colombia. Disponible en la URL: http://www.diegolevis.com.ar/secciones/Articulos/sociedad_informacion_vf.pdf.

MacKenzie, Donald; Wajcman Judy (editors) (1998) "The Social Shaping of Technology: Second Edition". Open University Press: Buckingham.

Ogburn, W. (1933): "Living with Machines". Chicago, American Library Association.

Petrella, R. (1996, p.1) "El riesgo de una 'tecnoutopía'" en Le Monde Diplomatique, edición española, nº7, Madrid, España.

Tabares Quiroz, J. y Correa Vélez, S. (2014, pp. 129-144) "Tecnología y sociedad: una aproximación a los estudios sociales de la tecnología". Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS, vol. 9.

Thomas, H. (2001). Estilos socio-técnicos de innovación periférica. La dinámica del SNI argentino, 1970-2000, en IX Seminario Latino-Iberoamericano de Gestión Tecnológica: Innovación Tecnológica en la Economía del Conocimiento, San José de Costa Rica.

Thomas, H. (2010, pp. 35-53): "Los estudios sociales de la tecnología en América Latina", Iconos. Revista de Ciencias Sociales, Vol. 37.

Thomas, H. (2012, p.66). Sistemas Tecnológicos Sociales y Ciudadanía Socio-Técnica. Innovación, Desarrollo, Democracia. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/331375579_Sistemas_Tecnologicos_Sociales_y_Ciudadania_Socio_Tecnica_Innovacion_Desarrollo_Democracia.

Valderrama, A. (2004). "Teoría y Crítica de la construcción social de la tecnología". : Lawsons Bicyclette (1879) (Bijker, Hughes y Pinch, 1987: p. 39. La foto es a su vez, en este texto, cortesia de Trustees of the

Science Museum, Londres. Inglaterra Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/11278

Winner, L. (2000, p.25). "Tienen política los aparatos". Disponible en: http://www.oei.es/salactsi/winner.htm

Winner, L. (1993) "Social Constructivism. Opening the Black Box and Finding it Empty", en Science as Culture.

INTRODUCCIÓN

Desde el Buen Vivir como cosmovisión milenaria andina y amazónica, capaz de disputar el Estado para transformarlo, se reconocen como experiencias las incorporaciones del sumak kwasay (quechua) en Ecuador durante el gobierno de Rafael Correa y el kuma qamaña (aymara) en Bolivia durante el gobierno de Evo Morales Ayma..

Se considera que el Buen Vivir es sistematizado y conceptualizado en 1994 por los kichwas amazónicos de la Organización de los Pueblos Indígenas de Postaza (OPIP). Otros conceptos indígenas semejantes son el kume mogñen, de origen mapuche, y el ñande reko, de origen guaraní.

En la búsqueda de una traducción para el Sumak Kawsay, Huanacuni Mamani (2010) señala que sumak significa "plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso (a), superior, integral, simbiótico y holístico", mientras que kawsay, es "vida, ser-estando, estar-siendo". Por lo tanto la traducción que más se aproxima es "vida en plenitud" o "buen vivir" (p. 7). Se trata de un concepto nacido en el Abya Yala y todo lo que ha significado la lucha de los pueblos originarios contra la exclusión y el despojo que trajo consigo el colonialismo.

Dentro de los principios del Buen Vivir se encuentran el buen comer, el buen beber, el buen danzar, el buen dormir, el buen pensar, el buen trabajar, el buen meditar, el buen amar y ser amado, el buen escuchar, el buen hablar, el buen soñar, el buen caminar, el buen dar y recibir.

El buen comer es un hecho socio cultural, económico y espiritual donde confluyen varias interrelaciones. El buen comer implica pensar en la alimentación de todos los seres que habitan la tierra y seres del más allá, agradecer a las y los dioses Pachamama que da la vida, al Tata INTI que da calor, a la Mama Cocha que

da agua. Todo el proceso de producción desde la siembra hasta la cosecha se basa en un profundo respeto por la vida y los ciclos naturales que nos presentan la Madre Tierra y el Padre Cosmos (Delgado, 2014).

LA ALIMENTACIÓN HUMANA Y SUS ORÍGENES: DESDE UN ENFOQUE SOCIO HISTÓRICO

> ***"El reduccionismo histórico consiste en ver la Alimentación como si hubiera existido siempre de la misma manera, en un eterno presente, despojado de historia, de transcurrir y por lo tanto de cambios..."***
>
> ***(Aguirre, 2017, p. 24).***

LA CAZA Y LA RECOLECCIÓN

Hace aproximadamente seis millones de años empezaban las primeras expresiones de vida humana como tal a partir de un antepasado común de primate, reconociéndose desde el punto de vista biológico tres rasgos principales: la bipedestación, la sexualidad continua y el omnivorismo, que condicionan las relaciones intraespecíficas (hacia adentro de la misma especie) e interespecíficas (en relación con otras especies).

Se deduce que, además de hojas y frutos silvestres y semillas, los primeros homínidos comían insectos, huevos, larvas y pequeños animales. Hay en este período un aumento de la encefalización, y con ella, el aumento del desarrollo cognitivo que les permitió a estos seres descubrir y utilizar el fuego, desarrollar el lenguaje, la comunicación, crear herramientas y darle un valor agregado a la alimentación. Se trataba del proceso de la cultura. Se empieza a

configurar "la cocina", que es, en definitiva, la imposición de categorías culturales a lo biológicamente comestible, aun antes del descubrimiento del fuego (Aguirre, 2017).

El manejo del fuego, que permitió protección, iluminación, cocción de los alimentos, diferenció a la especie humana del resto de las especies.. En particular, la cocción, desde el asado y tostado hasta el hervido y otras formas, volvió digerible alimentos que no lo eran, extendió la vida útil de los alimentos, redujo el riesgo de enfermedades, aumentó la palatabilidad de las comidas, aumentó la variedad de alimentos (Bonomo, 2019).

Los cuerpos son magros, buena musculatura y poca grasa, muy dependientes de la biodiversidad, de estacionalidad, y preparados para la escasez. Las principales enfermedades son degenerativas de huesos y articulaciones, ya sean estas infecciones causadas tanto por gusanos como por protozoos; fracturas por accidentes y/o violencia física (Aguirre, 2017).

LA DOMESTICACIÓN DE PLANTAS Y ANIMALES: EL ORIGEN DE LA AGRICULTURA Y LA GANADERÍA.

Hace aproximadamente trece mil años, una elevación progresiva de la temperatura media en el planeta puso fin a la era glaciar. El mar avanzó sobre las costas y los bosques invadieron las llanuras. Algunas especies migraron, otras se extinguieron, otras se adaptaron. La especie humana sobrevive creando un nuevo modo de producción basado en la domesticación de plantas y animales, sedentarizando su vida. De esta manera, se transformaba nuevamente la organización social, la cultura, la cocina (Aguirre, 2017).

La domesticación de plantas y animales no fue fácil ni rápida en

términos humanos, pero sí en términos evolutivos. Según Bonomo (2019) hay evidencia de que esta domesticación se dió entre 7.000 y 10.000 años atrás, las especies y lugares de orígen son las siguientes:

- Mesoamérica: maíz, chocolate amargo, pavo, porotos, chiles, tomates, calabazas, zapallo, aguacate, frijol tepari, ayocote.

- Los Andes: papa, oca, mashwa, ulluco, ahipa, quinoa, cañihua, coca, tabaco, chirimoya, papaya de montaña, pepino, tomate de árbol, lúcuma, llama.

- Tierras bajas sudamericanas: mandioca, achira, hieren, camote o batata, , ciruela verde, piña, ananá, mamón, guayabo, papaya, cerdo de Guinea.

- Imperio Inca: llama, cuis, maíz, frutas, vegetales, cereales tostados, papa, olluco, porotos, zapallo, calabaza, quinoa, kiwicha (amaranto), maníes, guayabas, algodón, coca, cuises, patos, llamas, pescado de la costa.

COLONIZACIÓN

En 1492 se rompió la historia autónoma y comenzó una inclusión forzada en la historia global del colonialismo, donde hubo muchas extinciones, homogeneización de especies, paisajes y culturas. Los conquistadores impusieron su comida como "la" comida, iniciando la homogeneización global, que llegó a tal extremo que hoy apenas 15 por ciento de especies explica el 90 por ciento del consumo alimentario mundial (CEPAL, 2013).

La primera guerra bacteriológica se libró en América Latina, aislada por lo menos treinta y cinco mil años, con la colonización, cuando entró en contacto con las enfermedades euroasiáticas: viruela, sarampión, gripe (benigna para los europeos y fatal para los americanos) y otras variedades. Se calcula que el 95 por ciento de la población originaria de América murió en los primeros ciento treinta

años desde la llegada de Colón. No existe sistema alimentario ni político que pueda adaptarse a tamaño golpe en tan corto tiempo, por lo que los europeos empezaron a secuestrar población africana porque no se enfermaban (CEPAL, 2013).

Por otro lado, sólo los cazadores/recolectores, por su movilidad, resistieron cuatrocientos años la destrucción de su cultura y lograron incrementar y mejorar su alimentación. Los sistemas agroalimentarios nativos fueron violentamente transformados por los conquistadores, en principio por la disminución de la población por pestes y guerra, y secundariamente, por la introducción de especies exóticas que los europeos trajeron para su consumo: nuevos cultivos (trigo, avena, centeno, cebada, arroz, olivo, vid) y nuevos animales (vacas, cabras, ovejas, cerdos, patos, gallinas, gansos, conejos) compitieron, complementaron y/o sustituyeron a los autóctonos. Se conservó el maíz y el cacao, que se usaba como moneda (Brailovsky, 2010).

La incorporación de alimentos europeos en la cocina americana fue lenta, ya que los colonos traían provisiones para sí mismos, no para consumo masivo. Posteriormente, los alimentos europeos y americanos se mezclaron en las preparaciones de la cocina criolla. Ejemplo de ello es el mole poblano, que deriva de la receta original de mole con cacao y chile, y lleva sésamo, que llegó con los conquistadores. También se puede mencionar el puchero argentino, la versión criolla del cocido madrileño al que sumaron choclo. La mayoría de los alimentos americanos quedan en la cocina campesina, en la baja cocina, cocina inculta de base indígena. Estas cocinas criollas mixtas fueron recuperadas románticamente en las revoluciones anticoloniales del siglo XIX. Los alimentos americanos que se incorporaron con mayor éxito en Europa son la papa, el tomate, el cacao y el ají (Burba J., 2011).

INDUSTRIALIZACIÓN: LA REVOLUCIÓN DEL AZÚCAR Y LA MODERNIDAD

El azúcar como alimento: la caña de azúcar es un alimento domesticado hace once mil años en Nueva Guinea, y desde allí fue llevado a India, Filipinas, Indonesia, luego a Grecia, después a Roma y a otros lugares del mundo. Finalmente, fue impuesto en América con la llegada de los conquistadores europeos (Flandrin, 2004).

Al analizar la situación alimentaria de los últimos trescientos años, es necesario recordar que el modelo económico hegemónico es el capitalismo, caracterizado, entre otras cosas, por un aumento ilimitado de la producción. En el caso de la producción de alimentos, un uso intensivo de la tierra y otros recursos como la energía -predominantemente fósil- y el agua. Este incremento de la producción se hace también a partir de un rápido y cada vez mayor cambio y uso de la tecnología (Aguirre, 2017).

En alimentación se habla de industrialismo o modernidad alimentaria, hoy agroindustria global o alimentación post moderna de las sociedades de mercado globalizadas. Hay una manera hegemónica de producción, distribución y consumo de alimentos en las sociedades occidentales. Se producen a fuerza de petróleo, tanto por el combustible utilizado para la producción y la distribución como para la producción de agroquímicos (fertilizantes y pesticidas). Aumenta la productividad por unidad de superficie, aunque también el nivel de contaminación. La producción de bienes con carácter de mercancía también incluye a los alimentos (Flandrin, 2004).

Se creó una sociedad donde la mayoría trabaja por un salario que define sus consumos, y esto permite identificarlo dentro de una escala social. La capacidad de compra es clave para clasificar a los individuos. El espacio donde se

despliega la vida se escinde entre la casa y el trabajo, dando comienzo a las concepciones de vida privada y vida pública. Comenzó así la era del individuo, que cree que puede decidir libremente la mayoría de las veces, ignorando el fuerte condicionamiento del contexto. La comida, elemento colectivo por excelencia, se volvió legítimamente individual (Godoy, 1995). En este marco, el azúcar permitió saciarse con poco dinero y rico sabor; y la alimentación general se desarrolló en seis áreas principales: conservación, mecanización, transporte, venta minorista y mayorista, seguridad biológica y publicidad. Con la incorporación de las mujeres a la industria, y a pesar de ello, sosteniendo las tareas domésticas, el mercado ofrecía la solución: aumentó la producción y oferta de alimentos pre procesados, como así también de los artefactos domésticos que permitieron reducir los tiempos de preparación y/o cocción de las comidas. Comenzó en el siglo XIX un desplazamiento de los alimentos frescos a los procesados (enlatados, congelados, deshidratados), y en el siglo XX a alimentos intervenidos en su estructura (transgénicos, pre y probióticos, fortificados, etcétera). Así creció la intervención química, mecánica y de transporte (Flandrin, 2004).

En este siglo también se creó la leche condensada, que la terminó patentando Nestlé, un alimento principal en la dieta industrial, y a partir de allí, la creación de los primeros sustitutos de la leche materna, que se dio en respuesta a la demanda fabril de la mano de obra femenina, más barata que la masculina. Grandes marcas nacieron en el siglo XIX son Nestlé, Heinz, Lea & Perrins, Kelloggs era el fabricante, el garante de la inocuidad de los alimentos que producía. Más tarde, el Estado garantiza el control bromatológico, y la academia generó estándares para producir y consumir la comida industrializada. El conocimiento sobre los alimentos lo empiezan a tener "los expertos" (Godoy, 1995).

Hoy se discute sobre el rotulado de alimentos ya que está demostrado que el comensal promedio sólo entiende la fecha de vencimiento, mientras que el conocimiento de los alimentos lo empiezan a tener los expertos. Entonces, ¿cómo poder aprender rápidamente sobre tanta cantidad de productos alimenticios? Además de la industria, el Estado y la academia, se suma la publicidad. Es la publicidad la que cubrirá el conocimiento que no se pudo transmitir, como antes, de generación en generación (Aguirre, 2017).

SOBERANÍA ALIMENTARIA Y AGROECOLOGÍA

Organizaciones campesinas e indígenas nucleados en La Vía Campesina (1996) en Roma presentaron un documento en el cual plantean un nuevo paradigma, el de la Soberanía alimentaria y la definen como "el derecho de cada nación para mantener y desarrollar su propia capacidad para producir los alimentos básicos de los pueblos, respetando la diversidad productiva y cultural". En contra del modelo capitalista de producción, a favor de la reforma agraria, de la preservación de los recursos naturales, y de la paz social.

En el Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria (2001) se planteó que la soberanía alimentaria presupone la soberanía política, económica, cultural, de toda una nación, y es la matriz de su independencia, y el Estado debe jugar un rol indelegable en garantizarla. De varias corrientes alternativas de la agricultura elegimos en este capítulo, el paradigma de la Agroecología, surgida en América Latina, y que es reivindicada por buena parte de los movimientos sociales de productores campesino indígenas que luchan por la soberanía alimentaria, contra el modelo productivo agroindustrial, contra del racismo, contra el patriarcado, contra el capitalismo. Miguel Altieri y Clara Nicholls (2000) nos

plantean que la agroecología es el estudio holístico de los agroecosistemas, incluye ciencia, práctica y movimiento social. "El mundo ya produce suficiente alimento para alimentar a 9 mil millones de personas que se esperan para el año 2050. No hay duda que la humanidad necesita un nuevo paradigma de desarrollo agrícola, uno que promueva formas de agricultura más bio diversificadas, resilientes y, sobre todo, socialmente justas. (Altieri & Nicholls, 2012, p.1)

EXPERIENCIAS DE AGROECOLOGÍA Y SOBERANÍA ALIMENTARIA EN ARGENTINA

En Argentina hay diversas experiencias de organizaciones de la agricultura familiar, campesina e indígena que constituyeron en 1995 una Mesa Nacional de Productores Familiares que les permitió ampliar su desarrollo frente al neoliberalismo. Dentro de las diversas iniciativas de esta mesa, hay una del Mocase que merece destacarse: en el año 2007 creó la Escuela de Agroecología y en 2013 inauguró la Universidad Campesina SURI, en Santiago del Estero. Se trata de un acontecimiento histórico. El proyecto cuenta con el reconocimiento y apoyo de las Universidades Nacionales de La Plata y Quilmes, del Ministerio de Agricultura de la Nación, de la Subsecretaría de Agricultura Familiar de la Nación y de numerosas organizaciones del campo popular (Sarandón & Marasas, 2015).

El Estado Argentino recién abordó el tema de agroecología en 1993 con el Programa Social Agropecuario, que duró hasta 2013, y en el 2008 con la Subsecretaría -despues, Secretaría de Agricultura Familiar-. En 2013, esta Secretaría creó un área de Agroecología. La incorporación de este enfoque en las universidades y sociedades científicas se hizo con mayor dificultad por responder aún al modelo de la Agroindustria y/o enfoque biologicista de la Salud (Sarandón & Marasas, 2015).

Ya se han creado más de 25 cátedras libres de Soberanía Alimentaria y Agricultura Familiar en universidades públicas y otras tantas en organizaciones sociales. En el 2015 se organizó por primera vez en la Universidad Nacional de La Plata el 5° Congreso Latinoamericano de Agroecología de la Sociedad Científica Latinoamericana de Agroecología. Y en agosto de 2020 se creó la Dirección Nacional de Agroecología, bajo la órbita de la Secretaría de Alimentos, Bioeconomía y Desarrollo Regional del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca.

A pesar de las grandes dificultades que atraviesa aún el sector de la agricultura familiar, campesina e indígena, el cooperativismo y el asociativismo fueron una respuesta para mejorar el desarrollo, y en conjunto con diferentes áreas del Estado nacional, provincial y/o municipal, lograr el circuito local o regional de comercialización. Una de las herramientas creadas son las ferias francas.

Según estudios del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA, 2010) hay 400 ferias francas en el país. De un total de 144 Ferias relevadas en todo el país, 94 son del NOA, 36 de la Región Pampeana, nueve de la Patagonia, cuatro del Noroeste Argentino (NOA) y una de la Región de Cuyo. Un 95 por ciento de ellas recibe apoyo municipal. El 97 por ciento comercializa verduras, hortalizas y frutas, el 12 por ciento panificados, el 10 por ciento productos lácteos, el 8 por ciento dulces, conservas y licores, el 6 por ciento huevos, el 5 por ciento carnes y embutidos, el 4 por ciento comidas preparadas, y un porcentaje menor artesanías, textiles, plantines y otros.

Una experiencia sobre Agroecología en la provincia de Buenos Aires descripta por Álamo (2018) presenta a Chacra La Aurora que, ubicada en el partido de Benito Juárez, en el sur de la provincia de Buenos Aires, a 400

kilómetros de la Capital Federal, posee una superficie de 650 hectáreas y fue premiada por la Organización de las Naciones Unidas de la Alimentación y la Agricultura (FAO) como una de las 52 experiencias mundiales de producciones agroecológicas.

En sus planteos productivos agricultura-ganadería no utilizan agroquímicos y su rendimiento económico es superior al de los campos que realizan agricultura convencional en la zona. La Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT, 2020) presentó por tercera vez el proyecto de ley de Acceso a la Tierra, que, entre otras cosas, propone una línea de créditos blandos para la compra de lotes para las y los pequeños y medianos productores, campesinos y cooperativas, con el modelo del Procrear[1], en este caso, rural. También, piden que un porcentaje de tierras fiscales pasen a ser colonias agroecológicas.

También existe la Red de Municipios y Comunidades que fomentan la Agroecología (RENAMA, 2020) que nuclea a municipios diferentes de la Rep. Argentina. Hay once de la provincia de Buenos Aires, ocho de la provincia de Córdoba, seis de la provincia de Santa Fe, uno de la provincia de Entre Ríos y uno de la provincia de San Luis, y un municipio de la Rep. del Uruguay.

Con estos modelos de trabajo y propuestas, es pertinente lo que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS, 2020) presentó como el Programa "Sembrar Soberanía Alimentaria", el cual plantea una transferencia de más de un millón de pesos a las provincias, municipios y organizaciones para proyectos productivos agroecológicos o en transición hacia la agroecología. Incluye maquinarias, herramientas, insumos, capacitación, acondicionamiento de espacios productivos y de distribución, asistencia técnica y logística.

[1] Según el Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la República Argentina Procrear es una política de desarrollo territorial, urbano y habitacional de alcance federal y con una perspectiva integral que busca mejorar las condiciones de acceso al hábitat.

PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS EN EL MARCO DEL BUEN VIVIR

Diversos organismos, entre ellos la CEPAL (2013), reconocen el derecho de los pueblos campesinos originarios indígenas a desarrollar el Buen Vivir, y que si bien, con limitaciones, destacan la importancia de apoyarse en el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (Núm. 169) de la OIT, que reconoce por primera vez sus derechos colectivos, y en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), que plantea el derecho de dichos pueblos a la libre determinación, más la incorporación del concepto en las constituciones de Ecuador en el 2008 y del Estado Plurinacional de Bolivia en el 2009.

Desde que fue declarada la pandemia las organizaciones campesino - indígenas del mundo se han puesto a disposición de colaborar con los sectores más afectados por la pandemia y reafirman su posición antineoliberal, anticapitalista global (Vía Campesina, 2020 & UTT, 2020).

Si los pueblos del mundo y de la América Latina siguen en lucha, soñando, proponiendo, accionando, si entendemos que el cuidado del Buen Vivir y el Bienestar incluye estas ideas y desde las Universidades se redobla el compromiso en el transitar junto a otros y otras, ese camino hacia la construcción de un mundo mejor es posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Álamo, M. (2018). La importancia de la soberanía alimentaria en nuestra sociedad: Experiencias en el sur de la provincia de Buenos Aires. I Jornadas Platenses de Geografía, 17 al 19 de octubre de 2018, La Plata, Argentina. EN: UNLP. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Geografía. En Memoria Académica. Recuperado en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11228/ev.11228.pdf

Altieri M. y Nicholls C. (2000). Agroecología. Teoría y práctica para una agricultura sustentable. México D.F., México.

Altieri M. y Nicholls C. (2012). Agroecología: única esperanza para la soberanía alimentaria y la resiliencia socioecológica. Recuperado en: https://revistas.um.es/agroecologia/article/view/182861

Aguirre, P. (2017). Una Historia Social de la Comida. C.A.B.A., Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial, EDUNLA Cooperativa.

Brailovsky A.E., Foguelman D. (2010). Memoria Verde. Historia Ecológica de la Argentina. Buenos Aires, Argentina. De bolsillo.

Bonomo, M., Skarbun, F., Bastourre L. (2019). Subsistencia y Alimentación en Arqueología: Una aproximación a las sociedades indígenas de América precolombina. La Plata, Argentina. Editorial de la Universidad de La Plata.

Burba J. (2011). Gastronomía criolla argentina. Una visión desde la horticultura. Ediciones Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria.

CEPAL. (2013). Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Santiago, Chile.

Ciancaglini, S. (2019). Que es la UTT, que propone, y como se puede comprar alimentos a precio justo y sin venenos. La vaca. Recuperado en: https://www.lavaca.org/notas/que-es-la-utt-que-propone-y-como-se-pueden-comprar-alimentos-a-precio-justo-y-sin-venenos/

Delgado F. & Delgado M. (2014). Vivir y comer bien en los Andes Bolivianos: Aportes de los sistemas agroalimentarios y las estrategias de vida de las naciones indígena originario campesinas a las políticas de seguridad y Soberanía alimentaria. Bolivia. AGRUCO

FAO (2002). Cumbre Mundial de la Alimentación "Cinco años después". Roma, Italia. Recuperado en: http://www.fao.org/3/a-y7106s.pdf

Flandrin, J.L. & Montanari M. (2004). La Historia de la Alimentación. Ediciones Trea.

Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria. (2001): Declaración Final: "Por el Derecho de los Pueblos a producir, a alimentarse y a ejercer su soberanía alimentaria". La Habana, Cuba. Recuperado en: declaracion-final-del-foro-mundial-sobre-soberania-alimentaria.pdf (redes.org.uy)

Godoy, J. (1995). Cocina, Cuisine y Clase. Estudio de sociología comparada. Madrid, España. Gedisa.

Huanacuni Mamani F. (2010). Buen Vivir/ Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima, Perú. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas – CAOI. Recuperado en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.dhls.hegoa.ehu.eus/documents/5182&ved=2ahUKEwjyr42Bl8vtAhUUErkGHWM6D8MQFjAGegQIlhAB&usg=AOvVaw2-By0YJXhzJ0m1frxi3BkY

INTA(2010). Las Ferias de la Agricultura Familiar en la Argentina:

comercialización y financiamiento. Recuperado en: https://inta.gob.ar/noticias/quinteros-agroecologicos-del-caldenal

Ministerio de Desarrollo Social. (2020). Sembrar soberanía alimentaria. Recuperado en: http://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/sembrar

RENAMA (2020). Red Nacional de Municipios y Comunidades que fomentan la Agroecología, objetivos, y municipios que adhieren. Recuperado de: http://www.renama.org/acerca-de-la-renama/

Sarandón S., Marasas M. (2015). Breve historia de la agroecología en la Argentina: Orígenes, evolución y perspectivas futuras. Revistas Científicas Universidad de Murcia, volumen (10). Recuperado en: https://revistas.um.es/agroecologia/article/view/300861/216281

Unión de Trabajadores de la Tierra. (2020). Ley de acceso a la tierra. Recuperado en: Nuestro proyecto de Ley de Acceso a la Tierra – Unión de Trabajadores de la Tierra (uniondetrabajadoresdelatierra.com.ar)

Via Campesina (1996). Soberanía Alimentaria, un futuro sin Hambre. Nyeleni. Recuperado en: https://nyeleni.org/spip.php?article38#:~:text=Soberan%C3%ADa%20Alimentar%C3%ADa%3A%20un%20futuro%20sin%20hambre&text=sabemos%20que%20la%20seguridad%20alimentaria,las%20%C3%A1reas%20rurales%20y%20urbanas

Vía Campesina: Que es la soberanía Alimentaria. 2003. Disponible en: https://viacampesina.org/es/index.php/temas-principales-mainmenu-27/soberanalimentary-comercio-mainmenu-38/314-que-es-la-soberania-alimentaria

Vía Campesina. (2020). COVID-19- L@s productores de alimentos a pequeña escala se solidarizan y lucharan por llevar alimentos saludables a

tod@s. La Vía Campesina de COVID-19 – L@s productores de alimentos a pequeña escala se solidarizan y lucharán por llevar alimentos saludables a tod@s - Via Campesina

Radio AM 750, La mañana con Víctor Hugo (2020, 6 de mayo). La otra cara de la Pandemia: la UTT repartió 20.000 kg de verdura en comedores populares. Radio Cut. La otra cara de la Pandemia: La UTT repartió 20 mil kilos de verduras en comedores populares | RadioCut Argentina

ALIMENTACIÓN BASADA EN PLANTAS

CELESTE ESLIMAN

Muchos de nosotros asociamos comer con satisfacción, con bienestar: con buen vivir, pero qué y quién es lo que comemos rara vez está en nuestros pensamientos, como si ese análisis estuviera prohibido, lejano, tabú, demasiado incómodo y disruptivo. Esto puede deberse a varios motivos: porque sabemos que ciertos productos y alimentos nos hacen mal, porque nos hace ruido ocasionar dolor en otros seres, porque entendemos que el planeta necesita que cambiemos nuestra conducta o, por el motivo que fuere; el resultado es el mismo, mirar para otro lado y continuar. Propongo que en estas breves páginas no miremos para otro lado y reflexionemos.

¿POR QUÉ UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN PLANTAS?

Antes de abordar los beneficios que la alimentación basada en alimentos de origen vegetal -que no incluya aquellos ultra procesados o mínimamente procesados- traen para la salud de la especie humana, tomemos conocimiento que este patrón dietario, que se asienta en alimentarse con frutas, vegetales, legumbres, granos integrales, frutos secos y semillas, limitando los alimentos de origen animal o directamente excluyéndolos, genera menor producción de gases de efecto invernadero, menor consumo de agua y tiene la potencial capacidad de alimentar al mundo. Porque no existen personas sanas en un planeta enfermo. Porque todas las especies que habitamos este planeta merecemos hacerlo.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que el 61% de todas las muertes (35 millones) y el 49% de la carga mundial de morbilidad eran atribuibles a enfermedades crónicas no transmisibles, resultado de los malos hábitos en el estilo de vida. Se estima que en 2030 la proporción del total mundial de defunciones debidas a enfermedades crónicas llegará al 70% y la carga mundial de morbilidad al 56%. Estas enfermedades crónicas no transmisibles son la obesidad, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad coronaria, el accidente cerebro vascular (ACV), el cáncer y la demencia, entre otras. Más del 80% de estas enfermedades podrían prevenirse a través de un cambio en el estilo de vida.

La tendencia actual hacia alimentos refinados, de origen animal, y altos en grasa tiene un rol fundamental en la epidemia global de la obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular entre otras, no transmisibles. Otros factores como el sedentarismo, los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo también son factores de gran relevancia, y en este sentido campañas públicas- como la anti tabáquica en nuestro país- pueden tener un impacto en la salud colectiva a gran escala.

Si bien los esfuerzos de cada individuo son importantes y revolucionarios, el ambiente obesogénico en el que vivimos, los cambios culturales asociados a la globalización y las migraciones, hacen que adoptar un estilo de vida más saludable sea complejo y muchas veces difícil de mantener en el tiempo. Queremos, todo ahora, para ayer, premiamos dormir poco y "producir" más, medimos el éxito en dinero y stents coronarios, queremos vivir para comprar, poseer y desterrar.

¿Qué estamos haciendo? ¿Hay alguna manera de correrno de esta vorágine y repensar nuestra relación con nuestros cuerpos y los de los demás

seres - humanos y no humanos- que habitan este planeta? ¿Es imposible? Por supuesto que no, pero el cambio debe darse en todos los niveles y no solamente en el individual. Porque la salud y el planeta lo construimos (o lo destruimos) entre todas y todos.

Hace más de 30 años que sabemos que lo que comemos importa. En 1993 McGinnis y Forge describieron tres factores de riesgo de enfermedad a nivel global: el tabaquismo, la mala dieta y la falta de actividad física. Casi 16 años después, en el año 2009, Ford y colegas describieron los 4 factores de protección que podrían evitar todas esas muertes y enfermedades: no fumar, mantener un peso saludable, hacer actividad física 30 minutos diarios 5 veces a la semana y adherir a una dieta que se base principalmente en alimentos de origen vegetal y reducir o evitar los de origen animal. Adherir a estos 4 factores protectivos, reduce el riesgo de padecer una enfermedad crónica en un 78% (Diabetes 93%, Infarto de miocardio 81%, ACV 50%, cáncer 36%) (Ford, et al. , 2009). Por el contrario, no adherir a estas prácticas beneficiosas se asocian a un riesgo de mortalidad por todas las causas equivalente a ser 12 años mayor. Es decir, tener las mismas posibilidades de morir que una persona con 12 años de vida más que uno. (Kvaavik, Batty, Ursin, Huxley, & Gale, 2010)

El Estudio de Salud de Enfermeras, un estudio de cohorte prospectivo de 81.722 mujeres estadounidenses, definió un estilo de vida de bajo riesgo como: no fumar, tener un IMC de menos de 25 kg / m2, ejercitar 30 minutos / día o más y adherir a una dieta mediterránea (que enfatiza el alto consumo de vegetales, frutas, nueces, legumbres, granos enteros, aceite de oliva, pescado y consumo moderado de alcohol). El riesgo de muerte de causa cardíaca atribuible al tabaquismo, la inactividad, el sobrepeso y la mala alimentación fue del 81% (Chiuve, y otros, 2011).

Esto significa que 8 de cada 10 individuos con estos hábitos de vida insalubres podrían fallecer.

A modo de ejemplo, en Argentina, cada 4 minutos una persona tiene un ACV, de los cuales 1 de cada 3 es mortal y constituye la segunda causa de muerte, luego del infarto de miocardio (Ministerio de Salud de la Nación. 2012). El estudio INTERSTROKE, un estudio prospectivo con 27. 000 participantes, describe que el 90% del riesgo de ACV está asociado con diez factores de riesgo potencialmente modificables: HTA, diabetes, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo, mala dieta (pobre en vegetales y alta en alimentos de origen animal), consumo de alcohol, factores psicosociales, dislipemias y enfermedad cardíaca (O'Donnell, y otros, 2016).

Los hábitos saludables tienen además la potencialidad de revertir la enfermedad, como bien se ha demostrado en los estudios de Ornish y Esselstyn, que demostraron revertir la enfermedad coronaria. En el estudio INTERHEART, publicado en la revista Lancet en el 2004, que siguió a 30 mil personas en el tiempo concluyó que los cambios en el estilo de vida pueden prevenir el 90% de la enfermedad cardiaca. El Grupo de Investigación del Programa de Prevención de Diabetes demostró que las intervenciones en estilo de vida podrían ser inclusive más eficaces para la prevención de la diabetes en personas con alto riesgo, y con menos efectos adversos y costos económicos, que algunas drogas comúnmente utilizadas (Knowler, y otros, 2002).

Si podemos prevenir enfermedades, ¿Qué es lo que realmente está sucediendo en nuestro planeta? Según el estudio de la carga mundial de la enfermedad -un importante estudio global sobre las causas y los factores de riesgo de muerte y enfermedad- la obesidad no sólo es responsable de casi 5 millones de muertes prematuras por año, sino que ha pasado de ser una

condición asociada a países "desarrollados" para ocupar un lugar entre los 5 factores de riesgo asociados a muerte y enfermedad a nivel global, incluyendo a los países con menores ingresos (GBD 2017. Risk Factor collaborators, 2018; Dai,et al. , 2020). En Latinoamérica el 15% de las muertes reportadas en el 2017 fueron atribuidas a la obesidad (Ritchie & Roser, 2017). Se estima que el 13% de la población global es obesa y el 39% tiene sobrepeso, esto implica que 1 de cada 5 niños a nivel global tiene sobrepeso (World Health Organization, 2020). En nuestro país, según la 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del 2018, el 66,1% de la población tiene exceso de peso, 12% más de lo reportado en el año 2005. Del otro lado de la moneda, mientras que casi el 50% de la población global tiene sobrepeso/obesidad, más de 800 millones de personas en el mundo tienen hambre (10.7%), encontrándose la mayoría en los países más pobres (FAO, IFAD, UNICEF, WFP, & WHO, 2017)

Una dieta es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego díaita, que significa "modo de vida". La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir.

Múltiples organismos internacionales, incluida Argentina, avalan la seguridad de dietas vegetarianas e inclusive veganas. La Academia de Nutrición y Dietética, la organización de profesionales de alimentación y nutrición más grande del mundo, ha validado sus beneficios para la salud en múltiples reportes -desde el año 1987. El último informe del 2016 tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021 y reafirma:

> "las dietas vegetarianas adecuadamente planificadas, incluidas las veganas, son saludables,

> nutricionalmente adecuadas y pueden proporcionar beneficios de salud para la prevención y el tratamiento de ciertas enfermedades. Estas dietas son apropiadas para todas las etapas del ciclo de vida, incluidos el embarazo, la lactancia, la infancia, la adolescencia, la edad adulta, la vejez y para los atletas".

En el año 2014, la Sociedad Argentina de Nutrición también publicó un informe avalando este tipo de alimentación. Este tipo de patrón dietario promueve el consumo de alimentos con alta densidad nutricional y menor valor calórico por gramo, por lo que ha demostrado en numerosos estudios mantener un índice de masa corporal adecuado, perder peso si fuese necesario, ayudar a prevenir la enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia y algunos cánceres.

Entonces ¿Qué es una alimentación basada en plantas mínimamente o no procesadas? Una dieta basada en vegetales, frutas, legumbres, granos integrales, semillas, frutos secos y especias y que minimiza los alimentos procesados, aceites, carbohidratos refinados y de origen animal. Este patrón es bajo en grasas saturadas y alto en fibra y fitoquímicos. Las personas que siguen patrones dietarios basados en plantas (e inclusive muchos omnívoros y "flexitarianos") deben asegurar fuentes confiables de vitamina B-12 provenientes de alimentos fortificados o suplementos.

Europa y Norteamérica encabezan el consumo de azúcar y grasa ocupando el 50% de las calorías diarias, y los granos refinados han reemplazado a los integrales (Bulletin of the World Health Organization 2002;80:952-958). Poblaciones enteras en países "en desarrollo" están abandonando sus dietas tradicionales, ricas en fibra y granos integrales, por dietas que incluyen ultra

procesados ricos en azúcar, aceites y grasas de origen animal. Esto es realmente preocupante, ya que poco tiene que ver una gaseosa cola con la selva misionera o un paquete de galletitas con un glaciar.

Existe una tendencia global pero errónea de que las proteínas "de buena calidad" solo se encuentran en el reino animal (al igual que el hierro "bueno"), en un análisis publicado en el JAMA con una cohorte de 131.342 mil participantes del Estudio de Salud de Enfermeras y del Estudio de Seguimiento de Profesionales de la Salud evaluó la relación entre el consumo de proteína y mortalidad. El consumo de proteína animal se asoció a un incremento en la mortalidad cardiovascular pero el consumo de proteína vegetal fue inversamente relacionado tanto con la mortalidad cardiovascular como mortalidad por todas las causas, y concluye: "la sustitución de la proteína animal (especialmente las carnes procesadas) por proteína de origen vegetal se asocia a una menor mortalidad" (Song, y otros, 2016).

Y otra cosa, no existe déficit proteico ni de hierro en una alimentación basada en plantas bien planificada (como deberían ser todos los patrones dietarios).

Y cada vez existen mayores hipótesis del mecanismo por el cual este patrón dietario podría ser más saludable, en las últimas décadas la inflamación crónica de bajo grado y el estrés oxidativo han ocupado un rol fundamental en la fisiopatogenia de múltiples, sino todas, las enfermedades que afectan al humano, con más de 50,000 artículos científicos publicados solamente en los últimos 10 años. Tanto la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), dieta Mediterránea o la recientemente descrita dieta MIND (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay), son patrones dietarios basados principalmente en vegetales, que se han asociado a un mejor estado de

salud en gran parte por su rol antiinflamatorio y su contenido rico en antioxidantes. El plato de cada día tiene el potencial de prevenir y tratar las enfermedades prevalentes en el planeta, con una relación costo/beneficio indudable, tanto para los individuos humanos como para el planeta.

Interesantemente las mismas elecciones dietarias que nos llevan a alcanzar un buen estado de salud también son beneficiosas para la salud planetaria. La producción global de alimentos, principalmente la industria agropecuaria, es responsable del 80% de la deforestación, del 70% del uso de agua, y genera el 30% (siendo conservadores) de las emisiones de gas de efecto invernadero (GEI) (Gerber, y otros, 2013; Dubois, 2011).

Múltiples estudios han demostrado que reemplazar alimentos de origen animal con alimentos de origen vegetal reduce factores asociados al cambio climático mientras que al mismo tiempo favorece la salud de los humanos que adhieren a patrones dietarios basados en plantas. Un estudio del año 2016 estimó que transicionar a una dieta basada en plantas puede reducir la mortalidad global entre un 6-10% y las emisiones derivadas de los alimentos en un 70% para el 2050. Nuevamente, la dieta más sana para los humanos es también la dieta más sana para el planeta (Katz, y otros, 2018).

La agroindustria representa aproximadamente un tercio del total de las emisiones de gases de efecto invernadero en todo el mundo de las cuales hasta el 80% están asociados con la producción de alimentos de origen animal (Vermeulen, Campbell, & Ingram, 2012). Además de la - evitable- carga de GEI, la ganadería consume una cantidad de agua exorbitante, contamina los océanos y ríos, y ocupa más de ¾ de la tierra (Tubiello, y otros, 2015).

La producción de alimentos de origen animal ocupa el 83% de la tierra, pero solo provee el 18% de las calorías, el 37% de las proteínas a nivel global

reemplazáramos por agricultura agroecológica esa superficie utilizada podría reducirse en un 75% y alimentar- de manera sana y justa- a toda la población. Si bien sabemos que las frutas y vegetales pueden producir GEI estos son principalmente derivados de su transporte. Esto es importante en el momento de debatir el consumo local y de la estación de alimentos, estimulando el consumo de alimentos cercanos (Poore & Nemecek, 2018).

Según la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) para el 2050 el consumo de carne aumentará un 78% (así como lo hará la población, que será de casi 10 billones de humanos), y para abastecerlo se necesitará deforestar 600 millones de hectáreas (2 veces el tamaño de Argentina). La huella hídrica de la producción agropecuaria es el 29% de la total. Aun cuando la producción de proteína vegetal sea de manera intensiva, el consumo de agua para producir proteína animal es 4.4 veces mayor. A modo de ejemplo, para producir 1 kg de proteína a partir de legumbres, se requieren aproximadamente dieciocho veces menos tierra, diez veces menos agua, nueve veces menos combustible, doce veces menos fertilizante y diez veces menos pesticida en comparación con la producción de 1 kg de proteína a partir de carne de res (Sranacharoenpong, Soret, Harwatt, Wien, & Sabaté, 2015).

Argentina es uno de los principales consumidores de carne de vaca per cápita a nivel mundial (junto a Uruguay) y por lo tanto también uno de los principales contribuidores a la generación de GEI (FAO, 2019). Si la población de nuestro país adoptara una dieta que excluyera los productos de origen animal el porcentaje de GEI se reduciría en un 73%.

Por ejemplo, una comida basada en carne de vaca produce 8 veces más GEI que una basada en legumbres y cereales, que equivalen a la misma cantidad

de proteína y nutrientes a la vez que se asocian a menor riesgo de enfermedad y progresión (Godfray, y otros, 2018). Las toneladas de antibióticos que se utilizan anualmente - principalmente en la industria de criar y asesinar pollos y cerdos- no solo inducen una selección sobre los microorganismos que potencialmente podrían volverse resistentes a los mismos y encontrarnos en una situación donde simplemente no tengamos herramientas para la guerra contra los microbios sino que además la combinación de antibióticos y animales hacinados son un coctel hecho en el cielo- o en la tierra y por el humano- para generar nuevas zoonosis y posibles pandemias.

¿Y los desechos? Al igual que con el consumo, las dietas a base de plantas también son más amigables con el planeta cuando se desperdician. Las frutas y verduras representan el 33% del desperdicio de alimentos, pero solo el 8% de las emisiones de dióxido de carbono, pero por otro lado, los alimentos de origen animal, representan el 33% del desperdicio de alimentos en masa y el 74% de las emisiones de dióxido de carbono (Cleveland & Gee, 2017). Finalmente deberíamos preguntarnos para quién es toda esa soja y maíz transgénico, ¿es para darle de comer al mundo? ¿o para engordar animales que viven exclusivamente para ser torturados y asesinados para darle de comer a pocos? Porque si queremos que el mundo no tenga hambre - y creo que debería ser una, sino la mayor, prioridad de todo el planeta- no va a ser perdiendo calorías y consumiendo "recursos naturales" como si fueran eso, una suerte de bienes inagotables dispuestos a la merced antropocéntrica. Entonces ¿qué es una dieta sustentable? Es una dieta en el que el proceso de producción de la misma tiene el menor impacto ambiental, a la vez que es protectiva y respetuosa de la biodiversidad y los ecosistemas, es nutricionalmente adecuada, segura, sana, cultural, económicamente aceptable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bernhard Haring, MD, MPH; Jeffrey R. Misialek, MPH, PhD; Casey M. Rebholz, PhD; Natalia Petruski-Ivleva, MS; Rebecca F. Gottesman, MD, PhD; Thomas H. Mosley, PhD;Alvaro Alonso, MD, PhD. Association of Dietary Protein Consumption With incident Silent Cerebral Infarcts.

Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, et al.(2018) Lifestyle medicine: A brief review of its dramatic impact on health and survival. Perm J. 22:17-025

Boykoff M, Byass P, Cai W, Campbell-Lendrum D, Chambers J, Daly M, Dasandi N,

Campbell T. (2017) A plant-based diet and stroke. J Geriatr Cardiol. May;14(5):321-326

Chai, B.C.; van der Voort, J.R.; Grofelnik, K.; Eliasdottir, H.G.; Klöss, I.; Perez-Cueto, F.J.A. (2019) Which Diet Has the Least Environmental Impact on Our Planet? A Systematic Review of Vegan, Vegetarian and Omnivorous Diets. Sustainability. 11, 4110.

Cheryl C. Macpherson, PhD and Matthew Wynia (2017) MDShould Health Professionals Speak Up to Reduce the Health Risks of Climate Change?AMA J Ethics. 19(12):1202-1210.

Chiuve, S. E., Fung, T. T., Rexrode, K., Spiegelman, D., Manson, J., Stampfer, M. J., & Albert, C. (2011). Adherence to a low-risk, healthy lifestyle and risk of sudden cardiac death among women. JAMA, 306(1), 62-69.

Cleveland, D., & Gee, Q. (2017). Plant-Based Diets for Mitigating Climate Change. . Vegetarian and Plant-Based Diets in Health and Disease Prevention, 135-156.

Dai, H., Alsalhe, T., Chalghaf, N., Riccò, M., Bragazzi, N., & Wu, J. (2020). The global burden of disease attributable to high body mass index in 195

countries and territories, 1990–2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. Plos Medicine, https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003198.

Davies M, Depoux A, Dominguez-Salas P, Drummond P, Ebi KL, Ekins P, Montoya

Dubois, O. (2011). The state of the world's land and water resources for food and agriculture: managing systems at risk. Rome: FAO.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP, & WHO. (2017). The state of food security and nutrition in the world: Building resilience for peace and food security. Obtenido de PreventionWeb.: https://www.preventionweb.net/go/55777

FAO. (21 de February de 2013. Rev. 2019). Current Worldwide Annual Meat Consumption per capita". . Obtenido de ChartsBin. http://chartsbin.com/view/12730

Ford, E., Bergmann, M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. Archives of internal medicine, 170(8), 711-718.

GBD 2017. Risk Factor collaborators. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. Lancet, 392(10159), 1923-1994.

Gerber, P., Steinfeld, H., Henderson, B., Mottet, A., Opio, C., Dijkman, J., . . . Tempio, G. (2013). Tackling climate change through livestock – A global assessment of emissions and mitigation opportunities. Food and Agriculture Organization ofof the United Nations (FAO).

Godfray, H., Aveyard, P., Garnett, T., Hall, J., Key, T., Lorimer, J., Jebb, M. (2018).

Meat consumption, health, and the environment. Science, 361(6399).

Kahleova H, Levin S, Barnard N. Cardio-Metabolic Benefits of Plant-Based Diets.

Katz, D., Frates, E., Bonnet, J., Gupta, S., Vartiainen, E., & Carmona, R. (2018). Lifestyle as Medicine: The Case for a True Health Initiative. American journal of health promotion : AJHP, 32(6), 1452–1458.

Kelman I, Kiesewetter G, Kjellstrom T, Kniveton D, Lemke B, Liang L, Lott M, Lowe

Knowler, W., Barrett Connor, E., Fowler, S., Hamman, R., Lachin, J., Walker, E., Group, D. P. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England journal of medicine, 346(6), 393–403.

Kvaavik, E., Batty, G. D., Ursin, G., Huxley, R., & Gale, C. R. (2010). Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. . Archives of internal medicine, 170(8), 711-718.

LF, Fischer H, Georgeson L, Grace D, Graham H, Hamilton I, Hartinger S, Hess J,

Mark A. Hyman, MD; Dean Ornish, MD; Michael Roizen, MD.LIFESTYLE

Martinez-Urtaza J, Maslin M, McAllister L, Mikhaylov SJ, Milner J, Rosi, A., Mena,McGiand Stroke The ARIC Study Stroke. 2015;46:00-00.

MEDICINE: TREATING THE CAUSES OF DISEASE (Altern Ther Health Med. 2009;15(6):12-14.)

Melina, V., Craig, W., & Levin, S. (2016). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116(2), 1970–1980).

O'Donnell, M., Chin, S., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., . . . Dans, A. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-

control study. Lancet , 388(10046), 761-775.

Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA. 1998; 280(23):2001-2007

Pearman O, Pencheon D, Pye S, Rabbaniha M, Robinson E, Rocklöv J, Saxer O, Sewe MO,

Poore, J., & Nemecek, T. (2018). Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. Science, 360 (6392), 987-992.

Ritchie, H., & Roser, M. (2017). Obesidad. Obtenido de OurWorldInData.org.: https://ourworldindata.org/obesity

Song, M., Fung, T., Hu, F., Willett, W., Longo, V., Chan, A., & Giovannucci, E. (2016). Association of Animal and Plant Protein Intake With All-Cause and Cause-Specific Mortality. . JAMA internal medicine, 176(10), 1453–1463.

Sranacharoenpong, K., Soret, S., Harwatt, H., Wien, M., & Sabaté, J. (2015). The environmental cost of protein food choices. Public health nutrition, 18(11), 2067–2073.

Tubiello, F., Salvatore, M., Ferrara, A., House, J., Federici, S., Rossi, S., . . . Smith, P. (2015). The Contribution of Agriculture, Forestry and other Land Use activities to Global Warming, 1990-2012. Global change biology, 21(7), 2655–2660.

Vermeulen, S., Campbell, B., & Ingram, J. (2012). Climate change and food systems. Annu. Annual Rev. Environ. Resour., 37, 195-222.

Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Berry H, BouleyT,

World Health Organization. (2020). Obesity and overweight. Obtenido de who.int: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

PENSAR LAS LACTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL BUEN VIVIR

IARA MILLENAAR

INTRODUCCIÓN

Nuestro mundo está en crisis. Inequidades, consumismo desenfrenado, guerras, violencia, competitividad, calentamiento global, tala feroz de bosques, extinción de especies, enfermedades nuevas y otras que reemergen.

En este libro intentaremos poner en palabras que otro mundo es posible. En la propuesta del Buen Vivir pensamos en la vida del planeta como un todo. Pensamos en la salud de las relaciones. Pensamos en Soberanía alimentaria. Pensamos en paz y armonía con la naturaleza. El concepto del Buen Vivir tiene múltiples definiciones. Tomando por ejemplo a la corriente ecologista, se considera el Buen Vivir como una utopía en (re)construcción que se nutre de la cosmovisión indígena ancestral e incluye también los aportes de múltiples formas de pensamiento en el mundo. Comprende la armonía con la naturaleza, el respeto a la dignidad humana y la mejora en la calidad de vida de las personas y comunidades (León, 2015). Estar en armonía con la naturaleza implica, entre otras cuestiones, que nuestros alimentos sean producidos en forma sostenible. El concepto de Soberanía alimentaria fue desarrollado por La Vía Campesina (2003) y llevado al debate público en la Cumbre Mundial de la Alimentación en el año 1996 y dice: "La soberanía alimentaria es el derecho a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, producidos de forma sostenible y el derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo". El amamantamiento cumple con todos estos puntos: está en armonía con la naturaleza, es nutritiva y culturalmente aceptada; por eso es llamativo que desde la perspectiva de la soberanía alimentaria se reflexione muy poco sobre las lactancias, las cuales están, además, condicionadas por fuertes intereses económicos.

En el mundo, sólo un 37% de los niños reciben lactancia materna exclusiva al sexto mes. Una de las causas para que esto suceda es la falta de información, además de existir un sistema de mercado que funciona de tal manera para que esto continúe siendo así.

Los temas que abarca este libro como: derechos humanos, arte y cuidado, salud mental, historia-movimientos políticos y sociales, ambiente, interculturalidad, género, educación, todos, en algún aspecto están relacionados con la lactancia. La leche humana es un tejido vivo, cambiante, maravilloso, fundamental y con una enorme cantidad de beneficios socio - ambientales.

La salud es una sola: la salud del Planeta (salud de los ecosistemas y de las relaciones). Durante los últimos años, los lemas de la semana mundial de la Lactancia materna estuvieron vinculados al planeta. En 2016 fue "Lactancia materna, clave para un desarrollo sostenible", en 2019 "Empoderémonos. Hagamos posible la lactancia" Durante el año 2020, el lema de la semana mundial de la Lactancia Materna fue: "Apoyemos la lactancia; por un planeta más saludable" y uno de sus objetivos fue impulsar acciones para mejorar la salud del planeta y de las personas a través de la lactancia materna (OPS/OMS, 2020; Alianza Mundial Pro Lactancia materna, 2020).

La leche humana es clave para alcanzar los "Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030" porque es una forma de alimentación económica, ecológica, es un recurso inagotable que previene enfermedades y garantiza un mejor desarrollo psicológico, físico e intelectual (Consejo Nacional de Coordinación de Política Sociales, 2019).

El concepto del Buen Vivir retoma principios éticos y conocimientos ancestrales en busca de la plenitud de la vida. La lactancia es un conocimiento ancestral de las mujeres, en comunidad, en acompañamiento, en armonía con la

naturaleza. El sistema actual lamentablemente intenta invisibilizar y descartar todos estos saberes.

Falta mucho todavía para lograr un cambio. Falta que los empleadores tomen conciencia y las personas lactantes no deban elegir entre su trabajo o continuar con la lactancia, que puedan amamantar en público sin sentirse humilladas, que puedan confiar en que van a poder alimentar a sus hijas e hijos sin la necesidad de agregar leche de fórmula "porque no tienen suficiente", falta que no tengamos que estar explicando por qué decidimos seguir con la lactancia a pesar que ya tiene dientes y camina...falta mucho todavía, pero se está encontrando el camino. Hay poca información, mucha desinformación, y un mercado a nivel mundial que no busca cambios, sino únicamente lucro. Afortunadamente durante los últimos años la lactancia, como otros conocimientos ancestrales, se ha ido reivindicando. Deberíamos quitarnos de la cabeza que las lactancias son un mero acto individual, sino empezar a utilizar el concepto de Corresponsabilidad donde toda la sociedad es responsable de que esa persona con capacidad de lactar lo haga sin trabas si así lo desea. Por eso usare principalmente el término Lactancia Humana o Natural en vez de sólo Lactancia Materna, ya que la estamos planteando a las lactancias como algo colectivo.

EL ROL DEL EQUIPO DE SALUD

Lo maravilloso de ser parte del equipo de salud es poder acompañar (así también cuando la lactancia no sea deseada o posible). Y en este sentido el apoyo es fundamental para el desarrollo de acciones que promocionen, estimulen y faciliten la lactancia. Lo ideal sería que se incluya el tema en la

currícula educativa, y que sea uno de los temas prioritarios en todas las carreras de Salud. La lactancia no suele estar dentro de los programas; y si lo está, suele ser en forma de materias opcionales, restándole importancia. Generalmente a la lactancia se la reduce a algo sencillo, o "algo que todos ya sabemos" por lo que los profesionales de la salud terminamos siendo factores obstaculizadores, dando insuficiente apoyo con información parcial o desactualizada. La realidad nos demuestra que la lactancia es un tema complejo, por lo que el equipo de salud entero debería formarse en ello.

Quisiera contar brevemente mi historia como ejemplo de lo citado anteriormente: era el año 2014, había hecho cursos de preparto, leído libros de maternidad, clases de yoga para embarazadas presencial y virtual, llegué hasta la semana 41, un embarazo perfecto. Estaba preparada física y emocionalmente para un parto normal, pero no se pudo dar. Mi primer parto, ese tan soñado, ese parto ideal, terminó en una cesárea programada. Ese día quedé sola y semidesnuda en la camilla de un pasillo frío, al lado de un mueble antiguo y oxidado a esperar que salga otra paciente de su cirugía para poder entrar a la mía. Yo escuchaba todo lo que estaba pasando en ese quirófano. Vino una enfermera y casi sin mediar palabra me colocó de una manera muy dolorosa una sonda vesical y una vía endovenosa en el pliegue del codo, que luego iba a ser una tortura para el inicio de la lactancia. Hubo dos pedidos que hice con anterioridad y que fueron rechazados con excusas injustificadas: que entre el padre conmigo y que nos dejen hacer contacto piel con piel al nacer. No pude lograr ninguna de las dos cosas. Al tercer día, cuando nos estábamos por ir de alta, sin que yo manifestara ninguna preocupación respecto a la teta, la pediatra me dio una receta de leche de fórmula "por las dudas". Yo, residente de pediatría, pero principalmente madre primeriza, hice caso y la compré antes de volver a casa por "si no podía".

Podría haber sido el principio del fin de mi lactancia. Las dificultades siguieron, al ser residente no me otorgaron la licencia por maternidad habitual por lo que volví pronto al hospital. Mantener la lactancia exclusiva siendo residente con guardias interminables, cansancio acumulado, compañeros que no acompañaban, fue difícil. Había guardias que la única hora que tenía para dormir la tenía que "usar" para extraerme leche en el baño. Pero por suerte hubieron personas que sí acompañaron: familiares que traían a la bebé cientos de veces al hospital, amigas que me cubrían mientras salía al estacionamiento a darle la teta, las enfermeras y nutricionistas del "lactario". A pesar de ser un hospital chico y sin toda la infraestructura necesaria para una madre lactante, tuve acompañamiento. Cuando mi hija tenía 7-8 meses, me tocó rotar por una especialidad en uno de los hospitales pediátricos más importantes de la Ciudad de Buenos Aires. Ahí comenzó el fin de mi lactancia. En el lugar más especializado, rodeada de pediatras, cuando pregunté dónde estaba el espacio para poder ir a extraerme leche, me llevaron a un baño. Sí. A un baño de médicos. Varias veces, mientras intentaba sacarme manteniéndome "estéril", me tocaban la puerta y preguntaban quién estaba tardando tanto. Todo esto en medio de olores desagradables. Y listo. En ese momento la cabeza hace un "clic" y se inhibe el reflejo de eyección. En las guardias debía extraerme en un baño diminuto, mal higienizado, parada frente al espejo. Llorando, sintiéndome culpable de que quizás esa leche no estuviera tan limpia como debería. Al volver, en una oportunidad la médica que estaba a cargo me pregunta: "¿Por qué tardaste tanto?" Y uno explicando por millonésima vez. A la hora de regresar a casa, para retirar mi conservadora tenía que atravesar una enorme sala de residentes desconocidos durante el pase de sala, abrir una heladera con comida de varios días y sacar lo poco (o casi nada) que había podido extraerme.

En cambio, con mi segundo hijo pudimos lograr una feliz y respetada lactancia de 2 años y medio. Con más información, una licencia por maternidad digna y compañeros/as de trabajo que acompañaron. Quería contar mi experiencia para mostrar que uno como trabajador de la salud puede, con un simple acto, interferir o acompañar a una mamá que está atravesando ese momento tan importante para el futuro de la salud de su bebé, y como veremos más adelante, influenciando también, en generaciones para el futuro de todos/as.

SITUACIÓN ACTUAL EN NUESTRO PAÍS

Según las recomendaciones nacionales e internacionales, la alimentación al pecho exclusiva es la forma ideal de alimentar a los niños y niñas hasta los seis meses de edad, y complementada hasta los dos años de vida o más. La evidencia muestra que la lactancia posee beneficios para la salud, las familias, la economía y el medio ambiente. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS 2019) en nuestro país, el 96% iniciaron la lactancia materna pero sólo el 56,6% fue puesto al pecho en la primera hora de nacido. La lactancia materna exclusiva (LME) estuvo presente en el 43,7% de los menores de 6 meses (Plataforma Virtual de Salud, 2019; Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

En general, las razones de no inicio o discontinuación de la lactancia son situaciones que se habrían podido evitar. Estos números tienen que ser un llamado de atención para todo el personal de salud, ya que la mayoría de los niños y niñas nacen en instituciones e inician la lactancia en las primeras horas, pero luego con el correr de los meses este porcentaje va disminuyendo. El 47,3% (¡casi la mitad!) de los motivos de por qué los menores de 2 años nunca fueron amamantados fue "nunca pudo prenderse". Ahí es donde el equipo de salud y la

sociedad toda tenemos que cumplir con la responsabilidad social de apoyar esas lactancias.

En resumen: los números muestran que la gran mayoría inicia la lactancia (lastimosamente sólo la mitad lo hace dentro de la primera hora) pero al sexto mes menos de la mitad de los niños ya no recibe lactancia materna exclusiva. Hay mucho para hacer.

ENTENDER LA LACTANCIA COMO UN DERECHO

Se hace más cuesta arriba llegar a los objetivos deseados teniendo licencias que no llegan a los 6 meses, lugares de trabajo sin espacios de lactancia, no respetando los deseos de cómo parir y con quién, entre otros. Como personal de Salud es nuestro deber conocer esas leyes no para aprenderlas de memoria, pero sí para saber que existen y cuáles son los derechos de las personas con capacidad de lactar y de sus bebés: "Convención de los Derechos del Niño" Ley N°23.849 art 24 inciso e; Ley N°26.873 "Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública", "Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna", Ley 25.929 "Ley de parto humanizado", Ley 20.744 artículo 179 "Ley de contrato de trabajo". En 2018 La Liga de la Leche Argentina presentó una encuesta de Lactancia y Trabajo que arrojó algunos resultados contundentes: el 77% de las mujeres en Argentina asegura que es difícil combinar trabajo y lactancia; 1 de 3 refieren que la lactancia limita sus oportunidades de desarrollo profesional; 1 de 5 que la lactancia puso en riesgo su trabajo; 3 de 10 no accedieron a la reducción de la jornada obligatoria; 8 de 10 refieren que no existe en sus lugares de trabajo un lugar asignado para extraerse leche y 7 de esas 10, lo hacen en el baño (Liga de la Leche argentina, 2018).

BENEFICIOS PARA TODOS Y TODAS

Imaginemos un mundo donde no tengamos que reivindicar la lactancia y sus beneficios, la crianza con apego seguro, la salud en manos de la comunidad, los saberes ancestrales, el cuidado del medio ambiente…sino que todo esto ocurra simplemente porque nos hace bien a nosotros/as y a nuestra comunidad. Pero todavía debemos hacerlo porque el capitalismo sigue ganando la batalla en ese sentido y el mercado sigue tejiendo redes de lucro hasta en los lugares más impensados. Actualmente no se está intentando abordar a las lactancias desde el lado de sus beneficios para no restar importancia a los riesgos que tiene el no amamantar. Pero igualmente no está de más nombrarlos, ya que son tantos.

La leche materna tiene cientos de beneficios conocidos que son: menor riesgo de infecciones respiratorias, de infecciones gastrointestinales, de otitis media, de enterocolitis necrotizante, de síndrome de muerte súbita e inesperada del lactante, obesidad en la adolescencia y en la adultez, diabetes tipo I en niños y II en adultos, alergias (asma, dermatitis atópica y eczema), leucemia y linfoma infantil, maloclusión dental, entre otros. En la madre: menor riesgo de sangrado postparto y más rápida recuperación del útero, de depresión postparto, de maltrato infantil y abandono porque refuerza los lazos afectivos; menor riesgo de sobrepeso postparto, afecciones mamarias, cáncer de mama, cáncer de ovario. A tal punto son importantes estos beneficios que si se ampliara la lactancia a un nivel casi universal se podrían evitar unas 823.000 muertes al año de niños menores de 5 años y unas 20.000 muertes por cáncer de mama (Victora, Bahl, Barros, G., & Horton, 2016).

Beneficios económicos (las sociedades ahorran recursos como medicamentos, gastos en salud, visitas médicas, energía para la preparación y

comercialización de fórmulas, menos ausentismo laboral de la madre). Beneficios ambientales (ver más adelante). Beneficios psicoafectivos: la lactancia no nutre sólo desde el punto de vista biológico sino también desde lo afectivo, al promover el contacto y facilitar el apego.

Como dice el pediatra español Carlos González (revista "El mundo de tu bebé", RBA Ediciones, n°220, septiembre 2011):

La lactancia materna es mucho más que comida. Es una forma de relación física y afectiva, es contacto frente a la soledad, consuelo frente a la tristeza, seguridad para descubrir el mundo, anestesia para el dolor. Es también un complejo sistema de protección inmunitario. Casi por casualidad resulta que, además, alimenta.

Pero ¿Qué tiene la leche humana para ser tan especial?. La leche humana es un líquido vivo y mutable, diseñado específicamente por cada madre para su hijo o hija. La leche que produce cada mujer cambia con los meses, con los días, en el mismo día, con las horas. Al inicio de la toma, cumple la función de aplacar la sed y otorgar componentes antiinfecciosos (alto contenido de agua, vitaminas, minerales, carbohidratos, proteínas, inmunoglobulinas, lactoferrina, etc.) y la última fase es fundamental para otorgar componentes energéticos ya que tiene un elevado contenido de grasa. Cambia si el bebé está sano o enfermo, la teta es una comunicación permanente hacia ambos lados. Hay un "diálogo biológico" en el cual el lactante transmite información a la madre sobre sus necesidades y esta responde alterando la cantidad y la composición de la leche (Victora, 2017). Todavía hay mucho por conocer sobre algunas sustancias y sus mecanismos. La leche humana tiene sabores, como el líquido amniótico. Una variedad de gustos que introducen al bebé a los sabores del mundo y lo van habituando a la dieta familiar (Vivas, 2020).

LA GOTA DE ORO

El calostro es la leche de los primeros 4 a 7 días. Es un alimento muy concentrado en proteínas y es tan denso que el primer día se producen sólo unos 75 ml. Esa cantidad es suficiente para el recién nacido. Tiene más células inmunitarias y más inmunoglobulinas que la leche madura, es el encargado de sellar la permeabilidad intestinal con inmunoglobulina A (Ig A) secretora para que microorganismos patógenos no puedan dañar al bebé. Contiene además betacarotenos, una fuente segura de vitamina A y con efecto antioxidante. Por su contenido de motilina actúa como laxante, ayudando a expulsar el meconio, lo que previene o disminuye la ictericia (Desantadina, 2020). El equipo de salud debe enfatizar en la importancia del calostro y saber que siempre es adecuado en calidad y cantidad, por lo que no se requiere otro alimento. Podemos insistir en la frecuencia de tomas y la técnica de amamantamiento (recordemos aquel 47% que nunca pudo amamantar porque "no pudo prenderse").

La madre prepara a su hijo de diversas formas para que se adapte saludablemente al ambiente en que vive. Una de ellas es para que se defienda de los gérmenes habituales en su especie. Los linfocitos de la madre migran a sus glándulas mamarias, donde producen gran cantidad de IgA secretora que brinda protección contra los gérmenes que la madre tiene en el intestino y que representan los existentes en su comunidad. Cuando la madre padece una infección, rápidamente libera leucocitos, produce anticuerpos y los transmite al bebé a través de su leche (le pasa defensas contra esa infección que tuvo ella, como si fuese una vacuna). También hay células inmunitarias maternas que se multiplican cuando el bebé está enfermo (le pasa más "soldados" al bebé para que se recupere más rápido).

Hay una verdadera comunicación entre la madre y el bebé. Esto no ocurre con la leche de fórmula, ya que no es un tejido vivo ni cambiante. Es siempre igual.
Hay otro fenómeno que ocurre en esta díada: el microquimerismo, donde el feto y la persona gestante intercambian células. Algunas de ellas son células madre. Por la leche pueden pasar estas células que van a los tejidos del bebé y forman neuronas, células hepáticas u otras y viceversa (del bebé a la madre).

LA LECHE HUMANA COMO PROTECTORA DE NUESTRO FUTURO (DOHAD, EPIGENÉTICA, PRIMEROS 1.000 DÍAS)

La leche materna nos protege de enfermedades crónicas en la adultez. No es sólo el aporte ideal de nutrientes y de elementos probióticos para el desarrollo de una microbiota protectora, sino que también es la que modula la respuesta del niño a su medio ambiente y a circunstancias bio-psico-sociales, permitiéndole formar los mecanismos metabólicos necesarios para evitar enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, dislipidemias, asma).

Según un concepto relativamente nuevo llamado DOHAD (Developmental Origins of Health and Desease) las experiencias que modelan el desarrollo de los niños comienzan antes de la concepción, durante la gestación y continúan en la vida postnatal hasta los dos años ("los 1.000 días"). Quiere decir que un embarazo y parto saludables, una crianza afectuosa, la lactancia materna seguida de una alimentación adecuada, la protección ante tóxicos ambientales, el juego, la actividad física y las oportunidades para el aprendizaje son las bases para un desarrollo saludable (Cánepa, Stabilito, Kohn Loncarica, Rino, & Bogdanowicz, 2019). ¿Cómo se supo esto? Una reciente línea de estudios

denominada Epigenética, demostró que ciertos cambios en el ADN que NO modifican la secuencia de genes (la estructura) afectan la *expresión* de éstos. Lo interesante y esperanzador es que esos cambios son *reversibles*.

Es un diálogo entre genoma y medio ambiente ("el genoma propone y el ambiente dispone"). Los mecanismos epigenéticos se activan por diversas causas: determinantes o condicionantes sociales desfavorables, factores nutricionales, estrés materno, violencia, disruptores endócrinos (sustancias químicas que perturban el sistema endócrino: plaguicidas, plásticos, metales pesados). Uno de los hallazgos más significativos de todo esto (hasta ahora se probó en modelos animales) es que tiene efectos transgeneracionales (por ejemplo: una mujer embarazada de una beba que a su vez tiene gametos en desarrollo, el exponerse a un tóxico ambiental o a un evento desfavorable, puede influir en las tres generaciones por modificaciones epigenéticas). El cerebro, el sistema inmune y el metabólico, continúan desarrollándose hasta la adolescencia. Una vez que se forman esos tejidos el epigenoma es relativamente estable, y menos sensible a las influencias ambientales.

Como se dijo anteriormente, la ventana de oportunidades se concentra principalmente en el embarazo y los primeros dos años *("los 1.000 días")*.

Existen condiciones para la prevención del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto que hace poco eran ignoradas. Estas condiciones están dadas por el Microbioma humano (conjunto de genes presentes en todas las células microbianas residentes en el hombre). Nosotros vivimos gracias a 30.000 genes humanos y ¡600.000 genes no humanos! El microbioma lo cuidamos retomando esos saberes que fuimos perdiendo y que se están tratando de recuperar y revalorizar: El parto vaginal, el contacto piel a piel y la lactancia materna exclusiva (Gil, 2019).

MICROBIOMA EN PELIGRO

Retomando los conceptos del Buen Vivir, vemos que la leche humana está muy relacionada con el medio ambiente. Y para introducirnos en este tema, un poco de historia: antiguamente cuando una madre no podía o no quería amamantar los bebés eran alimentados por nodrizas, pero muy pocos se lo podían permitir económicamente. Es por eso que comenzaron a buscar alternativas y la leche de animales parecía ser la solución, pero al no existir la pasteurización la mayoría de los bebés no sobrevivía. Durante la Revolución Industrial, las familias se mudaron a las ciudades para trabajar en las fábricas: lo hacían los niños, los hombres y comienza a incorporarse la mujer al mercado laboral. Las mujeres recién paridas también. Madres extenuadas por las largas jornadas laborales, y los bebés al cuidado de familiares que los alimentaban con leche de animales en mamaderas con tetinas hechas de vejigas de animales sin higiene ni esterilización daba como resultado una gran cantidad de niños enfermos o muertos (Critzmann, 2019; Stevens, Patrick, & Pickler, 2009).

El origen de la leche artificial lo podemos situar entre los años 1865 y 1867, cuando el químico alemán Justus von Liebig desarrolló, patentó y comercializó un alimento infantil a base de harina de trigo, leche de vaca, harina de malta y bicarbonato de potasio. Su venta empujó a los competidores, Mellin´s Food y Nestlé, a sacar productos similares (Stevens, Patrick, & Pickler, 2009). Luego Henri Nestlé, utilizando técnicas de pasteurización creó la primera leche de fórmula que se comercializó en forma masiva. Tuvo éxito porque algunos niños sobrevivían, lo cual lo diferenciaba de los métodos anteriores.

Además, los nacimientos en el hogar -hasta entonces en manos de matronas, abuelas- estaban siendo reemplazados masivamente por esos

hombres de ciencia que iban aprendiendo con la práctica. Se estipularon los tiempos que debía regir el parto, las posiciones que debían adoptar las mujeres para facilitar el trabajo de los profesionales, y nuevas drogas para acelerarlo. Parían entre extraños, acostadas, anestesiadas.

Comenzaron a separar al binomio madre-hijo y a realizar otros procedimientos innecesarios como bañar a los bebés.

Así, desvalidas de sus conocimientos anteriores las madres eran convertidas en un nuevo sujeto pasivo. Los obstetras, por su parte, se erigían en expertos en contracciones, dilatación, vaginas, crianza, horarios, ciclos, llanto, higiene, y un nuevo arte: la alimentación de los bebés (Barruti, 2018). Nadie duda que algún órgano como el riñón vaya a dejar de funcionar repentinamente, pero sí, como consecuencia de todo esto, muchas mujeres dudan de su capacidad de amamantar y de parir.

Actualmente sabemos de la importancia de muchas bacterias, pero de las que son familiares para la madre y se encuentran en su ambiente. Como se citaba anteriormente, al nacer a través de parto vaginal, al tener contacto piel a piel y en la puesta al pecho temprana, el bebé es colonizado por millones de bacterias que van a educar a su sistema inmunológico.

Por eso es tan acertada la frase que dijo en varias de sus conferencias el famoso obstetra francés Michel Odent: "para cambiar al mundo primero hay que cambiar la forma de nacer". Se estima que uno de cada cinco bebés nace por cesárea en el mundo.

Según un informe de la OPS en el año 2015, en las Américas, la tasa de césareas es de un 38,9% en promedio siendo la "tasa ideal" entre un 10-15%. Este abuso de cesáreas innecesarias está poniendo en peligro el microbioma.

MÁS LACTANCIAS PARA CUIDAR NUESTRO PLANETA

La leche humana es un alimento ambientalmente seguro, es natural y renovable. No contamina ni produce desechos. Pero en contrapartida, hay un mercado dedicado a la alimentación de bebés y niños que está creciendo exponencialmente y que no es precisamente amigable con el medio ambiente. Esto da como resultado que una proporción significativa de los 130 millones de bebés que nacen cada año en el mundo no sean alimentados con leche humana, y esto está siendo un problema para el calentamiento global, aunque es un tema poco visibilizado.

La leche de fórmula generalmente está hecha de leche de vaca, que requiere un gran número de vacas para ser criadas y alimentadas. Hay entre 2 a 20 vacas/habitante a nivel mundial y se necesita 3,5 toneladas de alimento/año para alimentar una vaca. Para este propósito se desmontan selvas y/o bosques del tamaño del estadio Maracaná por segundo. Luego se realiza la quema de éstos pulmones verdes del mundo, lo que produce más calentamiento global, pérdida de especies y el traslado de muchas otras a centros urbanos (mosquitos, murciélagos por ej.) que terminan generando enfermedades nuevas y reemergiendo otras. En nuestro país actualmente se deforestan aproximadamente 200 hectáreas por día. Las vacas no sólo son un problema por la deforestación, sino porque al haber tanta cantidad, producen 100 millones de toneladas de metano/año según la FAO (y más de la mitad de estas vacas están alimentadas por soja transgénica). Producen el 65% de las emisiones de óxido nitroso (estiércol) y el 64% de las de amoníaco, por lo que son 40 veces más responsables del efecto invernadero que los automóviles.

Además, el transporte de leche de vaca a las fábricas requiere energía

y produce dióxido de carbono; transformar la leche de vaca en leche en polvo y su empaque requiere energía. Para producir 1 kg. (un kilogramo) de formula se requieren 4.700 litros de agua.

La fórmula infantil se envasa con cantidades significativas de productos desechables, incluidos los plásticos. Se producen 364.000 toneladas de papel/año, 86.000 toneladas de metal/año, 550 millones de latas/año para su fabricación (sólo en EEUU).

La publicidad de la fórmula infantil requiere, además, grandes cantidades de materiales impresos.

Hay otro dato no menos importante, que es la huella de carbono (cantidad de gases de efecto invernadero emitidos por un individuo, organización o producto). Al producir 1 kg de fórmula se emiten 4kg de CO2 lo que es equivalente a ¡12.000millones de litros de nafta o 1 millón de toneladas de basura! (Linnecar, Gupta, Dadhich, & Bidla, 2014). La producción mundial de leche artificial es de 1,8 mil millones de kilos por año, por lo que la huella de carbono es enorme.

Hay un impacto indirecto también en el sistema productivo. Se ha visto que el ausentismo materno es de un 25% en niños alimentados con leche materna y de un 75% de madres con niños alimentados con fórmula.

Por otro lado, la lactancia materna tiene efecto protector sobre los efectos adversos para la salud de la exposición a la contaminación del aire (Zielinska & Hamulka, 2019).

Por lo tanto, apoyar la lactancia materna es un imperativo ambiental (Joffe, Webster, & Shenker, 2019).

Ninguna empresa está ganando dinero mientras una mujer amamanta.

Ni la industria de la comida infantil, ni el sector farmacéutico, tampoco los

supermercados ni los empleadores (Ocvirk, 2018).

Otro punto a tener en cuenta es la situación de vulnerabilidad de las hijas e hijos de los "desplazados ambientales", que se acentúa si no reciben leche humana, ya que es difícil y costoso mantener la alimentación artificial (agua potable, energía para esterilizar mamaderas). En 2017 hubo 18,8 millones de nuevos desplazamientos debido a desastres ambientales (1,3 millones por sequías). Estas cifras no incluyen a las migraciones internacionales ni a los desplazamientos por conflictos armados. Según el Panel Intergubernamental del Cambio Climático (IPCC), para el año 2050 la cifra de desplazados ambientales será de 250 millones (Felipe Pérez, 2018).

La lactancia es sinónimo de justicia alimentaria, garantiza la equidad desde el comienzo de la vida, ofreciéndole a cada niña o niño un comienzo justo. Retomando entonces el tema que nos compete en este libro; en el Acuerdo de los Pueblos (en el marco de la "Declaración final de la Conferencia Mundial de los Pueblos sobre el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra" realizada en Cochabamba, Bolivia en abril del año 2010) dice: "Planteamos a los pueblos del mundo la recuperación, revalorización y fortalecimiento de los conocimientos, sabidurías y prácticas ancestrales de los pueblos indígenas, afirmados en la vivencia y propuesta de Vivir Bien, reconociendo a la Madre Tierra como un ser vivo, con la cual tenemos una relación indivisible, interdependiente, complementaria y espiritual" (Vía Campesina, 2010). Si consideramos entonces la soberanía alimentaria como política de estado que asegure la alimentación como derecho fundamental y que esta sea con alimentos nutritivos, suficientes, sustentables y culturalmente apropiados para los pueblos fortaleciendo su autonomía, entonces podemos considerar a *la lactancia humana el primer acto de Soberanía Alimentaria.*

Me gustaría comentar en homenaje a un sabio amigo, Julio Monsalvo y su lucha incansable promoviendo la salud de las relaciones y los ecosistemas, la anécdota que vivió hace unos cuantos años en un encuentro con campesinas del norte donde surgió que el Aire puro, el Agua limpia, los Alimentos saludables, un Albergue digno, el Amor en las relaciones y el Arte que alimenta el espíritu y da espacios de creatividad, son las Necesidades Vitales Indispensables (NVI) que deben llegar a todas y todos para el Buen Vivir, para vivir con Alegremia ("alegría en la sangre") (Monsalvo, 2018).

En resumen, ¿qué podemos hacer como sociedad? Incluir las lactancias a la currícula educativa, incluirla en campañas sobre educación ambiental, incluirla en los números económicos, licencias dignas por ma-paternidad, exigir espacios de lactancia en los lugares de trabajo, vigilar y denunciar si hay una violación al código de sucedáneos. Una sociedad que acoja el cuidado y la maternidad en plenitud sólo será posible si revaloriza dichas tareas.

¿Cómo sería posible? Si fueran repartidas en forma igualitaria entre hombres y mujeres, si se las socializa reforzando los servicios públicos y las iniciativas comunitarias.

Para cerrar, una definición de la lactancia que me pareció acertada: es sostén feminista, bastión por la soberanía de los cuerpos, arma antisistema, igualadora y democrática. Antídoto a la censura, la domesticación, a la sexualización, al consumismo.

La lactancia materna es el triunfo de la naturaleza sobre el capitalismo deshumanizante. Es además de acto de amor, calor, comunicación y nutrición en un mismo momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alianza Mundial Pro Lactancia materna. (2020). Semana de la lactancia materna. Obtenido de WABA: https://waba.org.my/wbw/

Barruti, S. (2018). Mala leche (Vol. 1ºEd.). Ciudad Autónoma de Bs. As.: Planeta.

Cánepa, E., Stabilito, L., Kohn Loncarica, G., Rino, P., & Bogdanowicz, A. (2019). Programa Nacional de Actualización Pediátrica (Vol. Módulo 1. 1º Ed.). Ciudad Autónoma de Bs. As.:Sociedad Argentina de Pediatría.PRONAP

Consejo Nacional de Coordinación de Política Sociales. (2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible Argentina 2030. experiencias de adaptacion de los ods en las provincias argentinas. Marzo 2019. Obtenido de Presidencia de la Nación: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/experienciasdeadaptacionprovincialods.pdf

Critzmann, S. (2019). Hoy no es siempre (Vol. 4ta ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Planeta.

Desantadina, MV. (2020). Nutrición. Temas de nutrición, lactancia materna y alimentación. En M. (. Ageitos, Programa Nacional de Actualización Pediátrica, Módulo 3, 2019. Stella Maris Gil…[et al.]; dirigido por María Luisa Ageitos. 1ª Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría,2019. (Vol. Módulo 1. 1ºEd.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2020: PRONAP. Sociedad Argentina de Pediatría.

Felipe Pérez, B. (2018). Migraciones climáticas: una aproximación al panorama actual. (F. p. España, Productor, & Ministerio para la transición ecológica) Obtenido de ECODES/ Migraciones climáticas: https://migracionesclimaticas.org/wp-content/uploads/2018/11/Informe-

migraciones-climaticas-una-aproximacion-al-panorama-actual.pdf

Gil, S. M. (2019). Programa Nacional de Actualización Pediátrica (Vol. Módulo 3.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: PRONAP. Sociedad Argentina de Pediatría, 2019.

Joffe, N., Webster, F., & Shenker, N. (2019). Support for breastfeeding is an environmental imperative. BMJ.

La Vía Campesina. (15 de Enero de 2003). Qué es la Soberanía alimentaria? Obtenido de Movimiento Campesino Internacional: https://viacampesina.org/es/que-es-la-soberania-alimentaria/

León, M. (2015). Del discurso a la medición: Propuesta metodológica para medir el Buen Vivir en Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Quito.

Liga de la Leche argentina. (2018). Encuesta Nacional de Lactancia y Trabajo, 2018. Obtenido de La leche league international: http://www.ligadelaleche.org.ar/home/encuesta-sobre-lactancia-materna

Linnecar, A., Gupta, A., Dadhich, J., & Bidla, N. (2014). Fórmula para desastres: sopesar el impacto de la alimentación con fórmula frente a la lactancia materna en el medio ambiente. (Asia) Obtenido de BPNI / IBFAN: https://ibfan.org/docs/FormulaForDisaster.pdf

Monsalvo, J. (2018). Vivencias en atención primaria de salud: desde el cuidado primordial de salud de los ecosistemas hacia políticas biocéntricas - 1a ed. - Formosa:. Formosa. Argentina

Ocvirk, V. (12 de agosto de 2018). Lactancia, salud pública y capitalismo,. Pagina 12, pág. Secciones y suplementos.

OPS/OMS. (2020). Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. Obtenido de OPS/OMS: https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-

lactancia-materna-2020

Plataforma Virtual de Salud. (2019). Curso de Lactancia Materna,, año 2019. . Obtenido de Ministerio de Salud: https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar

Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo., Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina.

Stevens, E., Patrick, T., & Pickler, R. (2009). Historia de la alimentación infantil. The Journal of perinatal education, 18(2), Obtenido de https://connect.springerpub.com/content/sgrjpe/18/2/32.abstract.

Vía Campesina. (2010). Acuerdo de los Pueblos. Conferencia Mundial de los Pueblos sobre el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra. Cochabamba.

Victora, C. (2017). Breastfeeding as a biological dialogue. Arch Argent Pediatr., 115(5), https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n5a03e.pdf.

Victora, C., Bahl, R., Barros, A., G., F., & Horton, S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. 387, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673615010247.

Vivas, E. (2020). Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: EGodot .

Zielinska, M., & Hamulka, J. (2019). Protective Effect of Breastfeeding on the Adverse Health Effects Induced by Air Pollution: Current Evidence and Possible Mechanisms. Int J Environ Res Public Health.

CAPÍTULO XXVIII

CUIDADO Y ESPIRITUALIDAD

MARÍA DOMINGA FIUMARA – FERNANDA LORAY

Creo en mis dioses,
creo en mis huacas,
creo en la vida y en la bondad
de Viracocha.
Creo en el Inti Pachacamgi
TAKI ONGOY

(Victor Heredia)

Alrededor de 1560, transcurrido ya muchos años del desembarco de España en América, uno de los movimientos que se produce es: Taki Ongoy, su traducción seria: canto de las estrellas en alusión a los cánticos y danzas rituales que practicaban los indios poseídos por los dioses antiguos, que estarían enfadados por la intrusión de la fe cristiana, exigiendo el regreso al culto previo y la restauración del viejo Imperio Inca para iniciar un nuevo ciclo cronológico.

Lo que después fue Latinoamérica, con sus creencias, donde sus pueblos hicieron frente a luchas genocidas, fue adaptándose, creando a veces una mezcla de catolicismo con resabios de creencias originarias: el sol, la luna, la Pachamama, Dios, la Virgen María.

Después de la segunda guerra mundial, en Europa se comienza a trabajar hacia un estado de bienestar que dé a cada uno lo que necesita. Es a comienzos del siglo XXI, que resurge y comienza a debatirse la teoría del Buen vivir, como herramienta geopolítica para el desarrollo de los pueblos, Ecuador y Bolivia incluyeron en sus constituciones los principios de esta teoría.

Queremos rescatar en este recorrido a un movimiento que aporta interesantes ideas en los dos sentidos, no necesariamente nominados así, tanto del buen vivir como del bienestar y que provee, de la mano de algunos de sus autores, vinculaciones entre los conceptos de cuidado y espiritualidad, se trata del

movimiento de obispos que generó la teología de la liberación en los años sesenta, en contexto latinoamericano.

Este movimiento generó mucha controversia a partir de su opción a favor de un cambio social, partiendo de un punto de vista teológico y religioso y en lucha contra la pobreza y el subdesarrollo (Tahar Chaouch, 2007). Leonardo Boff formó parte del grupo que fundó la teología de liberación, y aporta entre sus muchos escritos, las vinculaciones que señalamos antes entre cuidado y espiritualidad. Volveremos más adelante sobre estos conceptos y sus relaciones.

Boff (2003) define un tipo de espiritualidad que denomina ecológica, y en esa dirección expresa que cuando habla de esa espiritualidad está pensando

> "en una experiencia de base omnienglobante con la cual se capta la totalidad de las cosas exactamente como una totalidad orgánica, cargada de significado y de valor. En su sentido originario espíritu, de donde viene la palabra espiritualidad, es la cualidad de todo ser que respira. Por lo tanto, es todo ser que vive, humano, animal y plantas" (p.1).

Pero no sólo eso, la Tierra entera y todo el universo son vivenciados como portadores de espíritu, porque de ellos viene la vida, proporcionan todos los elementos para la vida y mantienen el movimiento creador y organizador.

Espiritualidad es la actitud que pone la vida en el centro, que defiende y promueve la vida contra todos los mecanismos de disminución, estancamiento y muerte. En este sentido lo opuesto al espíritu no es cuerpo, sino muerte, tomada en su sentido amplio de muerte biológica, social y existencial (fracaso, humillación, opresión)."

Otras conceptualizaciones afirman que espiritualidad es, un componente inherente al ser humano, es un concepto intangible, multidimensional y de naturaleza subjetiva, como la indagación personal sobre el significado y el propósito en la vida, la cual puede estar o no relacionada con la religión (Tanyi, 2002). También es definida como "la fuerza dinámica que mantiene a la persona creciendo y cambiando de manera continua involucrada en un proceso emergente, de volverse y hacer su ser trascendente" (Highfield & Cason, 1983, p. 187-192).

Desde una perspectiva psicológica, Ellison se refiere a la espiritualidad como bienestar espiritual y lo define como un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser (Ellison, 1983, p. 330). Deepack Chopra (maestro hindú que occidentalizó su mensaje y vive desde hace muchos años en Estados Unidos) dice que somos seres espirituales ocupando por un tiempo finito un cuerpo humano, y desde ese concepto es que podemos ampliar la mirada y comprender como nos relacionamos con la espiritualidad y quizá preguntarnos si viviendo la espiritualidad, se modifican aspectos de nuestra vida, en ese sentido la pregunta es personal y la respuesta absolutamente subjetiva: ¿qué sentido le damos cada uno a nuestra vida?

Por otro lado, se encuentran también conceptualizaciones que plantean lo que se considera, que progresivamente va marginando la dimensión de la espiritualidad, en todos los ámbitos, y en todos los casos está asociado al consumismo, los esquemas individualistas basados en la satisfacción egoísta, el materialismo, las luchas de poder, los intereses corporativos, la cultura dualista, machista, etc. Los síntomas de la época muestran el autismo del goce y el apego al objeto en sus distintas formas, esquivando las relaciones entre los seres humanos que son difíciles, arriesgadas e impredecibles.

Mientras tanto, "el apego a los objetos (alcohol, drogas, celulares, videojuegos, etc.) está al alcance de la mano, predecible y tranquilizador" (Loray, 2019, p. 126). Se busca "la acumulación de bienes materiales y el trabajo solamente como producción de riqueza" (Boff, 2003, p. 3). Así el historiador Morris Berman (1987), plantea que el mundo moderno, industrializado, es un "mundo desencantado", donde la realidad aparece como algo externo al ser humano.

La espiritualidad surge entonces como un mecanismo de "re encantamiento del mundo", de defensa y de recuperación del ciudadano actual frente al agobiante mundo materialista, racional, tecnológico, de la civilización industrial. Frente al narcisismo, y al individualismo promocionado por la civilización consumista y materialista, la sabiduría de la especie, encara una visión que fomenta un cambio radical en los sistemas de valores y en los estilos de vida de los sujetos.

Retomando la idea que propusimos al principio, en cuanto a relación entre espiritualidad y cuidados, es relevante centrarnos, en principio, en La Carta de la Tierra, que nace en el año 2000 y plantea una serie de principios para un marco ético universal que promueve el compromiso con la sostenibilidad (Hinojosa y Pareja, 2012).

Es en relación a esta Carta de la Tierra que se expide Boff, (s/f), afirmando que aporta una nueva visión que se basa en la espiritualidad y la nueva ética. Establece Boff diferencias entre lo que serían técnicas para el manejo de recursos naturales y lo que aquí se presenta, que desde su perspectiva es un nuevo paradigma de relación de las personas con la naturaleza. Esta es una ética de amor, cuidado, cautela, solidaridad, responsabilidad y compasión, de lo contrario nos dirigimos hacia un desastre, con una capacidad destructiva, que

implicaría perecer junto a la naturaleza, ya que somos parte de ella. Según el análisis de Boff, se plantean dos ideas principales: el respeto y cuidado. Respeto por todo lo que vive y existe. Cuidado como el principio rector, que es previo a todas las conductas, entendiendo que todo lo que hagamos con cuidado está bien hecho; mientras que el descuido, es destrucción. El cuidado practicado con entendimiento, es una forma de amor, porque solo amamos lo que conocemos. "El cuidado es una relación amorosa y no agresiva con la realidad. El cuidado está atento a los procesos vitales y se preocupa de todos los seres para que éstos puedan continuar participando en la comunidad de la vida de tal manera que ninguno esté excluido ni abandonado en su sufrimiento" (Boff, s/f).

Entonces en la Carta de la Tierra aparece el concepto de cuidado, desde una visión universal, que desde la enfermería se plantea con un recorte disciplinar, apoyada en una filosofía holística, el holismo que propone una lectura compleja de la realidad y constituye una propuesta humanizadora, considerando al individuo en su globalidad, es decir, contempla a las personas realmente interrelacionadas con su entorno (Bermejo, 1999). La propuesta es ser sensatos y reflexivos de nuestra dimensión espiritual, para sabernos parte de un Todo, lo que nos conducirá a una actitud de admiración y respeto y no ya de dominación y explotación del planeta.

En particular, desde la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar se reconoce básicamente esa relación de las personas como parte de la naturaleza, sin posturas antropocéntricas, aunque reconociendo lo que plantea la mirada del bienestar, pensando como lo piensa también la teología de la liberación, cuando escucha a los/as pobres y oprimidos/as, a todos/as los/as portadores/as de necesidades especiales. Cuidados que nos proponen una relación con los demás en un plano de igualdad, con las diversidades culturales, sexuales, ideológicas,

un cuidado solidario, que busca satisfacer las necesidades de las personas, familias y comunidades cuidadas. Un cuidado que el Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados (2019) plantea como "diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción" (p. 10).

El cuidado que va dirigido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes-condicionantes ambientales, sociales y económicos de la salud, respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticas, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas. Que promueve en los sujetos, en tanto individuo, familias y/o comunidades, el incremento de las capacidades y habilidades que permitan ejercer su libertad, que refuercen la construcción de vínculos, y el autocentramiento, lo que se traduce en el concepto de soberanía. El que procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias. Con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad. El cuidado que va dirigido al buen vivir y bienestar de los sujetos, considerando la interacción con condiciones ambientales, sociales, psicológicas, espirituales y económicas de la salud. El que se brinda en todos los niveles de atención y en todos los ciclos de la vida, con competencia humanística, política y técnica, de manera integral, en instituciones hospitalarias y comunitarias, mediante una actitud ética y legal garantizando intervenciones libres de riesgos. En síntesis, máxima defensa de la vida, en tanto buen vivir y bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Berman, M. (1987). El reencantamiento del mundo. Chile. Cuatro Vientos.

Boff, L. (2003). La voz del arco iris. academia.edu recuperado el 19 de marzo de 2021 en https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44708159/Articulo_EcoTeologia

Boff, L. (s/f). Respeto y cuidado hacia la comunidad de la vida mediante el entendimiento, compasión y amor. Recuperado el 19 de marzo de 2021 en https://earthcharter.org/wp-content/assets/virtual-library2/images/uploads/Boff.pdf

Deepak Chopra (2002). Conocer a Dios, El viaje del alma hacia el misterio de los misterios. Ed. Plaza Janes. 1ra edición.

Ellison, C. (1983). Spiritual Well Being:Conceptualization and Measurement. Journal of Psychology and Theology.

Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados (2019). "Modelos conceptuales y teorías identificables en las prácticas sociales de enfermería en el sistema de salud de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, 2018-2019". Informe de la investigación. Secretaria de Ciencia y Técnica. Universidad Nacional de Lanús.

Highfield, M., & Cason, C. (1983). Spiritual needs of patients, are they recognized? Cancer nursing.

Hinojosa E. Pareja, M. (2012). Impacto de experiencias educativas basadas en la carta de la tierra. Vol. 40, N° 1. Recuperado el 19 de marzo de 2021 de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3791926

Loray, A. (2019). Discurso, sujeto y lazo social. Buenos Aires. Argentina. Grama.

Tahar Chaouch, M. (2007. La teología de la liberación en América Latina: una

relectura sociológica en Rev. Mex. Sociol vol.69 no.3 México jul./sep. Recuperado 19 de marzo de 2021 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032007000300002

Tanyi, R. (2002). Towards Clarification of the meaning of Spirituality. Journal of advanced nursing.

CAPÍTULO XXIX

INTERCULTURALIDAD EN LAS CELEBRACIONES ANCESTRALES

LILIANA ESTELA LÓPEZ.

En el origen de cada cultura reside una verdad muy profunda, que buscamos en esta vida ante planteamientos existenciales, siendo ese caminar en la diversidad una invitación a ver el mundo desde otro lugar y reconocernos plurales. Los grandes cambios sociales que plantean una crisis en un contexto mundial, muchas veces nos hacen cortar lazos de dependencia de un modelo materialista y aferrarnos a nuestras propias verdades espirituales que nos llevan a nuestros orígenes. El buen vivir es un principio que integra la relación de varias culturas milenarias y propone recuperar nuestra vida en plenitud, en armonía con la madre naturaleza.

Adentrándonos en la interculturalidad y en particular desde la Espiritualidad, los guaraníes mencionan el *teko kavi*, el buen vivir para una tierra sin mal; el *kume mogen,* volver a reconstruir nuestra forma de vida dice el pueblo Mapuche; *Sumak Kawsay,* el buen vivir del mundo andino; los sabios y sabias nos recuerdan que estamos en tiempo de *Pachakutec,* tiempo de cambios o tiempos de renovación, así lo vivencian guaraníes: volver al origen. En este sentido por la vida, desde nuestra perspectiva de enfermería, también hacemos nuestro aporte desde nuestra visión y experiencias vividas, para un buen vivir desde la espiritualidad y la interculturalidad en relación con el todo.

HACIA EL CAMINO DE LA INTERCULTURALIDAD: HISTORIAS DE VIDA DE LA COMUNIDAD MILENARIA ARETEGUASU DEL PUEBLO AVA GUARANÍ DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ARGENTINA

Cuando los caminos se cruzan, no sólo cambia de dirección o el rumbo de una persona, también cambian los sentidos, las historias, las percepciones, las formas de ver, sentir y vivir en el mundo.

Estaba allí en la comunidad Guaraní *Arete Guasu Bsaspe*, en el festejo cultural donde el canto y las danzas ancestrales danzaban con la misma tierra, en esta celebración donde su práctica tiene ritual espiritual, donde antes de iniciar la ceremonia los *mburuvichas* (autoridad) se comunican con el IYA el protector de los montes y los ancestros (los abuelos). En esta ceremonia se nombra y se menciona la interrelación con la naturaleza, es una interacción netamente espiritual, porque es sagrado y tiene vida. En el contexto de la abrumada urbanidad parece difícil pensarlo, pero se entrelazan culturas distintas y en ese tejido de entramado colorido había un intercambio de saberes y conocimientos con la propia impronta cultural, de cada pueblo. No solamente afloraba lo folklórico, había un sentido de arraigo inseparable con la naturaleza y una conexión con lo espiritual, que no era divino ni teocéntrico, sino que todo los que nos rodeaba tenía vida desde la cosmovisión guaraní.

Fue una tarde caminando por la comunidad, conociendo su historia, la cultura y comprendiendo que no es una cultura del pasado, sino que hay una conciencia comunitaria, que se sostiene hace miles de años y que ha sobrevivido a opresiones e invisibilizaciones históricas, dejando una impronta de lucha y resistencia de todos los pueblos originarios, haciendo que los Pueblos milenarios pueden mantenerse de pie y recobrar el buen vivir en armonía con sus propios valores. Expresaba el Mburuvicha de Areteguasu Bsaspe del Pueblo Ava Guaraní:

"ESTAMOS EN TIEMPOS VERDADEROS"

Lo relatado fue un encuentro cultural muy importante de la comunidad guaraní Arete Guasu (fiesta grande). Se realizó en la provincia de Buenos Aires liderada por el *Mburuvicha* (autoridad) Alejandro Borjas, en la que participó la

gran Nación guaraní en una relación de hermandad, con el sentido de reivindicar la cultura ancestral.

Como dijimos, *Arete Guasu* significa fiesta grande, donde se anuncia la llegada de un nuevo ciclo natural, es por eso que los pueblos guaraníes celebran este ciclo junto a la naturaleza. En este contexto se desarrolló la ceremonia ancestral de la cosmovisión *Ava guaraní* (hombre guaraní), expresando la espiritualidad en un sentido de respeto, que aún hoy perdura debido a la transmisión oral que hace miles de años se realiza a través de los sabios y sabias de la comunidad.

Es muy importante desde nuestra profesión ser muy críticos a la hora de analizar cómo fue construido el sistema educativo y de salud para poder comprender la interculturalidad, es necesario conocer las matrices culturales del territorio argentino o en el lugar que estemos habitando. En la actualidad, en Argentina existen treinta y ocho (38) Pueblos y Naciones indígenas y más de dieciséis (16) lenguas originarias, también raíces afrodescendientes, mestizos y pueblos Rom (Gitanos). Es necesario hacerlo visible para poder salir de la mirada monocultural y así propiciar los vínculos y desafíos que propone la interculturalidad para construir un mundo más justo e igualitario.

La interculturalidad propone un intercambio y relación de reciprocidad entre varias culturas, un trato de respeto mutuo, pero para llegar a esta práctica es necesaria una deconstrucción del pensamiento y conductas, entendiendo que existe más de un sistema de salud, lo que implica, por ejemplo, que la medicina tradicional ancestral tiene sus diagnósticos ancestrales, los tratamientos con plantas, minerales y animales, que son del conocimiento propio de cada pueblo. El pueblo guaraní tiene sus paye (autoridad medica), Opihua (guía espiritual), parteras tradicionales; el sistema andino tiene los Yatiris (curador), kallawayas

(médicos tradicionales); el pueblo Qom los Pio Oxonak (médico tradicional) entre otros.

La interculturalidad y las celebraciones ancestrales es importante promoverlas, como un derecho de cada Pueblo, para mantener las tradiciones milenarias y fortalecer la identidad .El reconocimientos de estos derechos están plasmados en la Constitución Nacional Argentina, en la Declaración de Naciones Unidas de Pueblos indígenas y en el Convenio 169 de la OIT de indígenas y tribales donde reconocen la preexistencia étnica, la interculturalidad ,la educación bilingüe ,el derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud entre otras.

Esta construcción democrática de lazos de interculturalidad en un marco de pluralismo, es un tejido social de diálogos e intercambios. En este sentido vamos a una comprensión más profunda de la vida, comprender que hay otras formas de sentir, pensar y percibir el mundo que nos rodea.

NOTA

Agradecimiento al hermano Alejandro Borjas Mburuvicha (Autoridad) perteneciente al Pueblo Ava guaraní, de la comunidad Guaraní Areteguasu Bsaspe de la Provincia de Buenos Aires y vice presidente de APG -Asamblea guaraní de Buenos Aires Argentina- a quien se le realizó la consulta previa para mencionarlo y escribir su historia en este capítulo.

CAPÍTULO XXX

SOBRE LA TRANSICIÓN ECOLÓGICA. CUIDADO DEL AMBIENTE

LUIS ALBERTO CERVERA NOVO

"Transición ecológica" es una expresión bastante vaga e imprecisa. Esto no es muy extraño; es lo que suele ocurrir con términos cuyos orígenes y usos son principalmente políticos. Lo mismo pasa, más o menos, con las ideas de desarrollo sostenible, economía circular, transición energética, modernización ecológica, crecimiento verde, etc., etc. No se trata, por lo demás, de un rasgo que resulte negativo en todos los contextos. En cierto sentido, la vaguedad facilita la flexibilidad en los usos, algo que en ocasiones puede ser favorable para la práctica política, sometida siempre a condicionantes y presiones de orígenes muy diversos".

Ernest García

Desde el Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados, Álvarez et al., (2019) se entiende que el entorno, en los cuidados del el Buen Vivir y Bienestar, es el contexto, circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva. Manteniendo una relación parte-todo, en el que el todo regula o determina- condiciona las partes. Contexto y circunstancias sociales, culturales, éticas, económicas, profesionales, sanitarias, políticas, ecológicas y cibernéticas en un momento histórico. Los cuidados, en esta perspectiva, se vinculan al paradigma de la complejidad, definiéndolo como el que se brinda en un ambiente, pensado como contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva. El sujeto, aparece visto aquí, con su posibilidad

también de influenciar ese ambiente. Es en este sentido que es relevante abordar temáticas como la transición ecológica.

Y a medida que discutimos el sentido de transición ecológica el mundo arde, se incrementan los exiliados climáticos: nueva figura en nuestro léxico diario, que involucra el movimiento de poblaciones completas; la pérdida de diversidad biológica se acentúa en forma alarmante en lo que va del nuevo siglo; las secuelas socio ambientales generadas por el paradigma productivo imperante, agravan día a día la calidad de vida y/o la supervivencia de cientos de millones de pobladores de nuestra Casa Común[1].

El Filósofo y economista Edgar Montiel, Director del libro "Pensar un mundo durable para todos" explica que para dar de comer a 8 mil millones de personas en el 2030 se necesitará un ritmo ciego de producción, que llevaría a profundizar un modelo ecocida, con consecuencias irreversibles para el planeta, por lo que considera que ahora comprobamos con mayor claridad que nunca, que la finitud del agua, los alimentos, el oxígeno, la energía, es una realidad que nos amenaza. Se referencia Montiel, con Edgar Morín, como exponente del pensamiento complejo y lo que este filosofo señala , argumentando que es necesario la construcción colectiva de una Tierra Patria en tanto "comunidad de destino planetario" que demanda una conciencia terrenal activa, conformada por una conciencia antropológica (reconocer nuestra unidad en nuestra diversidad humana) conciencia ecológica (de los lazos consustanciales que nos unen con todos los seres vivientes en una misma biosfera) conciencia cívica terrenal (de responsabilidad y solidaridad entre todos los hijos e hijas de la Tierra) Conciencia espiritual (practicar un pensamiento complejo para criticarnos y comprendernos mejor entre sí). Por ello, en esta realidad planetaria, insta a un viraje hacia una nueva moral con nuevas costumbres colectivas (Montiel, E., s/f)

[1] Casa Común: a partir del concepto de Bien Común, que es muy antiguo, son Bienes a cuidar, los Bienes de todos/as, como los ríos y los mares, las tierras, todo lo que habita en esos ríos, mares y tierra, además de la energía, el aire, las montañas, los cielos, el espacio, la luna, el sol etc., pero también bienes comunes intangibles, como el amor, la honra, el respeto filial, etc., fueron valores compartidos por Confucio, Heráclito y Buda y también por los teólogos y filósofos de principios de la era cristiana, quienes proponían que éstos eran los bienes que un Dios Creador nos legó a todos/as como habitantes de la Casa Común, no para posesión privada de particulares (Montiel, E., s/f)

En ese sentido nos ocupamos acá de la idea de transición ecológica. Si bien el término de transición ecológica puede ser bastante vago, comprendemos que es aplicable al conjunto de actividades humanas: salud, autonomía alimentaria, producción de energías, agricultura, etcétera., intentaremos concentrarnos en dos recursos, la agricultura y la producción energética.

Dentro de la agricultura es digna de tomar en cuenta en este análisis, la agro ecología, buscando avanzar en dirección de esa conciencia terrenal activa de la que habla Morín, y que, según la FAO, es una disciplina científica que estudia cómo interactúan los diferentes componentes del agro ecosistema. Es definida también como un "conjunto de 15 prácticas", busca "sistemas agrícolas sostenibles" que optimizan y estabilizan la producción y, por último, como un "movimiento social" que persigue papeles multifuncionales para la agricultura, promueve la justicia social, nutre la identidad y la cultura y refuerza la viabilidad económica de las zonas rurales.

Los antecedentes de la actividad agro ecológica en la Argentina se remontan a los modos de producción aborígenes y campesinos. A mediados de los años 70, empieza a implementarse en la actividad hortícola la utilización de semillas híbridas, herbicidas, plaguicidas y fertilizantes, que justamente va en dirección contraria a la agroecología.

LA AGRICULTURA EN EL PERIURBANO

Para abordar la agricultura, nos referiremos a la dedicada a abastecer las metrópolis con alimentos frescos. Focalizaremos en la agricultura que circunda el Gran Buenos Aires, de la República Argentina, área que reúne una población de 14.839.746 habitantes (censo de 2010) distribuidos en 40

Municipios y la Ciudad de Buenos Aires. En particular la actividad hortícola bonaerense, está gestionada por diferentes actores/as, entre los/as que se pueden nombrar grandes organizaciones, Pymes, cooperativas y pequeños/as agricultores/as familiares.

Un proceso a tener en cuenta en esta zona, es que, cuando fue afectada por la carencia de mano de obra y componentes coyunturales, y merced a ello, se dio lugar al protagonismo del horticultor boliviano, que pasó de ser mediero[2], a afianzarse en el periurbano bonaerense, logrando la actual hegemonía en el territorio. Esto es efectivamente así, ya que actualmente la gran parte de las explotaciones hortícolas del AMBA son gestionadas por bolivianos, fenómeno que podría ser definido como "bolivianización de la agricultura" y que es muy referido en la actualidad.

En lo que respecta a la zona extra pampeana se tienen precedentes relevantes en la producción agro ecológica donde se resaltan los aportes de ONGS como el Instituto de la Cultura Popular (INCUPO) y el Instituto de Desarrollo Social (INDES), que son experiencias vinculadas a pequeños productores/as familiares, exitosas en la producción de alimentos libres de agro tóxicos, que buscan la integración de la producción vegetal y animal considerando el manejo sustentable de los ecosistemas naturales y que propicia un vínculo, una comunicación, entre las personas participantes, basada en la educación popular (Souza Casadinho, J. s/f)

En relación al área hortícola bonaerense, los primeros indicios de producción de cultivos orgánicos se sitúan a mediados de los años 80, obteniendo todavía más notoriedad a inicios de los 90. En la actualidad, una de las áreas hortícolas con mayor desarrollo en la producción agro ecológica son las explotaciones que circundan la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

[2] Trabajador-mediero: es el trabajador caracterizado por una familia migrante, donde uno de sus miembros, a cambio de aportar toda su mano de obra, acuerda con el patrón, recibir un porcentaje de la producción (García, M., 2011).

Dentro de este escenario coexisten dos tipos de productores los cuales pueden denominarse "orgánicos" y "agroecológicos" Cada tipo de productor posee características propias. Por su lado, los "productores orgánicos" son profesionales, son propietarios de las tierras, no viven en las explotaciones, contratan mano de obra externa (medieros y asalariados), el auto consumo no es el fin de su producción y poseen certificación de su producción. Mientras que, los productores "agro ecológicos" provienen de familias con tradición agraria, en su gran mayoría no son propietarios de la tierra, no poseen formación profesional, la mano de obra es familiar y expresan un espíritu ambientalista.

LA TRANSICIÓN AGRO ECOLÓGICA, PROBLEMAS DETECTADOS.

La transición en camino a prácticas agrícolas más amigables con el ambiente incluye fases en medio de las que tienen la posibilidad de mencionarse, antes que nada, la reducción del consumo y la utilización de productos fitosanitarios perjudiciales para el ambiente, la sustitución de prácticas e insumos tóxicos por prácticas alternativas sostenibles, que rediseñen la transición agro ecológica y lograr un cambio de ética y de valores.

La transición de cualquier tipo de producción usual en camino a uno agro ecológico acarrea distintas problemáticas. El proceso involucra la sustitución de tecnologías altamente dependientes de agro químicos (fertilizantes y fitosanitarios) y de técnicas degradantes del ambiente como el laboreo profundo y continuado y la quema de rastrojos[3]. Por eso el proceso debería eludir el reduccionismo que estima la transición agro ecológica sólo como cualquier proceso técnico, puesto que la explotación está estrechamente relacionada a las condiciones del medio ambiente. Los mayores problemas se

[3] Rastrojo: lo que queda en el terreno, tras cortar el cultivo, conjunto de restos de tallos y hojas (Ibarguren, L; Bertona, A; Rebor, C., 2020)

hallan vinculados al elevado índice de informalidad de los productores, deficiencias en el ingreso al agua segura, vulnerabilidad frente a el desarrollo urbanístico, contaminación producida por prácticas agrícolas deficientes, problemas referentes a la transición en camino a la agro ecología etcétera.

La transición agroecológica tiene además condicionantes que dificultan el mismo, condicionantes que pueden ser controlados con un rol activo del Estado, necesitando del mismo, políticas, programas y planes que den soporte a los procesos de cambio.

Finalmente, es importante en camino a la transición, es la organización comunitaria, donde el intercambio de vivencias y conocimientos acumulados y el agrupamiento para la obtención de recursos económicos, técnicos o humanos permite avanzar. En el AMBA, hay empresas que fomentan la transición en camino a la agro ecología. La RENAMA, red nacional de Municipios y Sociedades que fomentan la agro ecología, está formada por agricultores, técnicos agropecuarios, municipios de base, con el fin de intercambiar vivencias y conocimientos para los entes gubernamentales y los organismos académicos y científicos y empresas en camino a la agro ecología del sistema agrario. En su red, cuenta con 30 municipios adheridos, los que fomentan la transición en camino a la agro ecología por medio de diferentes fines y principios agros ecológicos planteados por la organización.

ALGUNAS CONCLUSIONES

En esta realidad intervienen diversos actores a favor y en contra del desarrollo de una práctica agroecológica que asegure una alimentación libre de tóxicos.

A favor:

- Contar con distintas instituciones estatales y sus programas, como también diversas organizaciones sociales como la Unión de trabajadores de la tierra (UTT), cooperativas, entre otras.

- Disponer de leyes, que mencionamos en la bibliografía, que impulsan o protegen esta visión.

En contra:

- La presión por la ocupación de las tierras del periurbano por los Country, Clubes de Campo, etc.

- Un deficiente control y/o aplicación por parte de las autoridades municipales o provinciales mencionadas.

- La deficiente o inexistente posesión de la tierra por parte de los productores.

- La escaza utilización de las tierras fiscales para ampliar y consolidar esta actividad.

LA TRANSICIÓN ECOLÓGICA Y LA PRODUCCIÓN DE ENERGÍA.

La llamada "Transición Ecológica" tiene un eje de cardinal trascendencia que es la reducción de los gases de impacto invernadero generadores del calentamiento global que crea los desequilibrios del medio ambiente que estamos sufriendo.

Destacamos algunos de ellos: la Magnitud de los tornados y huracanes por incremento de la temperatura de las aguas oceánicas, el aumento de los episodios de sequias o inundaciones, el movimiento de las fronteras climáticas, el incremento del nivel del océano por deshielo de los polos, los exiliados del

medio ambiente y los exiliados económicos que producen un movimiento de la población inédito en la historia humana, la pérdida de diversidad biológica de flora y fauna por no adaptación a las nuevas condiciones del medio ambiente, etcétera, dichos inconvenientes globales has sido y son tratados en las diversas conferencias mundiales, la primera de ellas ha sido el Encuentro de Roma en 1960, que planteo paralizar el desarrollo económico y que era el crecimiento poblacional el que generaba pobreza, la Fundación Bariloche le contesta que *es la pobreza la que produce el crecimiento poblacional*.

A la fecha poco se han resuelto y mucho se han agravado. El acuerdo de Kioto, (1997) sobre emisiones creo los llamados *bonos verdes* donde los países de menor desarrollo venden sus cuotas a los industrializados, un engaño para sostener las emisiones. El acuerdo de Paris, evento sobre cambio climático, estableció un marco global para evitar un cambio climático peligroso manteniendo el calentamiento global muy por debajo de los 2 °C y prosiguiendo los esfuerzos para limitarlo a 1,5 °C. También aspira a reforzar la capacidad de los países para hacer frente a los efectos del cambio climático y a apoyarlos en sus esfuerzos (Acuerdo de Paris, 2020).

El último acontecimiento sobre inconvenientes climáticos ha sido la Cumbre de Madrid (2019) que postergó varios temas a tratar en 2020, la pandemia de COVID19 no sólo postergó estos sucesos, sino que, por la paralización económica, el planeta nos otorgó ejemplos de recuperación si se modifica el paradigma productivo actual. EE. UU con Trump, todavía Presidente, no adhirió al mismo y dejo de aportar económicamente a varios organismos internacionales ya que durante la campaña electoral de 2016, denomino al *cambio climático de bulo inventado por China* para frenar el crecimiento económico de los Estados Unidos (La Vanguardia, 09/12/2019 09:50)

Hoy con la llegada de los Demócratas al gobierno podría darse algún

cambio sobre el tema debido a que tienen intereses económicos en la producción y comercialización de energías renovables.

En la llamada transición ecológica las energías y su matriz de producción son el pilar y sendero a recorrer.

VEAMOS LA PATRIA GRANDE Y SUS RECURSOS

América Latina concentra una de las mayores reservas energéticas del planeta, tanto en energías no renovables como renovables. A pesar de ello se observan países que pasan a ser energéticamente dependientes, como es el caso de Argentina que, producto de las políticas neoliberales, de las ultimas décadas de siglo XX, abandono el desarrollo energético; cuando en 2003 asume el gobierno Néstor Kirchner e impulsa un programa de gobierno soberano e inclusivo, desarrollando la industria como motor del cambio, debió importar energía para llevar a cabo la política nacional y popular que caracterizo su gestión y las de Cristina Fernández de Kirchner.

ENERGÍAS NO RENOVABLES

Al petróleo del golfo de México y el de la cuenca del Orinoco, en Venezuela; segunda reserva mundial luego de Arabia Saudita, se suman la producción y monumentales reservas de Brasil, Ecuador y Argentina, en este último territorio está la segunda reserva mundial de gas y petróleo no usual: la Cuenca de Vaca Muerta. Las reservas gasíferas del Estado Plurinacional de Bolivia, recuperadas y explotadas por el estado, ocupan una fundamental posición en este recurso fósil. El carbón mineral es el tercero de los recursos y

[4] Energías renovables: se caracterizan "por reponerse a un ritmo igual o superior al que son consumidas" González Velasco, J. (2009)

ocupa el 5% en la producción de energía de América Latina.

La abundancia del recurso petróleo, posibilita a nuestro continente el abastecerse y exportarlo crudo, generando 2 inconvenientes negativos:

a) Su matriz energética se basa en un alto porcentaje de recursos fósiles.

b) La exportación de petróleo crudo plantea sus economías a los altibajos geopolíticos del precio internacional del barril.

En la transición ecológica, el gas puede generarnos energía con menor grado de contaminación que el petróleo.

LAS ENERGÍAS RENOVABLES

Brasil sostiene el 92 % de su generación eléctrica desde el recurso hídrico; en Argentina es del 37% y se proyecta duplicar esta cifra con 2 nuevas centrales en la parte sur del conjunto de naciones las represas "Presidente Néstor Kirchner" y "Gobernador Jorge Cepernic", las dos en Santa Cruz. Paraguay es enorme productor de energía hidráulica.

La energía nuclear (E.N), con bastante mala prensa por intereses económicos y culturales, va ocupando lentamente un lugar fundamental como sustituto eficiente de las no renovables.

La Argentina lidera su desarrollo con el 8% de su producción eléctrica, con 3 centrales nucleares y 2 más proyectadas.

En las últimas décadas del siglo XX tuvo un desarrollo fundamental la producción de bioetanol en base a caña de azúcar, liderando en la actualidad el rubro Brasil; Argentina que ha sido su precursora en los años 70 del siglo pasado abasteciendo todo el norte del territorio, abandonó esta elección.

En su producción, exportada mayormente, se resaltan Brasil con 406 galones/año, Argentina con 326 galones/año, y el fundamental desarrollo en Colombia.

La energía eólica, en constante incremento cuenta con uno de los grandes corredores de vientos del mundo en la Patagonia argentina y una diversidad de vientos regionales y locales en el conjunto de la Patria Grande.

La energía solar, tanto térmica como fotovoltaica, cuenta con el enorme recurso de radiación solar por la franja geográfica que ocupa el 70% de la región latinoamericano.

La energía de biomasa, energía solar acumulada en todo lo verde (clorofila) es parte de la producción renovable, su mayor uso se genera en las naciones con menor desarrollo industrial. Es una energía altamente contaminante de no contar con la tecnología adecuada.

Aun poco explotadas la *energía mareomotriz, la energía de las olas, el hidrógeno y la geotérmica* que duplica miles de veces las reservas de gas y petróleo

En la evaluación de los recursos energéticos del territorio debe contemplarse el *Litio,* mineral fundamental en la construcción de acumuladores de energía, el 85% del mismo, en todo el mundo, se centra en el triángulo compartido entre Bolivia, Argentina y Chile.

LA PRODUCCIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA EN AMÉRICA LATINA

Un desafío para América Latina es plantearse un mercado energético regional a una escala de 20 millones de kilómetros cuadrados, donde viven más de 500 millones de habitantes y no es tarea sencilla. Es una realidad que requiere

modificar la matriz energética de los países de la región, enfocando hacia una mayor participación de fuentes de energía renovable, que permitan mantener el consumo de energía y reducir los niveles de emisiones de gases de efecto invernadero, provenientes del consumo de combustibles fósiles.

La evidencia disponible muestra que existe una relación positiva entre el consumo de energía por habitante y la calidad de vida en los países de América Latina y el Caribe.

El gran recurso hídrico de la Patria Grande como el Rio Amazonas que atraviesa Perú, Colombia y Brasil, el R. Orinoco en Venezuela y Colombia, el R. Paraná que nace en Brasil y recorre Paraguay y Argentina, el R. Uruguay originario de Brasil y une las fronteras de Argentina y Uruguay; este potencial hídrico se reúne en las cuencas transfronterizas, una realidad que ha impulsado la puesta en marcha desde hace tiempo proyectos hidroeléctricos que aportan a que A. Latina se la considere como "la región más verde en la producción de electricidad"(https://negocios.elpais.com.uy/noticias/latinoamerica-region-verde-generacion-electricidad.html). (El país, 2016)

También estas obras pueden aportar a palear las diferencias estacionales y de precipitaciones en los diversos territorios que provocan instantes de sequía y otros períodos con exceso de agua, una situación que se puede aprovechar por medio de la cooperación energética entre países.

A diferencia de estas primeras interconexiones, en las que los actores se limitaban a 2 países vecinos, hoy se tienen la posibilidad de hallar en Latinoamérica diferentes ejemplos de participación entre diversos estados.

A partir del principio del siglo XXI el proceso de intercambio energético se ve acompañado por el proceso de integración político-institucional, la ampliación del Mercosur, la construcción, y hoy recomposición, del UNASUR, el

desarrollo de la Confederación de Estados Latinoamericanos y caribeños (CELAC), producen condiciones para profundizar la indispensable integración energética que posibilite aprovechar los importantes recursos naturales y del medio ambiente del territorio.

Según datos de CEPAL (2013) la evolución de la producción de energía eléctrica en A. Latina y el Caribe en los últimos 42 años ha sido de 39.099 GW en 1970 para ocurrir a 215.263 GW en 2000 y alcanzar los 324.379 GW en 2012.

Brasil con un aumento del 48%, México del 30%, Argentina 12%, Chile 95% (este aumento se crea frente a la suspensión del suministro de gas natural por parte de Argentina en 2005).

Son condicionamientos importantes en la expansión del tendido eléctrico: la extensión geográfica, la alta concentración de población urbana y la distancia de ésta con las fuentes de generación. Brasil, Chile o Argentina son ejemplos de la magnitud territorial que aludimos.

Argentina, segundo en superficie, después de Brasil, completó en 2014 la interconexión de su red eléctrica, con una gran inversión económica, que le permitió cubrir la mayor parte de sus 3779 Km de extensión, intentando abastecer la demanda de un histórico crecimiento industrial y comercial de 2013 a 2015.

CONCLUSIÓN

Contamos con los recursos renovables que nos permiten modificar la matriz energética sin generar gases de efecto invernadero.

Para lograrlo tenemos tres claves:

1. Electrificar la Economía a partir de sustituir su producción sin combustibles fósiles.

2. Integración de las Energías Renovables combinando todas las alternativas que ofrecen.

3. Eficiencia Energética a partir de privilegiar los aparatos con etiqueta de eficiencia energética y dotar de redes inteligentes, digitalizadas en la distribución de la energía.

Unidos estos tres ejes podemos hablar de seguridad en los suministros. Los elementos que nos entrega nuestra Madre Tierra nos permitirán lograr un buen vivir energético.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acuerdo de París (2020). Consultado en European Commision obtenido de https: //ec.europa.eu/clima/policies/international/negotiations/paris_es

Barsky, A., Astelarra S., Galván,L., (2010). "Un caso de intervención territorial en el cinturón verde de Buenos Aires ante la necesidad del abastecimiento alimentario a la Ciudad. Análisis de la experiencia de implementación de un programa de sostenimiento de la agricultura periurbana de Pilar". Universidad de Barcelona. España. Recuperado de: http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-331/sn-331-64.htm

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Base de Estadísticas e Indicadores Ambientales en CEPALSTAT [en línea], (Visto: 24/08/2015) Disponible en: http://www.cepal.org/estadisticas/bases

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnica [en línea], (Visto: 24/08/2015). Disponible en: http://www.conicet.gov.ar

Feito, María Carolina, Boza Sofía, Peredo Santiago. (2019). "La agricultura en los periurbanos de Buenos Aires (Argentina) y Santiago (Chile): Territorios en transición, QUID 16. Recuperado de: https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/quid16/article/view/3138

García, M. (2011). Proceso de acumulación de capital en campesinos. El caso de los horticultores bolivianos de Buenos Aires (Argentina). Cuadernos de desarrollo rural, 8(66).

Gonzalez Velasco, J. (2009). Energías renovables. Barcelona. España. Reverté.

Hernández, V; Goulet, F.; Magda, D. y Girard, N. (2014). La agroecología en Argentina y en Francia: miradas cruzadas. Bs As. Argentina. INTA.

Ibarguren, L; Bertona, A; Rebor, C., (2020). Siembra directa: el rol de los rastrojos. En: Experticia, Facultad de Ciencias Agrarias - UNcuyo Número 11 - Año 2020 recuperado el 22 de marzo de 2021 en http://experticia.fca.uncu.edu.ar/

Inta Amba, "Agricultura Urbana y Periurbana en el Área Metropolitana de Buenos Aires" "Creación de la Estación experimental Agropecuaria AMBA" https://inta.gob.ar/sites/default/files/script-tmp-creacin_eea_amba.pdf

Ipaf Region Pampeana.. (2012). "El camino de la transición agroecológica" INTA EDICIONES. Recuperado de: https://inta.gob.ar/sites/default/files/script-tmp-inta_-_el_camino_de_la_transicin_agroecolgica.pdf

La Vanguardia, 09/12/2019 09:50 consultado 24 de marzo de 2021 en https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20191205/472044732126/donald-trump-se-retira-acuerdo-paris.html

Ley 27.118. (2014). "Reparación histórica de la agricultura familiar". Recuperado de: http://www.fonaf.org.ar/documentos/Ley_27118_Reparacion_historica_AF.pdf

Ley N ° 10.699- Ley de Agroquímicos de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.gba.gob.ar/static/agroindustria/docs/legislacion/Decreto_499-91.pdf

Ley N ° 25.127- Producción Ecológica, Biológica u Orgánica. Recuperado de: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/59885/norma.htm

Ley N °11.723- Ley integral del Medio Ambiente y los Recursos Naturales-

Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.opds.gba.gov.ar/sites/default/files/Ley%20%2011723.pdf

Ley N° 10.081/83- Código rural de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.mseg.gba.gov.ar/directorios/marco_normativo/codigos%20provinciales/dec_ley10.081-83_codigo_rural.pdf

Magyp. "Manual de buenas prácticas agrícolas", MAGyP. Recuperado de http://www.alimentosargentinos.gob.ar/bpa/bibliografia/manual_BPA_obligatorias.pdf

Montiel, E. (s/f) Cosmopolitita por un planeta durable Aprender a bien vivir en la Casa Común. Recuperado el 22 de marzo de 2021 en http://www.corredordelasideas.org/docs/reflexiones/cosmo_politica.pdf

Prieto Diaz S. (2010). "Economía social y Etnodesarrollo: Entre la bolivianizacion de la horticultura argentina y la argentinización de la identidad migratoria Boliviana" Universidad popular madres de plaza de mayo. Recuperado de: http://madres.org/documentos/doc201009

Serra, Esteban, (2019). "Horticultura 2023". Recuperado de: https://www.agroempresario.com.ar/asdm2019/video/111/esteban-serra-director-de-horticultura-floricultura-y-fruticultura-de-buenos-aires

Souza Casadinho, J. (s/f) La agroecología: bases científicas, historia local y estrategias productivas en la construcción de un espacio de desarrollo integral, ético y humano en: Hernández V; Goulet f.; Magda, D.; Girard N (s/f). La agroecología en Argentina y en Francia miradas cruzadas. Recuperado el 24 de marzo de 2021 en Sobre La Transición Ecológica y la Producción de Energía

Souza Casandinho, J. (2015). "La agroecología bases científicas, historia local y estrategias productivas en la construcción de un espacio de desarrollo

integral en la construcción de un espacio de desarrollo integral, ético y humano", Catedra de extensión y Sociología Rurales. Facultad de Agronomía. UBA. Recuperado de: http://www.fao.org/family-farming/themes/agroecology/es/

Unión de trabajadores de la tierra (UTT). (2020)¿Quiénes somos? Recuperado de: https://uniondetrabajadoresdelatierra.com.ar/quienes-somos/

https://www.bankinter.com/blog/economia/que-transicion-ecologica

https://ar.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211AR394G0&p=metas+de+la+trancision+ecologica

ANEXO

Para conocer y evaluar la producción de energía eléctrica, es imprescindible detenerse en algunas de sus características particulares y los recursos que permiten su generación. Se denomina capacidad o potencia instalada a la que posee la central y se mide en Vatios. La energía generada o entregada refiere a la inyectada a la red y se mide en Vatios/hora. Las medidas comúnmente utilizadas para referirse a la producción o consumo de electricidad son:

KW = 1000 vatios

MW = 1 millón de vatios

GW = 1000 millones de vatios

DIÁLOGOS ENTRE EL GÉNERO Y EL BUENVIVIR

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ-RIERA

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

El género es entendido como la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, diferentes formas de comportamiento y roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual. Son por lo tanto una serie de atributos y funciones, que van más allá de lo biológico reproductivo, que han sido construidos social y culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones entre los mismos. El género es flexible y varía con los factores culturales, sociales, políticos y económicos (O'bryan, Fishbein, & Ritchey, 2004).

Pero, sexo y género son confundidos con frecuencia. Se entiende por sexo, la condición biológica con la que se nace, es decir nacemos hombre o mujer dependiendo de nuestra anatomía, por el contrario, el género como decíamos anteriormente es un producto cultural, ya que se definen por comportamientos atribuibles a los hombres o a las mujeres construidos socialmente y que carecen de una base biológica. Esto hace que en muchas ocasiones se construyan e interioricen socialmente determinados estereotipos relacionados con el género.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) un estereotipo es una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. Es una imagen mental muy simplificada y con pocos detalles acerca de un grupo de gente que comparte ciertas cualidades características (o estereotípicas) y habilidades.

El término se usa a menudo en un sentido negativo, considerándose que los estereotipos son creencias ilógicas que sólo se pueden cambiar mediante la educación. Es una representación repetida frecuentemente que convierte algo complejo en algo simple (causando distorsión en dicho proceso porque se hace

más énfasis en algunos aspectos del grupo mientras que se ignoran otros). Es un modo de categorizar el mundo real, de darle significado a un aspecto específico de ese mundo en vez de otro.

El estereotipo, por tanto, nos permite organizar información sobre el mundo. Algunos estereotipos pueden parecer *"obvios"* porque son conocidos por todos.

Estos se convierten en un modo *"natural"* de pensar, de hablar y de bromear acerca de grupos sociales reales, como las mujeres, los aborígenes, los inmigrantes, etc.

No podemos negar que vivimos dentro de una cultura de estereotipos sexistas, en los que aparentemente se privilegia al hombre sobre la mujer; aunque en realidad los estereotipos afectan negativamente a ambos géneros, al construirse en patrones o modelos divisionistas que no permiten en ocasiones el descubrimiento, el desarrollo y la expresión de cualidades y valores propios de los seres humanos sin distinción de sexo. Pero sin duda afectan de manera mucho más negativa a mujeres que a hombres al ser el estereotipo masculino el dominante y el que se identifica desde una perspectiva positiva en contraposición al de la mujer (fuerte-débil)

El estereotipo es un concepto de "grupo". Es algo que comparte un grupo y hay mucha uniformidad sobre su contenido. No existen los estereotipos "privados" y suelen estar basados en lo subjetivo. Su fuerza reside en el grado que es percibido por quienes los creen como una representación válida de lo real (Mompart, 1994).

Los estereotipos de género, por otra parte, son propios de cada sociedad y cada cultura establece lo que se supone "natural" para cada sexo, definiendo lo que es "femenino" y "masculino". Algunas de las diferencias

impuestas por los roles de género vigentes son claramente innecesarias, injustas y corregibles, además de constituir inexactitudes.

El género se interioriza a través de la socialización entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo. Este proceso no ocurre sólo durante la infancia y la adolescencia sino que se desarrolla y consolida a lo largo de todo el ciclo vital (O'bryan, Fishbein, & Ritchey, 2004).

Los estereotipos de género, son transmitidos y perpetuados en la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. Esta socialización se encarga de crear una identidad de género, de fomentar determinadas y diferentes formas de pensar, sentir y actuar entre los sexos, que sienta las bases para el desequilibrio del poder que se plantea y se transmite a la esfera privada.

El rol, por su parte, es el conjunto de comportamientos y actitudes esperadas de una determinada persona o personas dentro de un esquema organizativo o un puesto específico dentro de una organización (Mompart, 1994)..

En este sentido, el rol de género masculino o femenino asigna funciones, actitudes, capacidades y limitaciones diferenciadas a mujeres y hombres, que la normativa de la cultura vigente establece como atributos "naturales" de ambos sexos.

Son las tareas y actividades que una cultura asigna a los sexos. Los roles de género y la estratificación han variado muy ampliamente a través de la cultura y de la historia.

Además, todas las personas intentan ser congruentes con lo que el grupo social espera de ellas y los estereotipos de género se construyen a partir de esta premisa.

Levi-Strauss (1961), nos ha ayudado a comprender por qué se asignan

valores distintos a muchas de las acciones relacionadas con las mujeres y con los hombres y por lo tanto el enfoque de género nos permite conocer las razones por las cuales se adjudica una determinada imagen y se reproduce una y otra vez en la sociedad en algunas profesiones o roles profesionales.

Socialmente se acepta en mayor o menor medida que las mujeres están hechas para los cuidados en todas sus variantes, algo que pertenece a la esfera privada y que los hombres están más preparados para las actividades relacionadas con la esfera pública, aquellas que confieren más prestigio o poder.

Por lo tanto, podríamos definir a grandes rasgos el estereotipo femenino que nos presentan las revistas, programas televisivos, sin olvidar el uso del cuerpo femenino para vender cualquier cosa en los mensajes publicitarios, como la imagen de una mujer buena, tierna, amable, comprensiva, atractiva físicamente, afectiva y preocupada siempre por los demás.

En cuanto al estereotipo masculino, como agresivo, triunfador, sustento de la familia, activo, independiente, profesional, imágenes que también se repiten en los medios anteriormente citados. Estas creencias estereotipadas contribuyen o pueden hacerlo a definir qué actividades se consideran más apropiadas para unos y para otras (CEP, 2005).

Las consecuencias de estas desigualdades nada tienen que ver con las diferencias biológicas, sino con las condiciones socioculturales en las que se vive personal y profesionalmente (Alatorre Wynter, 1996).

En numerosas ocasiones y por supuesto en el momento actual, teniendo incluso algunos avances sociales y políticos, hay muchas personas que no se dan cuenta de las diferencias de género existentes en la sociedad e incluso se pueden mostrar felices con ellas, pero la realidad es otra y es imprescindible intentar superar las condiciones existentes (Chamizo Vega, 2004).

ESTEREOTIPOS Y ENFERMERÍA

La Enfermería, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina. Esto ha condicionado su evolución y desarrollo, dando lugar a una profesión a la que le está costando mucho alcanzar las metas previstas. En la actualidad, en que teóricamente deberíamos haber superado los roles sexistas, vemos que de diversas formas se sigue marginando la profesión y dando una imagen devaluada de las actividades que realizan las enfermeras, a pesar de la importancia social que se le reconoce a su labor (Garcia Banon, Sainz Otero, & Botella Rodriguez, 2004)

Florence Nightingale cambió el rol de las mujeres en la enfermería, al convertirlas de seguidoras del ejército a profesionales de la atención y del cuidado de enfermos y heridos, ya que antes de esa época, sólo a los hombres se les permitía brindar estos cuidados, ya que se suponía que cualquier mujer que adoptara esa profesión "innoble" sería, además prostituta (Cohen, 1988).

Se espera siempre que las enfermeras demuestren rasgos que se consideran "femeninos", como la cordialidad, la generosidad y el servicio. Uno de los estereotipos de la imagen social de la enfermera es el de madre/monja/servidora dispuesta a prestar los cuidados que sean precisos.

De hecho, estos rasgos están tan incorporados en la mentalidad popular, que en algunos países se pone en tela de juicio la masculinidad de cualquier enfermero varón (Harding, 2007), ya que a los hombres enfermeros que realizan una profesión de mujeres, se tiene la idea preconcebida que deben ser necesariamente afeminados, aunque como es característico de los estereotipos evidentemente no sea cierto. Es la misma circunstancia que persigue a peluqueros y modistos, por ejemplo.

Los manuales para la enfermería han contribuido durante mucho tiempo a desarrollar estrategias de poder de carácter fundamentalmente disciplinario, encaminados a modelar conductas de sumisión y dependencia que propició la constitución de una profesión centrada en la tarea y las virtudes morales y no en habilidades analíticas y conceptuales. En la actualidad, a pesar del tiempo transcurrido, algunos de estos elementos permanecen aún presentes en la base de las prácticas, relaciones profesionales, políticas sanitarias y las imágenes sociales que se transmiten de la enfermería y las enfermeras (Levi-Strauss, 1961). En la construcción de los estereotipos que hay acerca de la profesión enfermera han influido el sexo femenino y su propia historia.

Es cierto que aunque se ha producido un desarrollo profesional importante de la enfermería en las últimas décadas en muchos países que le reconoce a todos los efectos legales, con un campo de actuación propio, con su propia metodología, aunque también colabora con otros miembros del equipo de salud, realizando, además de sus labores independientes otras de colaboración derivadas de otros profesionales como los médicos, tampoco se ha logrado eliminar la imagen de subordinación total al colectivo médico, con poca autonomía profesional y con escasas o nulas posibilidades de progresar socialmente y que en lugar de proyectar una imagen real de la labor de las enfermeras, se hace de manera distorsionada y sujeta a los estereotipos clásicos que acaban convirtiéndose en tópicos (CEP, 2005).

Para resumir la visión que tiene la sociedad o una parte de ella sobre las enfermeras oscila entre una imagen idealizada considerándose "ángeles al servicio de los hombres" y que suele continuar reproduciéndose, hasta como mujeres de "vida ligera" ya que no podemos olvidar que las enfermeras ocupan también un lugar preeminente en las películas pornográficas (Alatorre Wynter,

1996). Tan sólo hay que ver los resultados de las imágenes que se obtienen tras una búsqueda con la palabra enfermera/s en Google. Aunque hay que decir que se ha reducido considerablemente en los últimos años. También se representa una imagen de profesión totalmente subordinada en la que las enfermeras se limitan a ejecutar órdenes de otros profesionales que se consideran en muchos casos superiores y que tienen un componente de género profesional eminentemente masculino e incluso machista.

Los estudios sobre estereotipos de género y enfermería son escasos, aunque diversos autores han reflexionado sobre ello (Colpo, Camargo, & Simey, 2006; Alberdi Castell, 1998; sin olvidar el brillante trabajo de Margalida Miró y Gloria Gallego).

Pero más allá de estas consideraciones o precisamente como consecuencia de las mismas, durante mucho tiempo, aun incluso en nuestros días, ha existido un claro paralelismo entre el comportamiento machista de nuestras sociedades con relación a la mujer y la relación de sometimiento, docilidad, subsidiariedad y maltrato de la profesión médica, claramente masculina tanto en relación al número de hombres que la constituían como en su comportamiento con las enfermeras como profesión femenina, mayoritariamente integrada por mujeres. De esta relación profesional "machista" se pueden derivar las consecuencias de falta de autoestima y las dificultades de crecimiento y autonomía profesional enfermera, que durante tanto tiempo han prevalecido en las relaciones profesionales y en su consiguiente representación y reconocimiento social. La relación, aunque ha mejorado, en tanto y en cuanto ha mejorado la posición de la mujer en la sociedad, sigue manteniendo una clara separación de las profesiones en base a su estereotipación de género y con independencia del sexo de los miembros que

componen ambas profesiones. De tal manera que la medicina sigue comportándose claramente como masculina, a pesar de que la proporción de mujeres que la integran ya es incluso mayor a la de hombres y la enfermería, por su parte, y a pesar del notable incremento de hombres que se han ido incorporando a la profesión sigue siendo una profesión femenina. La relación entre ambas profesiones sigue prácticamente de manera mimética la evolución que en la sociedad existe en cuanto al equilibrio actual entre géneros. Es decir, a pesar de haber mejorado y de que socialmente, al menos en apariencia, el machismo se rechaza, se siguen manteniendo estereotipos claros de género que dificultan la igualdad de oportunidades y favorecen, por el contrario, las desigualdades tanto entre mujeres y hombres como entre enfermeras y médicos.
Este contexto estereotipado, por tanto, influye de manera clara en el buen vivir y en el bienestar al impedir o dificultar una relación saludable que permita incorporarlos social y profesionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alatorre Wynter, E. (1996). La enfermería desde el enfoque del género. . Enfermería Cardiológica, 4(3), 84-87.

Alberdi Castell, R. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. Metas Enfermería, II(11), 20-26.

CEP. (2005). La socialización diferencial y la autoeficacia. En Discriminación de género e igualdad de oportunidades. (Vol. Capítulo 3). Madrid.

Chamizo Vega, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. Index Enferm. [online]., 13(46), 40-44.

Cohen, H. (1988). La enfermera y su identidad profesional. Barcelona: Grijalbo.

Colpo, J., Camargo, V., & Simey, A. (2006). La imagen de la enfermera como objeto sexual en las medias: un molesto a la profesión E. Enfermería, 11(1), 67-72.

Garcia Banon, A., Sainz Otero, A., & Botella Rodriguez, M. (2004). La enfermería vista desde el género. . Index Enferm. [online]. , 13(46), 45-48.

González, S. (1998). La enfermería en el cine: imagen durante la guerra civil española. ROL Enfermería, XXI(244), 25-31.

Harding, T. (Dec de 2007). The construction of men who are nurses s gay. Journal of Avanced Nursing,, 60(6), 636-644.

Jinks, A. (Aug de 1993). Study of attitudes to gender and nursing stereotypes in newly recruited student. Nurse Educ Today. , 13(4), 287-94.

Jinks, A. (Feb de 2004 24). Angel, handmaiden, battleaxe or whore? A study which examines changes in newly recruited student nurses' attitudes to gender and nursing stereotypes. Nurse Educ Today., 24(2), 121-127.

Levi-Strauss, C. (1961). La eficacia simbólica . En C. Levi-Strauss, Antropología

estructural. (Vol. Cap. X). Buenos Aires: Endebo.

Miro Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Camillero, G. (2008, 18(1) pp.24-32.). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956- 1976). Enfermería Clínica, 18(1), 24-32.

Miro Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Camillero, G. (2006). El discurso feminista en la construcción de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). En E. Bosch Fiol, V. Ferrer Pérez, & C. Navarro Guzmán, En Los feminismos como herramientas de cambio social. (Vols. 1. Mujeres tejiendo redes históricas, desarrollos en el espacio público y estudios de las mujeres). Rioja. España: Universidad de la Rioja.

Mompart, M. (1994). Administración de los servicios de Enfermería . Madrid: Masson-Salvat O'bryan, M., Fishbein, H., & Ritchey, P. (2004). Intergenerational transmission of prejudice, sex role stereotyping, and intolerance. Adolescente. 2004, vol. 39, no155, pp.407-426, 39(155), 407-426.

Rubio Pilarte, J. (2006). ¡Por favor, una enfermera! Emferm Clin., 16(4), 169-171.

CAPÍTULO XXXII

APROXIMACIONES DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL CON EL BUEN VIVIR Y EL BIENESTAR

MARTIN PÉREZ- MARÍA FERNANDA LORAY - SILVIA NOEMÍ CÁRCAMO

La discontinuidad-el hecho de que en unos cuantos años quizás una cultura deje de pensar como lo había hecho hasta entonces y se ponga a pensar en otra cosa y de manera diferente- se abre sin duda sobre una erosión del exterior, sobre ese espacio que, para el pensamiento, está del otro lado, pero sobre el cual no ha dejado de pensar desde su origen. Llevado al límite el problema que se plantea es el de las relaciones entre el pensamiento y la cultura ¿Cómo es posible que el pensamiento tenga un lugar en el espacio del mundo, que tenga algo así como origen y que no deje, aquí y allá, de empezar de nuevo?

Michel Foucault

Este capítulo aproxima concepciones de género y diversidad sexual con los procesos del buen vivir y bienestar. Un dialogo entre los sentidos y vivencias culturales, como cúmulos de experiencias de las mujeres y las disidencias sexuales hasta la actualidad en tiempos de pandemia, y el pensamiento ancestral, con su filosofía y los procesos sociales que originaron, desde donde surgen conceptos como *Sumak Kawsay* (en quechua) o se rescata *Suma Qamaña* (en aymara), y en todos los casos remite a la idea de Buen Vivir-Vivir Bien (Huanacuni Mamani F. 2010). Incluimos en este diálogo, a algún modo particular del bienestar, en este caso, la perspectiva que se despliega en:

> …los diversos espacios, en la cotidianeidad del ejercicio de ciudadanía y que cuida la libertad que surge de igualdades básicas y el respeto a cada uno de los ciudadanos. El bienestar que promueve el Estado con la práctica de ciudadanía correspondiente al ejercicio de la libertad pública, la cual exige un andamiaje democrático: organizaciones, legislaciones, cultura política, etc. que defiendan los Derechos Humanos sin excepciones, el fomento de la libertad individual y colectiva, la justicia y la solidaridad. (Cárcamo, et. al., 2019, págs. 4-5)

Es interesante rescatar para estos diálogos, la idea de que la imposición en América Latina de la modernidad, en un continuum progresivo de civilización y desarrollo -con "éxitos" o "fracasos"-, ha generado largos procesos que han enfrentado nuestros pueblos y las diversas formas de resistencia ante lo impuesto. No obstante, se han presentado realidades disímiles, la modernidad fue implementada en el marco del "desarrollo de la división internacional del trabajo" presentándolo como la única alternativa frente a la "barbarie" colonial o indígena. Paralelamente a la imposición de esta modernidad y desarrollo, van a coexistir dos tradiciones de resistencia, una de base indígena y otra resultante de inequidades en procesos económicos, políticos, sociales e ideológicos contemporáneos. Durante los procesos de resistencia se cruzan tres ejes fundamentales: el nacionalismo, el antiimperialismo y los elementos culturales de los pueblos (Rama, 2004; Vizcaino, 1998; Torres Solis, 2019). Ubicamos al pensamiento del buen vivir y el del bienestar, dentro del pensamiento de resistencia, ante la imposición de un tipo de pensamiento hegemónico

occidental, antiguo y colonial (entre otras cosas,) muy cómodo e inviolable de mantener para algunos.

Recurrimos a Cardozo, et al. (2016) que cita a Descola, para interpretar y comprender una base fundamental, del pensamiento ancestral, sobre algunas concepciones; principalmente sobre el *consumo*, que unido a otros conceptos serán relevantes, para este desarrollo en torno al buen vivir. Cardozo expresa que Descola desde 1986, escribió una monografía etnográfica, resultado de cinco años de investigación de campo (1976-1980), entre los *Achuar* de la amazonia ecuatoriana; fue publicada en francés en 1986 bajo el título de *La selva culta: Simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar,* donde refiere puntualmente:

> …la eficacia de un sistema económico no es tanto función de la cantidad de riquezas que engendra como de su capacidad de satisfacer los objetivos que se le asignan. En las sociedades donde la producción está orientada principalmente hacia los valores de uso, estos objetivos son culturalmente limitados y sin alternativa. (Descola, 1986, pág.415)

Así, para los Achuar, la finalidad principal de un buen uso de la naturaleza no es la acumulación infinita de objetos de consumo sino la obtención de un estado de equilibrio que ellos definen como el "bien vivir" (shiir waras).

Dentro de la propuesta del buen vivir; es necesario el reconocimiento de todos/as y de todo, es decir, admitir que somos múltiples y diversos pero iguales, por lo que las sociedades deben aceptar su naturaleza pluri étnica e intercultural, y este reconocimiento debe estar garantizado en los distintos

órdenes constitucionales y en la práctica cotidiana de la vida de un país o región, tal como plantea Cardozo, et al. (2016). Asimismo, lo decíamos antes, el buen vivir postula un amplio proceso de descolonización y descolonialidad en esta etapa de la modernidad. Resurgen así conceptos centrales de los pueblos originales como equidad, igualdad y armonía con la naturaleza en los modelos de producción y organización social (Leon, 2009). Fundado en principios y valores como la relacionalidad, la complementariedad, la ciclicidad, la correspondencia y la conciencia natural (Estermann, 1997, pág.5).

Este modo de resistencia, incluye una búsqueda de suma de voluntades para construir un mundo en el que podamos convivir armónicamente. En el mismo sentido, a principios del siglo XXI, intelectuales quechuas y aymaras difundieron los conceptos Sumak kawsay/Suma qamaña como una forma de organización económica, social y cultural alternativa al desarrollo y a sus formas de vida (Huanacuni Mamani, 2010; Torres Solis, 2019). Finalmente, pasó al ámbito de los debates de las asambleas constituyentes de Bolivia (2006-2009) y Ecuador (2007-2008), y posteriormente se plasmaron en sus constituciones respectivas (Hidalgo-Capitán, 2012). En todos los casos el buen vivir plantea una interrelación de la persona con el todo, que genera armonía y con ello la vida en plenitud. Sus modelos éticos fortalecen las relaciones interculturales y miran a los otros como iguales, en estos tiempos buscan aportar soluciones que pongan freno a la desigualdad social, y en ese punto genera una intersección con la idea de bienestar.

El pensamiento de los pueblos originarios refleja una ética de la responsabilidad, del compromiso, de la cooperación y que en sus aspectos básicos son el equilibrio, la armonía y la felicidad. Ello implica que todos/as somos uno/a y como unidad no puede haber diferencia ni exclusión. Esta filosofía

reconoce en las constituciones que la adoptaron, que la participación, es una muestra de la soberanía popular, por lo tanto, se promueve la intervención ciudadana a nivel de la designación de autoridades importantes del país y concede el derecho a la participación a distintos actores ciudadanos, personas de las comunidades, colectivos, nacionalidades y organizaciones populares con lo que se amplía la comunidad de sujetos de derecho (Estado Plurinacional de Bolivia, Constitución Política del Estado, 2009; Constitución de la República del Ecuador, 2008) . Nuevamente identificamos en esta concepción de buen vivir una intersección con la idea de bienestar, en su sentido más político.

Introduciéndonos ahora en el concepto de género, es necesario tomar en cuenta que, desde la antigüedad, se marcaron y distinguieron las características fisiológicas que culturalmente ubicaron a la mujer en una posición de inequidad, en relación al hombre, pero diferentes recopilaciones antropológicas como la de Lerner, G (1990) definen que existen hallazgos…

> …de sociedades en la que la asimetría sexual no comporta connotaciones de dominio o subordinación. Es más, las tareas realizadas por ambos sexos se reconocen como indispensables para la sobrevivencia de los grupos. En estas sociedades se cree que los sexos son "complementarios"; tienen papeles y estatus diferentes, pero son iguales (pág. 37)

No dejan de ser casos excepcionales. En ese sentido se expresa la antropóloga Segato, R. (2018) en una entrevista en el Ciclo de Mujeres que Mueven al Mundo, realizada en la UNC, refiriendo que las diversas sociedades en

todos los continentes tienen un mito de origen: "la desobediencia de Eva", que marca el origen de la estructura que está enfocada sobre la desobediencia y el disciplinamiento de la mujer, ubicada así en el mismo momento en donde comienza la historia humana. Se instala de este modo como narrativa, un orden político no histórico, apartándose de lo religioso, con la "naturalización" del sistema patriarcal y su consecuencia, la desigualdad de género. También, reflexiona a modo personal, sobre el sometimiento de la mujer, que, según la autora, existía de forma blanda antes de la modernidad y la colonización en América. Aunque no hay evidencia sobre un matriarcado anterior, Segato afirma, coincidiendo con otras autoras, que, devenida la modernidad, se concretó el dominio del hombre. Expresa entonces, que es necesario comprender como el sistema regulo la posición de la mujer en relación al hombre, la cual paso a ser un vientre productor, con la responsabilidad de cuidar la mano de obra que necesitó la revolución industrial, para el desarrollo económico de la sociedad moderna.

Importantes procesos históricos respecto a las relaciones de género, se desarrollaron en la época de la modernidad, todos atravesados por el patriarcado y el capital. La «transición» desde el punto de vista de la lucha anti-feudal de la Edad Media, nos ayuda también a reconstruir las dinámicas sociales que subyacían en el fondo de los cercamientos ingleses y de la conquista de América; nos ayudan, sobre todo, a desenterrar algunas de las razones por las que en los siglos XVI y XVII, el exterminio de «brujas» y la extensión del control estatal a cualquier aspecto de la reproducción, se convirtieron en las piedras angulares de la acumulación primitiva[1] (Federici, 2004). Comprender la raíz de la violencia que sufre la mujer nos remite a cada fase de la globalización capitalista, incluida la actual, ha venido acompañada de los aspectos más violentos de la acumulación primitiva. Esto se demuestra en la continua

[1]Según Marx "la llamada acumulación originaria no es, pues, más que el proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción. Se la llama «originaria» porque forma la prehistoria del capital y del modo capitalista de producción". significa la expropiación de los productores directos, y más específicamente, "el aniquilamiento de la propiedad privada que se funda en el trabajo propio, esto es, la expropiación del trabajador", permitiendo un elemento clave del capitalismo, "la explotación del trabajo formalmente libre de otros, es decir, el trabajo asalariado". Esa privatización afectó sobre todo a las grandes masas rurales, que eran expulsadas del campo respondiendo a un programa político, que se ha llamado individualismo agrario.

expulsión de los campesinos de la tierra, las guerras, el saqueo de los bienes del trabajo y de la naturaleza a escala global; la degradación de las mujeres son condiciones necesarias para la existencia del capitalismo y la perpetuación del patriarcado en cualquier época (Federici, 2004; Segato, 2016).

En la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia (Federici, 2004). El cuerpo de la mujer es apropiado por el Estado y los hombres, forzado a funcionar como un medio para la reproducción y la acumulación de trabajo. En los actos de rebeldía, se la consideró hereje para la religión y su subordinación al servicio de la caza y la quema de mujeres, dando inicio a los principales asesinatos de mujeres que marcaron la modernidad y su consecuente organización social capitalista (Federici, 2004). En América, la modernidad, que se asumía como La Civilización, instala el "monismo cultural" o "unicultural", postergando la cultura de los pueblos originarios, aún en los terrenos del quehacer contra hegemónico, ese pensamiento moderno es positivista y consolida el eurocentrismo y el refinamiento del androcentrismo, ligada funcionalmente a la reproducción capitalista (Breilh, 2003). Entonces, a lo largo de la historia y en diversos contextos económicos, sociales o culturales, se fue conformando la división sexual del trabajo, la cual no solo establece qué actividades deben ser cumplidas por mujeres y varones, sino que también determina un valor diferente que implanta inequidades.

El género es una construcción histórica y social que asigna a los sexos diferentes significados, formas de comportamiento y roles. Esta asignación tiene características asimétricas, jerarquizando lo masculino por sobre lo femenino en espacios, funciones sociales y en el acceso al poder (Esteban, 2006). Con la palabra género se hace referencia a ideas, costumbres, creencias y pautas de

comportamiento que los distintos grupos transmiten a sus miembros. El concepto género nos viene a aportar mayor amplitud, devuelve las diferencias al contexto social, político y cultural que establecieron las definiciones anatómicas y biológicas. Es una construcción, es performativo en tanto es actuado, es leído por otros como un lenguaje. La identidad sexual no es una determinación genética, sino que se construye socialmente. Ahora bien, si atribuimos el género solo a la elección de una categoría, retomamos la violencia simbólica ejercida históricamente, a través de atribuirle valor a lo masculino (Butler, 1998).Otros autores ratifican esto, e inclusive presentan al patriarcado como una ideología, (Facio y Fries 2005) realizan una breve conceptualización y define a la "ideología" como un sistema coherente de creencias que orientan a las personas hacia una manera concreta de entender y valorar el mundo; proporciona una base para la evaluación de conductas y de otros fenómenos sociales y sugiere respuestas de comportamiento adecuado. Una ideología sexual sería entonces la falsa conciencia de un sistema de creencias que no solo explica las relaciones y diferencias entre hombres y mujeres, sino que toma a uno de los sexos como parámetro de lo humano.

El mayor éxito del patriarcado es convertir a las mujeres, sus principales víctimas, en sus defensoras/reproductoras. Educadas en un estereotipo que las novelas replican y los libros oficiales de historia no desmienten, al excluirlas del relato patriarcal de la historia, las mujeres crecen con la convicción de que "parte de su naturaleza" es comprender y perdonar hasta lo imperdonable y ser invisibles. La frase "detrás de un gran hombre hay una gran mujer", se convierte así en una virtud, mientras que es una verdad oculta o disimulada, que detrás de una mujer que trabaja también fuera de su casa hay otra mujer que resuelve el trabajo doméstico (Hendel, 2017).

Como polo dominado, las mujeres, sea cual sea el grupo socioeconómico o étnico al que pertenezcan, han visto sus diferencias biológicas convertidas en una supuesta inferioridad natural y su espacio doméstico y de trabajo, degradados intelectual y socialmente. Pero a su vez, la estructura clasista que reproduce y alimenta en la sociedad capitalista todas las formas de inequidad, se nutre al mismo tiempo de ellas, logrando que todo el mundo se vea afectado por los rasgos anti-humanos de los modos de vivir, que giran alrededor de la concentración del poder y de la inequidad que ésta produce. De las múltiples y complejas combinaciones de inequidad que pueden padecerse, la más dura, desde todo punto de vista, es la triple inequidad que apabulla a las mujeres de las clases populares, que pertenecen al mismo tiempo a los grupos étnicos afro e indígena y pobres (Breilh, 1999).

En el ámbito reproductivo o doméstico sabemos, que las tareas realizadas en dicho espacio no poseen un valor económico. Se debe tener en cuenta que dicho trabajo, generalmente realizado por "mujeres", es realmente indispensable para el desarrollo de las fuerzas productivas, se realiza generalmente de forma silenciosa, no tiene reconocimiento social y no es remunerado. Ahora bien, si las mujeres, salen a trabajar, por vocación o por necesidad y hay que reemplazar todo el trabajo doméstico con personas idóneas para tales tareas, entonces sí adquieren un valor, tienen un precio.

Desde la perspectiva de la teoría de cuidados de enfermería "del Buen Vivir y Bienestar" se defiende el concepto de "persona" o de "sujeto" (no de "hombre"), ello implica no pensar al "hombre como modelo de lo humano", la propuesta es entonces, generar un discurso y un cuidado que integre y no discrimine a las mujeres y disidencias sexuales. Se ratifica la idea de que sin discurso no hay subjetividad. El sujeto del discurso habla y es hablado por otros.

Hay una construcción social del discurso y a la vez una subjetivación del mismo. Michel Foucault (1981), ha sido crítico de lo que puede llamarse una concepción tradicional del sujeto, es decir, aquella que piensa al sujeto como un individuo que está completamente dotado de conciencia, como una entidad autónoma y estable, y como la fuente independiente y auténtica de la acción y el sentido. Concibe al sujeto como producto del discurso en dos diferentes sentidos: como sujetos que personifican las formas particulares de conocimiento que el discurso produce, y como lugares para el sujeto (posiciones subjetivas). Desde esta perspectiva el sujeto es producido "como un efecto" a través y dentro del discurso, en el interior de formaciones discursivas específicas e históricamente situadas.

Todos los individuos en un periodo determinado llegan a ser sujetos de un discurso particular y, por lo tanto, portadores de su poder-conocimiento, en ese mismo sentido expresa Merhy (2016) que el trabajo "produce" al hombre, podemos decir entonces que el cuidado que no discrimina a las mujeres y disidencias sexuales, produce al cuidador respetuoso de las mujeres y disidencias sexuales, con competencias para brindar cuidados que se adecuen a sus necesidades (Cárcamo et al, 2019).

Las acciones colectivas (prácticas y praxis) ya sean habituales o novedosas impactan en la conformación de la subjetividad colectiva e incorporan nuevos sentidos, o promueven nuevos códigos y hasta el resurgimiento de viejos códigos. La subjetividad colectiva articulada en un sujeto social debe inscribir elementos particulares que permita la acción colectiva. La disposición para la acción y la relación con el otro mediante lo que Gramsci (1975) llamó "voluntad colectiva": inscripción en el sujeto de la voluntad colectiva, supone incorporarle elementos de sentidos que pueden ser cognitivos, pero también emotivos y

éticos que añaden capacidad y disposición de acción al sujeto, es desde aquí donde se hace más consistente, la perspectiva de cuidado desde el bienestar, en tanto búsqueda de transformación de necesidades, en derechos. La importancia de acercarnos a la categoría de género, para comprender las disidencias sexuales, es fundamental para aplicarlo en el campo de los cuidados de enfermería. La sanción de las Leyes para erradicar la violencia de género y aceptar las diferencias como las del matrimonio igualitario n° 26618 o la identidad de género n° 26743 en la Argentina, produjeron un impacto positivo en la lucha por los derechos de las mujeres, en las condiciones y calidad de vida de las personas Trans y de las poblaciones LGTBI. Pero la violencia y muerte de mujeres aún persiste, tanto como, la discriminación a causa de la orientación sexual o identidad de género. Indagaciones realizadas por la Fundación Huésped (2014), en colaboración con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de la Argentina (ATTTA) revelan que, 6 de cada 10 personas viven algunas situaciones de discriminación social, lo cual indica que los cambios sociales serán más lentos y deberá trabajarse principalmente en la sensibilización.

Las violencias por razones de género no son hechos aislados. No son excepciones. Son respuestas a patrones culturales y sociales, históricos y políticos aprendidos. Responden a la estructura de un sistema jerárquico, patriarcal, que naturaliza las desigualdades y la ponderación de un género masculino por sobre las mujeres y las disidencias. Para Segato (2020):

> El mandato de masculinidad es un mandato de violencia, de dominación, el sujeto masculino tiene que construir su potencia y espectacularizarla a los ojos de los

> otros. O sea, la estructura de la masculinidad, la estructura de género, la estructura del patriarcado es análoga a la estructura machista. Son como el guante a la mano. El mandato de masculinidad le dice al hombre que espectacularice su potencia ante los niños, ante los compañeros, ante los primos, ante los hermanos, delante de los ojos del padre, en sociedad." Y sobre todo ante sometimiento de la mujer. (pág.1.)

Cuando utilizamos categorías como sexo, género, cuerpo, identidad y elecciones sexuales, es importante cuestionarnos las estructuras que reproducimos y preguntarnos, si aquello que consideramos natural de la vida humana en la salud y cuidados lo es realmente. Vale preguntarse ¿qué condicionamientos y prejuicios determinan aquello que reproducimos inconscientemente? ¿Cuáles son los discursos discriminatorios que, a través de la historia, han ejercido poder sobre los cuerpos y vidas humanas, imprimiéndoles un ordenamiento, que es expresado como lo normal o lo natural? Nuestra respuesta a la problemática del género, en acuerdo con todo lo expresado, la comprendemos desde el orden simbólico y no desde "la naturaleza". Esta simbolización se establece en el orden social –una serie de mandatos con los cuales se norma la vida social y un sinfín de circunstancias-. Entendemos que las personas generalmente se mueven según ideas estereotipadas que coartan su desarrollo pleno. La marcada diferencia en las tareas y la responsabilidad de las mismas, es decir los roles que cada uno asume, es naturalizado por la sociedad y difícilmente cuestionado.

Consideramos que los estereotipos machistas, se van instaurando en

las sociedades, estableciendo la creencia de que: los hombres son más fuertes que las mujeres; las mujeres son más tiernas, suaves y afectivas que los hombres; o supuestos trasmitidos como que los hombres por "naturaleza" necesitan más de una pareja y por lo tanto la infidelidad debería ser tolerada; las mujeres "por naturaleza" necesitan únicamente una pareja y la infidelidad por lo tanto no debería ser tolerada; los trabajos de los hombres son más importantes que los de las mujeres; las mujeres son propiedad de los hombres, por lo tanto, deben aceptar sus reglas; los verdaderos hombres solo son los heterosexuales. Para ello debemos considerar que, en las sociedades patriarcales, según estudios de David Gilmore (1994) existen 4 mandatos que los hombres deben cumplir para ser considerados" verdaderos hombres": ser proveedores: son hombres, jefes de familia, que mantienen económicamente a su grupo familiar. Debe ser un buen proveedor y como jefe de familia, ejercer su poder sobre el resto imponiendo sus reglas. Ser protectores: se le impone al hombre la función de proteger a los demás, principalmente a las mujeres, convirtiéndose en un modo de control sobre ellas, lo cual establece una relación de dependencia. Ser procreadores: existe un fuerte mandato social que determina qué ser padres y sobre todo de hijos varones, es lo que da un perfil concluyente de un verdadero varón, como así también la fantasía de que el hombre es sexualmente activo siempre, creencia que promueve sus botines amorosos. Ser autosuficientes: en todo aspecto de la vida, dicho mandato significa, realizar todo bajo sus propias reglas, no necesitar ayuda, no fiarse ni depender de otros (Huberman y Tufro 2012). Es conveniente resaltar que estos mandatos sociales, son aprendidos también por las mujeres, esperando que se cumplan, ejerciendo de esta manera el poder de hombres sobre las mujeres. Si no se cumple con estas exigencias, entonces los hombres entran en crisis respecto a su masculinidad e identidad

como hombres. El tener un sexo, femenino o masculino, no quiere decir que tenga determinados talentos o habilidades, ni tampoco que "naturalmente" pueda realizar mejor ciertas tareas o elegir determinadas profesiones o trabajos, comienza entonces un horizonte trascendente, dinámico, pedagógico, amoroso y laboral mucho más apasionante, desafiante y prometedor para todos los individuos. Es por eso, que, desde la promoción del buen vivir, desde una salud que incluye el bienestar bio -psico- social es que debemos repensar, ¿Qué es lo que quieren las personas? ¿Cuál es su proyecto de vida? ¿Qué es lo que los hace felices? Para alcanzar así, libertades, posibilidades de elecciones, y romper con prejuicios de épocas medievales, de tal forma que cada persona pueda vivir como realmente lo desee.

En una concepción ética y amplia del cuidado del otro (humano y no humano) en su valiosa diversidad, las divisiones tradicionales varón –mujer resultan insuficientes, volviendo a Butler no existe tal oposición, ya que lo opuesto de varón es no-varón, no mujer. Si volvemos a lo binario volvemos a lo masculino como el metro patrón para hablar de humanidad. Acto performativo, actuación, imagen No hay marca sexual originaria del ser ni ser marcado originariamente. La huella y el trazo de la diferencia sexual están impresos en la memoria. Entonces ni naturaleza ni referencia a hombres y mujeres para establecer la diferencia sexual. El transgénero desarticula la idea de identidad sexual, le da su aspecto no binario, reforzando la exclusión ya que desde muy pequeñas las personas trans, al reconocerse físicamente en otro cuerpo y al intentar encontrar el deseado, son rechazadas hasta de sus propios hogares, del ámbito escolar y de espacios laborales (Perez, 2016). La cuestión que nos lleva a hacer más trabajoso forzar la realidad a lo dicotómico, es ver la selva con sus múltiples capas de follaje y comprobar que la diversidad es posible, y que es

posible construir un mundo más vivible. La indeterminación de género, el género fluido etc. son formas de manifestar la ruptura e incomodan. ¿Dónde internamos a un sujeto sin género?, ¿qué pronombre usamos?, ahí lo inclasificable, fuerza y desborda lo aparentemente normal.

La necesidad de otro enfoque es fundamental, en relación a las condiciones de la mujer, hoy en día, en América Latina. Así están las cifras de femicidios en América Latina (American Post, 2019) recopila y emite datos alarmantes, donde México es el país con mayor cantidad de femicidios. Por otro lado, relevamientos realizados por el Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, se establece que entre el 20 de marzo 2020 -cuando entraron en vigencia las medidas de aislamiento frente a la pandemia de coronavirus- hasta el 31 de julio 2020, hubo 98 femicidios, trece más que en el mismo período del año anterior, cuando se produjeron 85, se difundió que en la Argentina, un total de 168 casos de femicidios se registraron entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2020 en el país, lo que implica un 15% más que en el 2019. Además, precisa que durante la etapa estudiada fueron asesinadas dos mujeres trans y se produjeron dos "suicidios feminicidas", categoría con la que se denominan los hechos en los que "las mujeres se quitan la vida como consecuencia de los abusos sistemáticos perpetrados por los hombres", los cuales aún hoy "siguen impunes" Brieger (2020). Las muertes de las mujeres por manos de sus parejas, compañeros de vida o sus exparejas, por ataques sexuales y violencia son realmente preocupantes, sin justicia de los asesinos. La violencia basada en el género constituye una de las vulneraciones de los Derechos Humanos Universales más graves de nuestra sociedad en la actualidad.

Las situaciones antes planteadas, insertas en este contexto de la pandemia de COVID 19, aumentan e intensifican la violencia y desigualdad ya

instalada previamente. Investigaciones brasileñas como la de Ferreira da Silva, A. et al (2020) afirman que la relación con los aspectos socioeconómicos, como la reducción de los salarios, el desempleo, la falta de recursos, la dependencia económica femenina, también el aumento del uso y abuso de substancias por los cónyuges y el aislamiento y la falta del soporte institucional y social a las mujeres, las condicionan a la escases de recursos para evitar y prevenir situaciones de violencia.

Lo preocupante de estos aprendizajes y mandatos masculinos de superioridad y dominio, es que están institucionalizados. Frente a esto, tanto la Constitución Nacional en particular, como las convenciones internacionales sobre los derechos de las mujeres constituyen obligaciones de igual jerarquía para el abordaje de aquellas desigualdades. Por lo tanto, y entendiendo como insuficiente la mera transmisión del marco normativo vigente, es que se militan herramientas fundamentales que permitirán visualizar las desigualdades estructurales, debatir sobre ellas, problematizar, reflexionar y, con ello, generar una práctica transformadora de la realidad.

Las Convenciones y Pactos Internacionales, repercuten en las políticas públicas de los países y en estos casos, se incorporan a la Constitución Nacional Argentina, esta ofrece un amplio marco legal para afrontar la problemática desde los Derechos Humanos y la perspectiva de género. Por lo tanto, el Estado está obligado a garantizar el ejercicio pleno de estos derechos, promoviendo y facilitando los mecanismos de acceso a la justicia y de su abordaje integral. En 1996, Argentina suscribe, mediante la promulgación de la Ley 24.632, su incorporación como país al convenio multilateral que tuvo lugar en Brasil, denominado Convención de Belem do Pará. Este tratado internacional reconoce a la violencia contra las mujeres como una violación a los Derechos Humanos y a

las libertades fundamentales y compromete a los Estados parte, a adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dichas violencias. Abordar desde el cuidado, las condiciones de las mujeres, género y diversidad con el enfoque de los derechos humanos, reflejan colectivamente la valoración del ser humano, además de intentar recuperar valores intrínsecos de justicia; previniendo situaciones caóticas como las tragedias humanitarias, y como protección y prevención ante el creciente aumento de asesinatos de mujeres. En la búsqueda de interpretar desde la categoría de género, se interpelan las condiciones de vida de las mujeres exponiendo a cuestionamientos el patriarcado y el respeto por la diversidad en las sociedades actuales. La creación de instituciones en relación con el sistema de planificación política, posiciona a la mujer en consejos de género, generacional, éticos, etc., pero no permiten asegurar la vigencia y ejercicio de los derechos, y son instancias diferenciadas de las entidades rectoras y ejecutoras. Sus facultades se constriñen a formular, observar, dar seguimiento y evaluar las distintas políticas públicas sin alcanzar sus propósitos de igualdad.

Los países de la región aumentan sus esfuerzos para erradicar la violencia contra la mujer; las activistas y movimientos de mujeres tienen presencia y protagonismo, se han logrado incorporar en el escenario de lo político-público diversas reivindicaciones de lucha para la transformación de relaciones de inequidad entre mujeres y hombres. A pesar de esto, no se logró incluir la propuesta y el reconocimiento del principio de despatriarcalización, como un pilar del proceso de transformación, de inclusión y desestructuración de las relaciones de poder que excluyen y oprimen a las mujeres (Gamarra, 2010). Desde el cuidado del Buen Vivir y Bienestar se propone reflexionar sobre el derecho y su función social, es un reto que implica no solamente contar con

"buenas leyes" o con" buenas resoluciones judiciales" para las mujeres; también se trata de buscar estrategias transformadoras que logren desplazar los modelos vigentes, sexuales, sociales, económicos y políticos. Los cuidados del Buen Vivir y Bienestar proponen, lograr una convivencia fundamentada en la aceptación de la otra persona como una legítima "otra". Se trata en definitiva de un cambio de paradigma, una nueva forma de vida, de creencias mantenidas por miles de años.

Desde el punto de vista histórico las diferencias entre los sexos y la desigualdad legal están estrechamente ligadas, ¿por qué? Porque la diferencia mutua entre hombres y mujeres se concibió como la diferencia de las mujeres con respecto a los hombres cuando los primeros tomaron el poder y se erigieron en el modelo de lo "humano". Desde entonces la diferencia sexual y de corporalidad ha significado desigualdad legal en perjuicio de las mujeres. Está empíricamente probado que la jerarquización se hizo y se hace a favor de los varones según su cuerpo (Facio y Fries, 2005). Las minorías sexuales no están reconocidas socialmente, son violentadas de múltiples formas, esta violencia incluye no exclusivamente a las percibidas como mujeres cis[2], incluye sexualidades variadas y grupos humanos considerados menos civilizados, migrantes, etnias, etc. Se hace necesario avanzar en materia de equidad de género desde la adopción del concepto del Buen Vivir, un ejemplo son las Constituciones de 2008 y 2009 en el Ecuador y en Bolivia que mencionamos antes. Estas constituciones promueven los derechos de las mujeres, explicitando en Bolivia, como valor la equidad de género, el respeto por la orientación sexual, promoviendo medidas para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género, para vivir bien. En Ecuador, indicando la atención prioritaria y especializada a las víctimas de violencia doméstica y sexual, el respeto por el derecho de las mujeres y niñas, la

[2] Cis: Cisgénero es un neologismo que define a los individuos cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual, diferenciándolos, por oposición, de los individuos transgénero.

aplicación de derechos colectivos sin discriminación y con condiciones de igualdad y equidad entre hombres y mujeres, y en esa misma dirección, la representación por partes iguales de mujeres y hombres en los cargos públicos.

Martínez, Martínez (2017) plantea una serie de consideraciones al analizar el feminismo en relación al buen vivir. Entiende que en cuanto a corrientes feministas, las que más se acercan al concepto del Buen Vivir son el feminismo comunitario[3] y el feminismo decolonial[4], que presenta como desafío establecer vínculos con otros enfoques feministas, que permitan la complementariedad armónica entre hombres y mujeres como reclama la lógica de género en el Chacha Warmi. Asimismo, se considera que Bolivia y Ecuador no son idénticas en la implementación de estrategias para articular el Buen Vivir con la lógica de género que aproxima el Chacha Warmi y y el respeto de las luchas feministas y de mujeres, ya que Bolivia apunta a la despatriarcalización-descolonización y, Ecuador promueve la equidad de género (Martínez, Martínez, 2017). No obstante, persiste en ambos casos, un cierto rechazo a los movimientos feministas. Es en respuesta a estas cuestiones que aún no han sido resueltas por el Buen Vivir que recurrimos a la categoría de Bienestar, es la que entendemos como complementaria del Buen Vivir, y en cuanto a cuidados, garantiza el respeto por las diferencias entre las personas. El respeto de sus necesidades y derechos (cuando las necesidades no alcanzaron aún la categoría de derechos), y de esa manera promover cuidados que tiendan a la búsqueda de la felicidad de las personas, familias y comunidades. Aceptamos que el concepto de Bienestar es antropocéntrico, y entendiendo que la articulación con el concepto de Buen Vivir, busca los cuidados que respeten por un lado las necesidades y derechos de los sujetos humanos, y por el otro, la relación de estos sujetos con la naturaleza toda. Dicho de otra manera: nos apoyamos en la categoría de Bienestar para desplegar

[3] El feminismo comunitario es una corriente del feminismo fundamentado en la construcción de comunidad. Nación, de la vertiente de la Comunidad Mujeres Creando Comunidad y el proceso de cambio llevado a cabo por el pueblo indígena boliviano. Se considera que Julieta Paredes es la fundadora del feminismo comunitario. Este movimiento feminista busca analizar y combatir la causa de los problemas sociales a través de la identificación del patriarcado como un sistema causante de opresiones, como violencias y las formas de dominación que existen.

[4] El feminismo descolonial, también referido como feminismo periférico, es una corriente del feminismo surgida en América Latina que da máxima importancia a la intersección de los conflictos de sexo/género, clase y raza, relacionándola con las instituciones y categorías culturales impuestas por el colonialismo y el neocolonialismo, que cuestiona el feminismo universalista eurocéntrico u occidental.

el reconocimiento y el cuidado, dirigido a los grupos menos favorecidos de nuestra sociedad, en este caso, a las mujeres y disidencias sexuales. Foucault y Kuhn, coinciden en afirmar que la episteme no la consideran como un progreso científico, como algo evolutivo para llegar a una verdad, no hay un camino hacia… lo que hay son rupturas, episteme y paradigmas distintos. ¿Serán estos nuevos paradigmas los que nos ayuden a vivir en igualdad de condiciones y oportunidades, más plenamente y en armonía con nuestro prójimo? Posiblemente lo sea cuando trascendamos el modo de producción capitalista, mientras tanto serán aspiraciones y anhelos poco fundados.

El coronavirus es un instrumento que parece efectivo para borrar, minimizar, ocultar o poner entre paréntesis otros problemas sociales y políticos que veníamos conceptualizando refiere Galindo (2020) y no se equivocó, pareciera que hubiesen descubierto una realidad que ya se fue de las manos. La idea de que podríamos convertirnos en personas que desean ver un mundo en el que la política de salud está igualmente comprometida con todas las vidas Butler (2020) no será posible en un mundo desigual con un mismo pensamiento patriarcal colonizado.

En este contexto, es necesario conocer y entender como profesionales de la salud esta situación, para ampliar las redes de apoyo hacia las mujeres que sufren violencia conyugal, destacando el uso de tecnologías digitales como herramientas para reconocer casos de violencia en tiempos de pandemia.

El cuidado de enfermería del Buen Vivir y Bienestar, por todo lo expresado, incluye prevenir y enfrentar estos fenómenos para reducir o mitigar las repercusiones que esta acarrean dentro de la vida de las familias, las mujeres y las disidencias sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Así están las cifras de feminicidios en América Latina. 2019 Observatorio Colombia. American Post. 2020. Recuperado el 24 de septiembre del 2020: https://latinamericanpost.com/es/29769-asi-estan-las-cifras-de-feminicidios-en-america-latina

Breilh, J (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Argentina. Lugar

Breilh, J.(1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. En Viveros Vigaya, M. y Garay Ariza, G. (comp.), Cuerpo, diferencias y desigualdades (pp130-141). Bogota, Colombia: Centro de Estudios Sociales

Butler, J.(1998). Actos performativos y construcción de género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Recuperado el 21 de enero de 2021 en https://www.jstor.org/stable/426253817

Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. Sopa de Wuhan. Recuperado 20 de diciembre del 2020: https://www.elextremosur.com/files/content/23/23684/sopa-de-wuhan.pdf

Brieger, P. 2020. En 2020 ya hubo 168 femicidios, un 15% más que el año pasado. Nodal noticias de américa latina y el caribe. Recuperado 29 de noviembre de: https://www.infonews.com/femicidios/en-2020-ya-hubo-168-un-15-mas-que-el-ano-pasado-n339382

Cárcamo S.N. et al. (2019) Teoría de cuidados del Buen Vivir y el Bienestar. Informe final de investigación. Remedios de Escalada, Buenos Aires. Argentina: Secretaria de Ciencia e Investigación UNLa.

Cardoso-Ruiz, R, P. Gives-Fernández, L, C. Lecuona-Miranda, R. N. Gómez, R.

2016. Elementos para el debate e interpretación del Buen vivir/Sumak kawsay. Universidad Autónoma del Estado de México. Coatepec, núm. 31. México. Recuperado abril del 2020: https://www.redalyc.org/jatsRepo/281/28150017005/html/index.html

Constitución de la República del Ecuador (2008). Recuperado el 22 de enero de 2021 en https://www.uteq.edu.ec/lotaip/lotaip/pdf/2014/constitucion2008.pdf

Constitución Política del Estado. Estado Plurinacional de Bolivia (2009) recuperado el 22 de enero de 2021 en http://www.transparencia.gob.bo/data/marco_legal/leyes/CONSTITUCION%20POLITICA%20DEL%20ESTADO.pdf

Descola, Philippe. 1986. La selva culta: Simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar, Lima, Institut français d'études andines. 19: 415 Consultado el 24 de septiembre del 2020. http://books.openedition.org/ifea/1600 .

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Recuperado el 21 de enero de 2021 en https://www.scielosp.org/article/scol/2006.v2n1/9-20/es/

Esteban, Mari Luz. (2006) "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". Salud Colectiva. (1): 9-20.

Esterman, J. (2006). Filosofía intercultural. La Paz, Bolivia: ISEAT .

Facio Alda, Fries Lorena. (2005). Feminismo, género y patriarcado. Buenos Aires: Academia. Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires.

Federici, S. (2004). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid, España: Traficantes de sueños

Ferreira da Silva, A. Matheus Estrela, F. Fernandes Soares e Soares, C. Fernandes de Magalhães , J. R. Silva Lima, N. Cedraz Morais, A. Pereira Gomes,

N. Azevedo Lima, V. L. 2020. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. DOI: 10.1590/1413-81232020259.16132020. Salvador de Bahía. Brasil. recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3475.pdf

Fundación Huésped. 2014. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en argentina. Recuperado de: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/OSI-informe-FINAL.pdf

Galindo, M (2020). Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir. Sopa de Wuhan. Recuperado 12 de diciembre: https://www.elextremosur.com/files/content/23/23684/sopa-de-wuhan.pdf

Gamarra, K. U. (2010). Desafíos de la despatriarcalización en el proceso político boliviano. T'inkazos, número 28, 2010, pp. 33-49, ISSN 1990-7451. Bolivia.

Gilmore,D. (1994). Hacerse hombre. Concepciones Culturales de la masculinidad. España: Paidós

Gramsci, A. (1975). Quaderni del carcere. Turín, Italia. Einaudi

Hendel Liliana. (2017). Violencia de género. Las mentiras del patriarcado. CABA, Buenos Aires. Argentina. Paidós.

Hidalgo-Capitán, Antonio. (2012). El Buen vivir. La (re)creación del pensamiento del PYDLOS, Ediciones, 148 pp. Universidad de Cuenca. Ecuador.

Huanacuni Mamani, F (2010). Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima, Perú: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas – CAOI

Huberman, H; Tufro L. (2012). Masculinidades plurales. Reflexionar en clave de

géneros. Buenos Aires. Argentina PNUD. TRAMA.

León M.T.(2008). Después del "desarrollo" "el buen vivir" y las perspectivas feministas para otro modelo de América Latina. En Umbrales (número 18), pp 35-44

Lerner, Gerda. (1990). La creación del patriarcado.cap. I. Los orígenes. pp37. Buenos Aires. Argentina. Editorial Sudestada.

Ley 24.632. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer - "Convención de Belem do Pará". Senado y Cámara de Diputados Argentina. 1 de abril de 1996. Recurperado 13 de noviembre del 2020: https://oig.cepal.org/sites/default/files/1996_arg_ley24632.pdf

Ley Nº 26.743. Identidad de género. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2012.

Ley 26.618 - Ley de Matrimonio Igualitario MATRIMONIO CIVIL - Código Civil. Modificación. Sancionada: Julio 15 de 2010 Promulgada: Julio 21 de 2010 El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina

Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso. Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.

Martínez, Martínez, S. (2018). Entre el Buen Vivir y el feminismo: avances, desafíos y encrucijadas. Recuperado el 27 de enero de 2021 en https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2018000300806&script=sci_arttext&tlng=es

Pérez, Martin. (2016). El colectivo transexual, feminizaciones caseras, relaciones con el sistema de salud y percepciones derivadas de la ley de género. Villa el Libertador. Córdoba. Argentina. Crear en salud. Revista de enfermería. 1852-7930. N°9. pp 39-53. Córdoba. Argentina.

Rama, A. (2004). Transculturación narrativa en América Latina. Mexico: Siglo XXI

Segato, R. (2016). La guerra contra las mujeres. Traficantes de sueños. Recuperado el 21de enero de 2021 en http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/148

Segato, Rita. (2018). Ciclo Mujeres que mueven el mundo entrevista a Rita Segato. 13 de abril del 2018. Secretaría de Extensión. UNC. recuperado 8 de noviembre: https://www.youtube.com/watch?v=jEBPxDRuS7U

Segato, R. (2020). Rita Segato: «Se prueban a sí mismos que son hombres a través de la violencia». Agencia de Noticias Redacción. Recuperado de: https://www.anred.org/2020/01/22/rita-segato-se-prueban-a-si-mismos-que-son-hombres-a-traves-de-la-violencia/

Torres Solis, M. (2019) Buen vivir y vivir bien: alternativas al desarrollo de Latinoamérica. Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos (número 69)

Vizcaino, F. (1998). El nacionalismo y la nueva relación del Estado y la sociedad con los pueblos indígenas. México: Revista Mexicana de Sociología, (60 N° 1), pp169-182

LA MATERNIDAD: UN CAMINO A LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO

Stella Maris Sosa - Zully Camandulli - Mónica Schanz

La maternidad, desde los inicios de la vida, ha sido entendida como un elemento fundamental en la esencia femenina, relacionando la palabra mujer, con el hecho de ser madre. La reproducción humana efectivamente es un hecho biológico que se produce en el cuerpo de la mujer, pero en tanto se produce la generación de un nuevo ser humano, deja de ser puramente biológico para ser multidimensional. Las condiciones sociales, económicas y políticas de la reproducción de la vida social configuran la función materna, estableciendo que además de la concepción, gestación, parto y lactancia, se ocupen de la crianza de los niños.

La maternidad no es un hecho natural, es una construcción cultural determinada por una multiplicidad de factores, definida y organizada por la sociedad en una época histórica específica, por lo tanto, es un constructo que ha evolucionado en el tiempo bajo las influencias de las creencias y significados, influidos, por factores culturales y sociales.

El movimiento feminista surgido entre la década del 60 y 70 del siglo XX, tuvo como finalidad lograr la igualdad con el hombre y la autonomía de la mujer, ya que, por causa del rol vinculado a la maternidad y la crianza de sus hijos, veía dificultado su acceso al trabajo y una vez obtenido, en su gran mayoría, solo lograba posiciones inferiores. Este movimiento durante su historia, ha generado diversos modos de ver la maternidad: en un primer momento, lo mencionado, construyendo el rechazo a la identificación de la mujer con la etapa de maternidad y crianza; desvinculándola en la afirmación de su existencia como mujer. En un segundo momento, la transvaloración de la maternidad, como fuente de placer, conocimiento y poder específico de la mujer (Everingham, 1997).

Ahora bien, hace un poco más de una década, en diversas regiones de Latinoamérica, han surgido conceptualizaciones de teóricos/as indígenas en

torno al "Buen vivir" que se basan en epistemologías propias de la región andina que están siendo reivindicadas por las mujeres indígenas para cuestionar entre otras cosas la violencia de género y la del Estado (Hernández Castillo, 2017).

Recuperar algunos de sus principios para pensar a la maternidad será el propósito de las autoras, y, lo será también para esclarecer algunas cuestiones en relación a este pensamiento. El Buen vivir es un modelo político, social, cultural y económico de Latinoamérica, cuya principal característica es la diversidad, y esto significa:

> … reconocer la historia y la cosmovisión del otro, reconocer la historia del otro desde el respeto mutuo, luchar por los mismos derechos, por la vida desde la diversidad en igualdad de condiciones, que es parte del Sumak Kawsay. También permite hermanarnos aun siendo de diferentes pueblos… Para alcanzar el Sumak Kawsay desde la diversidad debemos trazar políticas con iguales oportunidades a partir de lo diverso (Chancosa, 2010, pág.8)

El Buen Vivir no es un sinonimo de una cultura indígena especifica ni defiende un regreso al pasado andino precolonial, el Buen Vivir, desde sus ideas iniciales se encuentra determinado por contextos culturales, historicos y ecologicos particulares, cuyas concepciones no son idénticas entre regiones, presentan diferentes tendencias y énfasis, así como también enfrentan distintas resistencias y criticas.

Deberíamos pensar en promover desde el campo de salud en el área materno infantil, el respeto a la diversidad y esto se encuentra en la posibilidad

de la mujer en tomar las decisiones de sus acciones, entre las cuales ser madre o no serlo es una de ellas, como así también aquellas que han decidido ser madres, bien con su pareja mujer o bien solas. A partir del respeto a estas decisiones, es necesario promover, que este proceso sea placentero y para ello contribuyen los cuidados basados en los principios de cooperacion, relacionalidad, complementariedad, reciprocidad y solidaridad (Leon, 2012). Estos principios surgen del concepto andino Yanantin, que es la categoría que expresa todo aquello que va en parejas, sea hembra o macho o del mismo género (dos machos o dos hembras):

- Relacionalidad: entendida como la vinculación con el otro.

- Complementariedad: lo impar es lo incompleto y débil, por ello necesita de su otro par, para fortalecerse, así sea opuesto o semejante.

- Reciprocidad: los elementos que se encuentran (tinkuy)deben dar y recibir, entre ellos circulan fuerzas y sentimientos, nadie acapara el esfuerzo, porque su realización es compartir.

- Cooperación: entre otras cosas, destacamos la ayuda mutua para mejorar el rendimiento y disminuir el cansancio.

Entonces, el cuidado del Buen Vivir y Bienestar comprende que el ser humano está en función de las otras y otros, como así también con cada rincón de la naturaleza, vivimos en comunidad y la maternidad es parte de ella. Para el cuidado, desde esta cosmovisión, el maternar va más allá del sexo biológico, es compartido con los seres con los cuales se convive en el espacio y tiempo, en el aquí y ahora y en convivencia armónica con la naturaleza y con aquellos que los rodean.

Los elementos madre-hijo son parte del microsistema llamado familia y estos a su vez pertenecen al macrosistema comunitario, en un marco de

interculturalidad, convivencia recíproca y equilibrio, armónico, dinámico e inclusivo. Si comprendemos que una de las funciones de ese microsistema, es la crianza del niño, necesariamente debe estar interralacionadas con el tiempo y el espacio, o sea con el aquí y ahora; con lo social, comprendiendo a la familia y otros apoyos sociales comunitarios; y con lo ecológico, entendiendo a la lactancia materna como parte de ella.

Profundizando estos conceptos podemos decir que el cuidado desde el punto de vista del buen vivir y bienestar presenta distintos enfoques, el que plantea el Buen Vivir biocentrista que pone el énfasis en la vida humana y no-humana, la primera busca las potencialidades del talento de las personas integrantes del grupo familiar, el énfasis en el cuidado mutuo entre las personas, individuales y con el medio ambiente. Desde la perspectiva de género aparece una intersección entre Buen Vivir y Bienestar, incluye la igualdad de derechos y deberes entre los y las humanos/as, rompiendo los paradigmas dominantes. En este sentido ambos son sujetos que aportan para crear condiciones de vida favorables en la crianza del niño, sin la brecha existente entre el hombre y la mujer.

Centrándonos particularmente en la perspectiva del Buen Vivir y vinculándola a las ideas de maternidad y crianza Vandenbulcke (2017) afirma que esta construcción lleva un largo proceso que tiene algunos principios, que se deben considerar rectores para recobrar la idea de una maternidad segura y una crianza del niño compartida:

a) Priorizar la vida;

b) Vivir en equilibrio y armonía con la naturaleza, con el fomento de la lactancia materna;

c) Fomentar la interculturalidad, edificando una convivencia solidaria, fraterna y en complementariedad. No hay superiores o inferiores. No hay felicidad personal sin que haya felicidad comunitaria;

d) Promover la igualdad, la equidad, la justicia, la integración y la cohesión social como pauta de convivencia armónica;

e) Garantizar los derechos universales a todas las personas y a la Madre Tierra;

f) Conocer, respetar y valorar las diversas espiritualidades y corrientes de pensamiento que se enfocan en la construcción de un mundo solidario y armónico;

g) Valorar el desarrollo del talento humano, sus capacidades y potencialidades;

h) Promover y practicar la educación descolonizada, liberadora y participativa;

i) Defender el derecho a la comunicación como uno de los derechos humanos fundamentales, y fomentar la pluralidad de voces y la participación ciudadana. (p. 44).

Haciendo especial hincapié en la idea de educación descolonizada antes propuesta, es pertinente seguir a Anibal Quijano (citado por Estermann, 2014, párr. 13), un gran intelectual latinoamericano que propone "la descolonizacón del pensamiento", esto supone una manera de pensar distinta, pensarnos nosotros mismos, no como nos han pensado otros y nos han hecho pensar a nosotros mismos.

Pensando en la maternidad desde la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar, y diferenciándonos del modelo hegemónico actual de nuestra sociedad, donde la tensión recae sólo en la mujer, se pretende inspirar

propuestas alternativas basadas en la equidad, la solidaridad, la integralidad y el respeto a la diversidad de formas de ser (Jara, 2016). Para alcanzar estos principios, es menester apoyarse en las ideas del Estado de Bienestar, que en este caso incluye el acompañamiento del Estado a través de políticas públicas y con acceso universal de todos los sectores sociales de la población. Un buen ejemplo son las consideraciones que figuran en el Plan Nacional del Buen Vivir ecuatoriano, tales como la ampliación del período de lactancia materna, aumento de la cobertura del parto institucional, con la búsqueda de la reducción de la mortalidad materna y del embarazo adolescente.

En síntesis, hoy podemos plantearnos, que la responsabilidad de la maternidad es compartida en los cuidados y la crianza de los niños y niñas. Desde esta perspectiva es que analizamos que lo fundamental está en el diálogo y acordar las funciones a desempeñar, para concertar un ambiente feliz y estable a nivel familiar.

Desde la revolución industrial en el siglo XIX se introdujo, en forma gradual en el proceso de parto, procedimientos mecánicos, tecnológicos y medicamentos, generando una cultura del nacimiento estandarizada, homogénea, tecnologizada, supeditada a protocolos clínicos e institucionales. Estas intervenciones, en muchos casos descontrolada, trajeron como consecuencia el sometimiento de las mujeres a malos tratos y abusos, afectando la salud mental y física de las mismas (Jiménez Hernández & Peña Jaramillo, 2018).

A favor de la medicalización del proceso reproductivo a través de la institucionalización del parto, podemos decir que hizo que disminuyeran las muertes maternas, pero a consecuencia de ello, también el parto dejó de ser un hecho familiar. A medida que el proceso reproductivo iba incrementando su

institucionalización, lo patológico fue tomando fuerzas y transformando a éste en un hecho individual de la mujer. Tubert (1991) afirma que la esencia del poder médico predominante en nuestro entorno se basa precisamente en abordar el cuerpo humano como un conjunto de piezas separadas y separables. Con ello se configuran unos órganos sin cuerpo sobre los que las ciencias biologicas pretenden de algun modo rehuir la muerte ya que esta es conjurada fuera del contexto corporal individual. La autora expresa que "a traves de la fragmentación del cuerpo, éste desaparece como referente" y se convierte en una especie de fabrica de organos separables, mensurables y sustituibles. La intercambiabilidad de los organos se basa en la idea de la continuidad de una función vital sin referencia a la unidad corporal. Según esta lógica "el utero de una mujer es equivalente al de otra (ya sea alquilado, prestado o donado); igualmente, el utero de una puede ser equivalente a la cavidad abdominal de otro, renegando la diferencia de los sexos" (p. 255-256). No cabe la menor duda que la reproducción es biológica ya que se localiza en el cuerpo de la mujer, pero en cuanto se trata de la generación de un nuevo ser deja de ser biológico para abarcar otras dimensiones como la social, cultural e histórica, desarrollándose éstas en entornos diversos y cambiantes (Nakano, 1994, citado por Royo Prieto, 2011).

Ante esta situación, en la Argentina, el año 2004 se promulga la Ley 25929 de "Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento", conocida como "ley de parto respetado/humanizado", y que es reglamentada recién en el 2015. Humanizar la asistencia al parto implica cambiar la forma de pensar el parto de parte no sólo de los profesionales de la medicina, sino también de los profesionales de enfermería y todo el resto del equipo de salud.

Una pregunta que nos hacemos es ¿qué significa humanizar el parto y qué significa *ser humano?* Morín (1999) expresa que el ser humano es un ser

plenamente biológico y plenamente cultural, la cultura acumula en sí lo que se conserva, transmite, aprende por lo que es imposible separarla de ella. Por otro lado, el mismo autor explica "que no hay cultura, sin cerebro humano y no hay mente - capacidad de conciencia y pensamiento - sin cultura" (p.53). Los individuos son el producto del proceso reproductor de la especie humana, pero este mismo proceso debe ser producido por dos individuos. Las interacciones entre individuos producen sociedades y éstas certifican el surgimiento de la cultura. El desarrollo humano, significa desarrollo "conjunto de autonomías individuales, de participaciones comunitarias y del sentido de pertenencia con la especie humana" (p. 54).

Desde este punto de vista, para considerar al parto "humanizado", la cultura no puede estar por fuera de la persona, un ejemplo es el uso de la posición en cuclilla de algunas culturas, posición natural que aprovecha el impulso de gravedad para que él bebe se desplace por el canal de parto, ayuda a estirar el perineo y se evita el desgarro en el momento de dar a luz, además colabora a que el feto se encaje en la pelvis. Si el desarrollo humano es el conjunto de autonomías individuales, decidir cómo parir debe ser decisión de la mujer y además de decidir con quién estar acompañada.

Actualmente un gran porcentaje de personas gestantes reclaman una atención personalizada y que ese momento sea único e irrepetible. De eso se trata el parto humanizado, consiste en que la persona gestante pueda personalizar y sentir el parto como suyo. Al decir parto humanizado o respetado se expresa un posicionamiento ideológico-asistencial que recupera el sentido ético de la asistencia durante el embarazo, el parto y el nacimiento humanos. Constituyen un enfoque distinto y opuesto al modelo asistencial medicalizado, cuyas prácticas e intervenciones son protocolizadas y en donde la biología prima

ante todo el resto de las dimensiones del ser humano. En este tipo de parto, la persona gestante es protagonista y los/as profesionales de la salud toman en cuenta sus deseos, y éstos/as realizarán intervenciones sólo cuando sean estrictamente necesarias y con el pleno consentimiento de la persona. El parto, debe ser un evento de gran importancia en la vida de una mujer, es un asunto intimo que concierne sobre todo a la familia del recién nacido.

El momento del parto debe ser un espacio familiar donde la parturienta, su bebe, junto al familiar (pareja, o cualquier persona que desee) sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible y donde no se realicen intervenciones quirúrgicas. Tener en cuenta que la autonomía, implica poder optar por el lugar donde se producirá su parto: hospital, sanatorio o su propia casa, como así también la posición de parir y la persona que acompañará el proceso.

Los seres humanos somos mamíferos, y por lo tanto el parto es dirigido por nuestro cerebro mamífero primitivo, siendo éste ante todo un acontecimiento emocional e instintivo y no tenerlo en cuenta hace que la asistencia recibida sea inhibitoria y contraproducente. En todas las especies mamíferas la parturienta necesita una atmo sfera de intimidad y recogimiento, de seguridad física y emocional, que le permita entrar en el estado de consciencia especial propio del parto.

En las instituciones de salud esa atmósfera se suele perder, a la mujer se le impone –no siempre de buenos modos- desde la postura y la forma de respirar hasta el ritmo en que debe dilatar. Alli donde hay autoridad, no hay intimidad. La mujer en posición horizontal, deja de ser protagonista y se convierte en un "objeto" de la actividad de otras personas que deciden todo por ella, entre las que se encuentra la rapidez con la que debe dilatar y el corte del órgano sexual

(Fernández de León, 2003). Al respecto Wagner (2000) expresa que la episiotomi a no justificada (por encima del 10-20% son injustificadas) es una autentica mutilacion sexual. La intervención técnica comienza no para mejorar lo que hay, sino para sustituir, un ejemplo es el uso de oxcitocina sintética para sustituir la natural, la capacidad de dilatarse por la episiotomía, todo esto implica suplantar la fisiología de la parturienta por las técnicas médicas, entre otras.

Por todo lo antes mencionado es que se trata de vivir el parto con todos su matices, en que la madre sea controladora de su parto, que viva ese momento plenamente y para que ello suceda, la mujer debe deambular durante la dilatación si la bolsa está íntegra, no debe romperse la bolsa artificialmente, permitir los pujos naturales, adoptar diferentes posiciones para dar a luz: en cuclillas, sentada, de pie (con el apoyo de los presentes o una columna de madera), agarrada al lateral de la cama (si se da a luz a solas). Con esta perspectiva, la propuesta es que la pareja esté presente en todo el momento del parto, tomando a la parturienta de la cintura; la/el obstetra u obstétrica/o esperan sentadas para recibir al bebe . De esta manera. el paritorio será un lugar sagrado donde el placer y el dolor se unen para dar la bienvenida a la nueva vida, y comprender que es necesario paciencia y pasividad antes que la impaciencia y el intervencionismo innecesario (Saz Peiró, Tejera Lainez, & Ortiz Lucas, 2008).

LA MATERNIDAD Y EL TRABAJO DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

La pandemia a la que nos enfrentamos en este 2020, han evidenciado las grandes desigualdades existentes en torno a la mujer y especialmente a aquellas trabajadoras madres que para muchos tienen el "privilegio" del home office. Esto implica para ellas una sobreexigencia al tener que trabajar y en

forma concomitante ocuparse de todo y todos/as.

Las exigencias del trabajo son las mismas, deben realizar llamadas, enviar correos, mientras juegan con sus niños/as, asean la casa y por sobre todo el mandato cultural indica que deben estar felices de hacerlo. Todo eso aumenta la presion ejercida sobre el trabajo remunerado y no remunerado realizado en los hogares, muchas veces desvalorizado y altamente feminizado.

Coincidiendo con Aspiazu (2013) quien señala que las mujeres viven una serie de injusticias por el hecho de ser mujeres, derivadas del modo como esta distribuido el trabajo remunerado y no remunerado al interior de la familia tradicional, dando lugar a que el mayor volumen del trabajo no remunerado que sostienen las mujeres se centre en el cuidado de los/as menores.

Al escribir estas líneas también hemos considerado que muchas mujeres hoy en día, eligen la maternidad a una edad más avanzada, la mayoría de las futuras mamas opta por trabajar durante gran parte de la gestación, ya que están insertas laboralmente. Esto significa, que no pocas mujeres, tienen proyectos contraculturales en relación al embarazo, el parto y la crianza, ya que, entre otras cuestiones, se reflexiona cuidadosamente sobre la seguridad laboral. Acá es donde se observa una fuerte influencia del trabajo sobre el embarazo y la maternidad. (Stooppard, 2000)

La mujer que trabaja así, tiene las siguientes características ventajosas:

- Mayor independencia.

- Beneficios económicos, posibilidad de elevar el nivel de vida de la familia.

- Realización profesional, posibilidad de aplicar la educación y capacitación recibida.

- Interacción más intensa con el hijo, cuando está en el hogar.
- Mayor respuesta a la necesidad intelectual de trabajar.
- Necesidad de conservar una buena posición.

A su vez, aparecen algunas desventajas:

- Sentimiento de culpa, al pensar que está descuidando el/la hijo/a
- Aislamiento en relación con la comunidad
- Cansancio
- Gran tensión debido a la doble responsabilidad,
- Preocupación por encontrar y conservar buena atención para los hijos.

El hecho de maternar en pandemia, ser madre, esforzarse por mantener el equilibrio del trabajo y la familia nos hace cambiar de una manera que nunca antes había sucedido. En lugar de aprender de libros, comenzamos a aprender por experiencia lo que quieren decir las feministas con la frase "lo personal es político", comprendiendo que no existe eso que se llama "madre a media jornada". Una vez que una mujer tiene un/a hijo/a, ese/a niño/a forma parte de ella las 24 hs del día, de una manera que nadie puede comprender hasta que le ocurre (Northrup, 1999).

PARIR EN PANDEMIA, UN RELATO DE LA VIDA REAL

¿Por dónde empezar? ¡El día anterior!

…Me encuentro de 37.2 semanas de gestación voy al turno para control obstétrico, me encuentran todo fantástico. Comento que comencé con algunas contracciones aisladas sin dolor, me sugiere que vaya a ver a la partera así me realiza un monitoreo de control y que nos veríamos la próxima semana.

Respondo, nos vemos en estos días, ya quiero "parir", atravesada por el deseo, la ansiedad y el miedo de lo que se estaba viviendo, miedo de estar gestando en pandemia, terror del famoso pico, de que el obstetra se contagie de COVID19 y no poder contar con su compañía en ese momento tan soñado, sabiendo además que todos sus colegas se encontraban aislados. Sentía la incertidumbre de cómo iba a pasar el proceso de parir en pandemia, sin mis seres queridos acompañándome en un momento de felicidad y de no poder compartir esa hermosa alegría.

Hay situaciones que no podemos cambiar, hay que atravesarlas, buscar adaptarnos activa y saludablemente, como en este momento que me tocó vivir, como a tantas otras embarazadas en el año 2020/21. Vivir un embarazo y parir en época de Coronavirus fue una experiencia muy diferente a otras en mi vida.

Continuo, me voy a ver a la partera, nos conocemos en este primer encuentro donde me realiza el monitoreo (primero y ultimo), le comento lo de las contracciones sin dolor, me realiza tacto vaginal y me dice: estas con 4 cm de dilatación… Yo feliz, dije si, queda poco, era muy grande la ansiedad por transitar este momento. Ella me dice bueno, nos vemos en estos días, contrólate las contracciones y vamos hablando. ¡Genial nos vemos mañana!, le digo Me encuentro ya en estado de felicidad, sabiendo que faltaba muy poco, vuelvo a mi casa… me baño, reviso el bolso si estaba todo ok, el bolso de mi hija de 6 años, ya teníamos todo planificado, se quedaba los días de internación en la casa de la abuela. Todos/as preparados/as y organizados/as. Me acuesto a descansar, continuaba con las contracciones, indoloras e irregulares. Siempre acompañada por mi marido (Javier), ya casi 11 de la noche, logro dormirme…

Alrededor de las 3 de la madrugada, me despierto, las contracciones ya más rítmicas y algunas más intensas, controlamos con mi marido, ya estaban

presentes cada 5 minutos. Decido levantarme, bañarme nuevamente, mientras Javier despierta y prepara a Guada (la hermana mayor, en breve) 4.15 hs. me comunico con la partera y coordinamos encontrarnos en la clínica 5:30 hs.

Me tomo un té y salimos para la casa de la abuela, Guada feliz porque faltaba menos para conocer a su hermanita, y más feliz por quedarse a dormir en la casa de la abuela, después de haber estado tanto tiempo sin vernos para cuidarnos y cuidarlo/a. Era la nueva vida y convivencia con la pandemia. 5:30 hs estábamos en la clínica, mi marido y yo. Nos encontramos con la partera, me controla, me realiza tacto nuevamente y estoy con 6 cm de dilatación. Javier tramita la internación y ya me llevan a la habitación. Me realizo el baño pre quirúrgico y me cambio. Las contracciones seguían cada minuto sin ceder, llega la enfermera me coloca una venoclisis (suero) con medicación (Oxitocina) a goteo muy lento… vuelvo a estar acompañada por mi marido y la partera.

Llega el momento donde la partera me rompe bolsa y comienzan las contracciones más intensas y con dolor, nuevamente tacto vaginal y me encuentro con 8 cm de dilatación, mi cara de felicidad, aunque no se podía ver por completo ya que tenía barbijo permanentemente. Entra el obstetra (Marcelo), hola Stellita, estas genial… tenías razón que nos íbamos a ver muy pronto. Pregunta cómo me siento, siempre muy empático y con una calidad humana inigualable. Nos vemos en la sala de parto. Llaman al camillero, ya me encontraba con 9 cm de dilatación, comenzaron los temblores en las piernas…. Llego a la sala de partos, me encuentro con otra enfermera, no empática, ni se presenta. Yo con contracciones muy intensas y solas ella y yo. Esperando al obstetra y a mi marido que se estaba cambiando para poder ingresar a la sala.

Busco la posición en cada contracción para sentirme lo más cómoda posible, intentando respirar en cada contracción con el incómodo barbijo.

Recuerdo que llega la partera y me dice practiquemos los pujos, yo sentía que ya estaba muy cansada y que en cada contracción deseaba pujar por naturaleza, sentía la necesidad de hacer lo que mi cuerpo me pedía y lo que sentía. Llega Marcelo (el obstetra) me dice, falta menos ya estás ahí… unos pujos más y ya conoces a tu bebe.

Realizo un pujo en el que me dice, este tiene que durar 10 segundos, pongo toda mi energía en ese pujo comienzo a sentir muchísimo calor, sed extrema y no puedo tolerar el barbijo, es el momento donde me lo saco. Todo el equipo de salud con protección, barbijo y máscara. Se acerca la enfermera y me dice: el barbijo…. Con muy poco tacto. En cuestión de segundos vuelve otra contracción y otro pujo donde Marcelo me dice, inclínate para adelante y la ves… ahí venia 8:50 am nacía Martina, lloraba, la pusieron en mi pecho, el minuto de oro, nos miramos y la felicidad, el amor que no se puede explicar en ese momento. La partera sacándonos fotos, no me importaba nada, en ese momento me olvide del COVID19 y todos los miedos, estaba feliz.

Respetaron el tiempo en el pecho y luego cortaron el cordón, ahí la llevaron acompañada de Javier, para medirla, pesarla y cambiarla. Yo me quedo en la sala de parto para realizar el alumbramiento (la placenta). Todo salió bien, como lo deseábamos y lo había imaginado. Nos reencontramos en la habitación, donde estaba Martina con su papá. Al segundo que me ponen en la cama la agarro en mis brazos y rápidamente al pecho y se prendió fantástico, increíblemente, sintiendo esa conexión única., primer momento que me conoce sin barbijo y la cara completa de su mamá, ya que estábamos solas en la habitación. Desde ahí siempre juntas.

Agradecida de haber contado con el obstetra Marcelo, gran acompañante en el embarazo en pandemia y siempre trasmitiendo calidad

humana, sin él no hubiera sido todo tan cálido. La partera Lucia, acompañando cada minuto desde que llegamos a la clínica y sin dudas a Javier mi marido que estuvo ahí con las palabras necesarias en cada contracción y en cada momento vivido.

Si tengo una mirada crítica desde la cama del sujeto de cuidado y observando el contexto y al equipo de salud interdisciplinario, debo reconocer que se cumplen las críticas al parto institucionalizado: 1) una enfermera me coloca una venoclisis (suero) con Oxitocina; 2) la partera me rompe bolsa; 3) en la sala de partos me encuentro con otra enfermera, no empática, que no se presenta; 4) la partera me dice que practiquemos los pujos cuando deseaba pujar por naturaleza; 5) el médico me pide que el pujo tiene que durar 10 segundos; 6) la enfermera interviene para obligarme a colocar el barbijo con tono poco amable. Las situaciones antes enunciadas son superadas y aceptadas, aunque no comprende lo que se entiende como parto humanizado, cuando son acompañadas de buen trato; en el caso de la enfermera en la sala de parto no sucede lo mismo. Aquí es donde no se ve reflejada la tarea de cuidar y dar sentido al acontecimiento, poniéndose en evidencia solo la aplicación de una técnica y no el cuidado de enfermería como la acción humana de profesionales de enfermería que promueve la vida de las personas desde la comprensión de esa vida con su totalidad donde se incluye el conflicto, los miedos, la ansiedad, en un contexto social e histórico. Alejado así de un cuidado de enfermería dirigido al buen vivir y bienestar, en todo caso, de un cuidado humanizado. La enfermera solo sostenía y preservaba el uso del protocolo, centrada en la técnica, es necesario volver sobre lo que la Teoria de Cuidados del Buen Vivir y Bienestar propone "El cuidado pone siempre en relación dos o más personas en posiciones diferentes y complementarias, además de interdependientes porque ambos deben cumplir

determinados objetivos y es posible cuando se reconoce la vulnerabilidad, propia y ajena. Esto implica reciprocidad, la cual toma diversos modos e intensidad a lo largo de la vida de cada persona".

Cabe preguntarse aquí, ¿cuáles eran los objetivos que se planteaba la enfermera, en este caso, para el cuidado?, ¿Por qué eran tan diferentes las características de los cuidados brindados por una parte del equipo y la enfermera?, y en este sentido es pertinente recuperar lo que el Grupo de Modelos y Teorías plantea (2019)…otro aspecto del reconocimiento de las prácticas sociales de enfermería, aquí y ahora, … es a partir de reconocer que la singularidad de las personas se forma en y por las relaciones sociales.

En ese sentido, la realidad tiene un componente constitutivo que incluye a las personas de manera integral, y esto quiere decir, su existencia material junto a su mundo interno; sus acciones, comportamientos externos, van siempre acompañados de sus referentes ideológicos internos, los estados psicológicos que se actualizan son expresión del sujeto como totalidad y condicionan su comportamiento.

La realidad social que sirve de contexto a la actuación de las personas, constituida fundamentalmente por el mundo de las cosas, el mundo de las personas y el de las relaciones más diversas entre todos ellos, por contar con la presencia y acción de seres humanos, deja abierto un evidente espacio para la construcción de elementos que se incorporan a la propia realidad y que tienen en su determinación un fuerte componente subjetivo, y allí es donde se requiere también, reconocer el contexto de esas prácticas sociales. Estas personas y grupos existen y actúan a partir de alguna forma de refracción del segmento del mundo donde realizan su vida y son afectados de diferente forma en la misma medida que esos distintos niveles en que se estructura ese segmento del mundo,

los incluye. Esta es la forma de existencia natural de las personas en la sociedad: refractando y actuando (Grupo de Modelos y Teorías, pag.5).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cabral, M. C. (2020). Aportes de la comunicación popular al Buen Vivir . Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica (ALER) 2020 , Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/34418/Documento_completo.pdf?sequence=1.

Castrillo, M. B. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. Género y Diversidad Sexual. Buenos Aires. Argentina. Universidad Naciona de la Plata. Obtenido de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf

Danani, C. (2005). La constitución sociopolítica de la relación asalariada: obras sociales y sindicatos en la Argentina, 196-2000. Buenos Aires. Argentina. Universidad de Buenos Aires.

Estermann, J. (2014). Colonialidad, descolonización e interculturalidad. Apuntes desde la Filosofía Intercultural. Polis. Revista Latinoamericana, 33, http://journals.openedition.org/polis/10164.

Everingham, C. (1997). Maternidad: Autonomía y Dependencia: Un Estudio Desde la Psicología. NARCEA S.A.

Fernández de León, I. (2003). La asistencia al parto: tecnología versus naturaleza. Revista de medicina complementaria. Medicina holística, 59-66. Disponible en: https://www.amcmh.org/PagAMC/medicina/articulospdf/asistenciaparto.pdf.

Fundación Juan Vives Surias. (2012). El parto y nacimiento humanizado: como derecho humano. Un desafío para la transformación social. Venezuela: Series Derechos Humanos.

García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género

en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Revista Cubana de Salud Pública, 36(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007

Grupo de Modelos y Teorías de Cuidado de Enfermería (2019) "Debates actuales desde la perspectiva nacional y latinoamericana, en torno a los conceptos Buen Vivir y Bienestar, años 2020-2021". Informe de investigación: Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Lanús.

Hernández Castillo, R. (2017). Confrontando la Utopía Desarrollista: El Buen Vivir y la Comunalidad en las luchas de las Mujeres Indígenas . En S. Varea, & S. Zaragocin, Feminismo y Buen vivir. Utopías decolonial (págs. 26-43. Disponible en: http://www.redmovimientos.mx/2016/wp-content/uploads/2016/10/feminismo-y-buen-vivir-pdf-PARA-IMPRESION-1.pdf). Cuenca. Ecuador: PYDOLOS Ediciones.

Jara, O. (2016). Revista internacional sobre investigación en educación global y para el desarrollo, 10, 10.

Jiménez Hernández, G., & Peña Jaramillo, Y. (2018). Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. . Rev Univ Ind Santander Salud., 50(4), 320-327.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Revista Latina de Enfermagem. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf

Lehner, P. (2012). Partos en la primera mitad del siglo XX. En A. L. Kornblit, A. Camarotti, & G. Wald, Salud, sociedad y derechos. Investigaciones y

debates interdisciplinarios. Buenos Aires. Argentina. Obtenido de https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos

Leon, M. (2012). Despue s del "desarrollo": "el buen vivir" y las perspectivas feministas para otro modelo en Ame rica Latina. Obtenido de Wayback Machine: https://web.archive.org/web/20120628035310/http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0540/Después_d...pdf

Marín Morales, D., Bullones Rodríguez, M. A., & Carmona, F. J. (Noviembre-diciembre de 2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Investigación(37).

Médicos del mundo. (2013). Violencia Obstétrica. Obtenido de https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_7_Violencia_Obstetrica_17c9d835%232E%23pdf

Northrup, C. (1999). Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una gui a para la salud fisica y emocional. Barcelona. España. Urano.

OPS/OMS. (2007). La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Washington: Biblioteca OPS. Obtenido de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/renovacion_aps_americas.pdf

Orueta Sánchez, R., Rodríguez, C., González Hidalgo, E., Fagundo Becerra, E., Lázaro, G., Carmona de la Morena, J., . . . Vallés Fernández, N. (2011). Medicalización de la vida. Revista clínica de Medicina de la Familia, 4(2). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011

Ranta, P., Spalding, M., Kaangas-Saarela, T., Jokela, R., Jupila, R., & Hollmen, A. (1995). Maternal expectations and experiences of labour pain - options

of 109 1 Finnish parturients. Acta Anaesthesiologica Scandinavia ISSN 0001-5172 , 43-49.

Royo Prieto, R. (2011). Maternidad, paternidad y conciliacio n en la CAE ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres? Bilbao: DeustoDigital.

Saz Peiró, P., Tejera Lainez, M., & Ortiz Lucas, M. (2008). Asistencia al parto en casa. Medicina naturista, 13-32. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjO1Jv00 sAhX6KLkGHZ0KAE0QFjAFegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2518731.pdf&usg=AOvVaw01Pz65fFiVZfW3m fuN2O.

Stooppard, M. (2000). Embarazo y nacimiento. Buenos Aires. Argentina. Grupo Editorial Norma.

Tubert, S. (1991). Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología. México: Siglo XXI

Valdez Santiago, R., Hidalgo Solórzano, E., Mojarro Iñiguez, M., & Arenas-Monreal, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema:el abuso de las mujeres en las salas de parto. CONAMED, 18(1), 14-20. Obtenido de file:///C:/Users/Monica/Downloads/96-410-1-PB.pdf

Vandenbulcke, H. (2017). Comunicar la esperanza. Camino al buen vivir. Quito., Ecuador: ALER, Asociación Latinoamericana de Educación y Comunicación Popular .

Vega Ugalde, S. (2014). El orden de género en el Sumak Kawsay y el Suma qamaña. Un vistazo a los debates actuales en Bolivia y Ecuador. ICONO. Revista de Ciencias Sociales, 73-91. Disponible en: https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/issue/view/97/101.

Wagner, M. (2000). El nacimiento en el nuevo Milenio. Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa. Jerez de la Frontera. España.

GRUPO DE MODELOS Y TEORÍAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DIRECTOR/A:
Mgter. Silvia Noemí Carcamo

CODIRECTOR/A:
Lic. Ester Armand Ugon.

INTEGRANTES: Por orden alfabético:
ALCARAZ, María del Carmen; ALVAREZ, Daniel Ovidio; ALVAREZ, Ramón; CAMANDULLI, Zully Beatriz; DI RADO, María Isabel; FERRERO, Tamara Daniela; FIUMARA, María Dominga; FORTUNATO, Mabel; LORAY, María Fernanda; PARMA, Federico Hernán; ROSAS Augusto Maximiliano; SCHANZ, Mónica; SOSA GARCÍA, Stella Maris.

DESARROLLO QUE DIO LUGAR AL PROYECTO:

Conformado como Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús este equipo, generó en un estudio de los años 2016-2017, **una teoría de cuidados enmarcada dentro de la perspectiva del Buen Vivir y el Bienestar.**

Este es un informe del segundo proyecto de investigación que se propuso **determinar con qué modelos conceptuales y teorías de enfermería se vinculan los indicadores de la práctica social en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, año 2018-2019**; identificar indicadores de las prácticas sociales de enfermería vinculados a modelos

conceptuales y teorías de enfermería tradicionales; identificar indicadores de esas prácticas y caracterizar modelos conceptuales y teorías que surgen de las prácticas que se alejan de las perspectivas tradicionales.

INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS

En el contexto del avance de la pandemia de COVID-19 adquiere nuevos sentidos, al decir de Edgard Morin (28-10-2011)

"El ideal de la sociedad occidental …se ha deteriorado en cosas puramente materiales, el confort y la propiedad de objetos… la expresión "buen vivir", es probablemente más fuerte en español…El término es "activo" en la lengua de Cervantes…Pero esta idea es lo que más se acerca a la idea de calidad de vida, a lo que llamo la poesía de la vida, el amor, el afecto, la convivencia y la alegría, y entonces lo asociado a lo cualitativo, lo que debemos oponer al dominio de lo cuantitativo y de la acumulación. El buen vivir, la calidad y la poesía de la vida, incluso en su ritmo, son cosas que deben, juntos, guiarnos. Es una bonita finalidad para la humanidad. Eso implica también y simultáneamente frenar cosas como la especulación internacional…si no logramos salvarnos de esos pulpos que nos amenazan y cuya fuerza se acentúa, se acelera, no habrá buen vivir…".

En ese sentido, este grupo de investigación comprende que tanto la identidad de los pueblos, como gran parte de su cosmovisión ha sido primero destruida y, después, construida en base a una modernidad, un desarrollo y una globalización homogeneizadora según los intereses dominantes de cada

momento, también que estos pueblos han presentado formas de resistencia que han llegado hasta la actualidad y que pueden ser un camino para conseguir sus fines de autodeterminación y autogestión. Resulta imprescindible ejercitar el derecho a la autodeterminación de los pueblos para que esta responsabilidad situada en el presente, responda a un análisis diacrónico que entienda las relaciones que se han conformado históricamente y que rompa con las homogenizaciones de las dualidades "desarrollado-en vías de desarrollo", "occidente-resto del mundo", "género", "pobre-rico/a" y "originario-no originario" para construir las bases de un relato identitario propio que no siga dependiendo de construcciones ajenas. Solo a través de este pensamiento libre e independiente, la diversidad de identidades podrá sobrevivir a una etnicidad surgida de una conceptualización homogénea del Buen Vivir que se erigió más como un aparato institucional que como una alternativa real de buena vida para los pueblos.

Siguiendo esta idea, entendemos a la Enfermería como una ciencia humana, construida más allá del positivismo científico-tecnológico, dado que nuestro objeto de estudio lo constituyen los deseos, problemas, las estrategias de acción e intervenciones que se presentan en el curso de la reproducción social, asumiendo un compromiso social con el buen vivir y el bienestar de las personas, familias, grupos, comunidades y pueblos.

CUIDADO, VÍNCULO Y SUBJETIVIDAD

En el contacto con el otro, en el cuidado de enfermería como en otros tipos de contactos, se construye la subjetividad, influida por la internalización de los valores sociales de cada momento histórico, que se entrelazan con la

modalidad pulsional singular de cada persona. En todo este entramado se configura lo humano, la relación, el vínculo, que es singular para cada sujeto, a este proceso podemos llamarlo el aprendizaje del cuidar y del cuidarse.

El cuidado pone siempre en relación dos o más personas en posiciones diferentes y complementarias, además de interdependientes porque ambos deben cumplir determinados objetivos y es posible cuando se reconoce la vulnerabilidad, propia y ajena. Esto implica reciprocidad, la cual toma diversos modos e intensidad a lo largo de la vida de cada persona.

En la búsqueda de captar estos vínculos a través del relato, para transformarlo en reflejo de lo que sucede en la realidad, nos apegamos a la idea que el sujeto humano se construye a través del habla, que es individual y social, somos fruto del lenguaje (según Heidegger "la casa del ser") y es ahí donde se ata la adscripción subjetiva. Existe un sujeto social que es el sujeto condicionado por la historia, el sujeto contingente de las circunstancias ("asujetado"). Pero también hay el sujeto que ejerce su responsabilidad discursiva, que se nombra a sí mismo cuando habla, un sujeto del discurso, el cual introduce necesariamente el sentido de sus actos por efecto del lenguaje. Sin discurso no hay subjetividad. El sujeto del discurso habla y es hablado por otros. Hay una construcción social del discurso y a la vez una subjetivación del mismo. Michel Foucault (1981), ha sido crítico de lo que puede llamarse una concepción tradicional del sujeto, es decir, aquella que piensa al sujeto como un individuo que está completamente dotado de conciencia, como una entidad autónoma y estable, y como la fuente independiente y auténtica de la acción y el sentido. Concibe al sujeto como producto del discurso en dos diferentes sentidos: como sujetos que personifican las formas particulares de conocimiento que el discurso produce, y como lugares para el sujeto (posiciones subjetivas). Desde esta perspectiva el sujeto es

producido "como un efecto" a través y dentro del discurso, en el interior de formaciones discursivas específicas e históricamente situadas. De ahí que todos los individuos en un periodo determinado lleguen a ser sujetos de un discurso particular y, por lo tanto, portadores de su poder-conocimiento, en ese sentido expresa Merhy (2016) que el trabajo "produce" al hombre, podemos decir entonces que el cuidado produce al cuidador. Además, tenemos a ese sujeto que se constituye como carencia en relación a un objeto, que se constituye en el lugar de la falta: el sujeto del deseo, y que puede transformarse en el motor de los cambios necesarios para transformar los cuidados en el sentido que sea necesario, Merhy (2016) habla de la posibilidad de revolución a partir del deseo.

La subjetividad es condición propia del ser humano. A este-sujeto, se lo puede conceptualizar como el punto de encuentro, de intersección, de tres aspectos que conforman lo intrapsíquico, lo interpersonal y lo sociopolítico, sujeto que determina o condiciona a todas y cada una de sus actividades mientras les otorga su propia característica y significado, pero sabemos que pocas veces esta característica y significado se ha captado; existe poco desarrollo para crear detectores como los indicadores de salud (Merhy 2016), eso hace relevante captar, reconocer el cuidado que se brinda aquí y ahora. Lo distintivo que define la subjetividad con aquello que manifiesta, constituye la diferencia peculiar, que, en relación con la política, la eleva a la dignidad de la ética. Un sistema complejo, dentro del cual las formas constitutivas personales pueden tener una significación diferente, partiendo de la historia diferenciada de cada sujeto individual y de los acopios culturales. Para los fines del presente constructo teórico, rescatamos el concepto de subjetividad desde una perspectiva histórica, cultural y político-ética, como un proceso que representa una forma diferente de constitución de lo real, caracterizada por la naturaleza de

sistemas simbólicos, de significación y de sentido en los que aparece establecida la experiencia humana. Desde el punto de vista social y político, lo más poderoso de la subjetivación, no es que uno se piense, sino que uno se piense y a la vez piense que alguien, el otro, lo piensa a uno. Esta es la base de la subjetividad política, y en ese sentido es necesario acercarnos a las formas en que puede manifestarse la búsqueda de bienestar, que encuentra desde la mirada política alguna diferencia que es necesario captar, cuando se trata de cuidados a poblaciones que viven en la marginalidad, ya que el bienestar se piensa, desde la defensa de los derechos de las personas que no alcanzaron el mínimo de dignidad en sus condiciones de vida.

CUIDADO Y SUBJETIVIDAD SOCIAL

Siempre en dirección de la necesidad de captar el vínculo que se produce al momento del cuidado, teniendo en cuenta que estos cuidados se producen en la relación de trabajadores del sistema de salud (las/os enfermeras/os) con las personas cuidadas (en tanto sujetos/personas, sujetos/familia o sujetos/comunidades), es relevante considerar el concepto de subjetividad social , en el sentido que se configura dentro de los diferentes espacios e instituciones que caracterizan la vida social de las personas y determina que los procesos y fenómenos generales adquieran sentido subjetivo en el curso de la acción de esas personas, grupos, comunidades e instituciones, que es independiente a la suma de las subjetividades individuales que la integran, complementando la subjetividad con la naturaleza histórico-cultural del sujeto, que en su interrelación, configuran la compleja trama social. La subjetividad social no es externa en relación a la individual, sino que la integra

dentro de otro nivel cualitativo de constitución del fenómeno subjetivo, el social. Lo social y lo cultural alcanzan su dimensión histórica en el sujeto individual, en la constitución de lo subjetivo, y define por ende el carácter histórico del hombre. De igual forma la subjetividad social está constituida en los diferentes procesos que caracterizan las redes de relaciones de los individuos dentro de los diferentes sistemas que constituyen la vida social. "Entendemos como subjetividad social, precisamente el sistema integral de configuraciones subjetivas (grupales o individuales), que se articulan en los distintos niveles de la vida social, implicándose de forma diferenciada en las distintas instituciones, grupos y formaciones de una sociedad concreta. Estas formas tan disímiles, guardan complejas relaciones entre sí y con el sistema de determinantes de cada sociedad concreta…" (González Rey, 2008).

Si lo que pueda captarse de los cuidados, no abarca una gran extensión, aunque si una cierta profundidad, es pertinente tomar a Juan Samaja, cuando expresa que la naturaleza última del ser-complejo consiste en estar en un constante proceso de reconstrucción, en el cual el "…actor humano asume la posición genérica de "actantes" del rol respectivo = miembro familiar, ciudadano de un Estado, agente de empresas u organizaciones varias, etc. En tal sentido, la reproducción social (como nombre de la dinámica más general del ser-complejo) puede ser analogada con la función piagetiana de la "asimilación". Sin embargo, esta metáfora orgánica debe ser traducida al elemento propio de los fenómenos socioculturales, es decir, a las representaciones y a los fenómenos de conciencia recognoscitiva", por ello la descripción de los cuidados de determinado colectivo de enfermería en relación a determinada comunidad, es representativa de los rasgos "asimilados" del vínculo cuidador- sujeto cuidado de ese tiempo y lugar.

Ratificando lo anterior en cuanto a la búsqueda de rasgos,

características del vínculo cuidador/sujeto cuidado, en definitiva, al cuidado que ese vínculo produce, entendemos que para el desarrollo de la representación social, el concepto de subjetividad, desde un punto de vista histórico cultural, adquiere significado como parte de un sistema teórico completamente nuevo: la subjetividad se entiende no como fenómenos exclusivamente individuales, sino como un aspecto importante de cualquier fenómeno social. El concepto de subjetividad social se discute en sus consecuencias para el desarrollo de la representación social.

Esta discusión envuelve a la subjetividad social, al sujeto y a la representación social en un sistema complejo y dinámico. Desde una perspectiva histórico-cultural, la subjetividad abre nuevas opciones para el desarrollo de las representaciones sociales y, sobre todo, permite una integración entre lo individual y lo social, nos permite ver que la organización psíquica individual se desarrolla en la experiencia social e histórica de los individuos, y considerar como las acciones de los individuos, que son inseparables de su producción subjetiva, tienen un impacto que se asocia a nuevos procesos de transformación de las formas de vida y organización social. Entendemos que la subjetividad considera a la persona en su entorno, como una totalidad portadora de la síntesis de lo objetivo y lo subjetivo, en un contexto de interinfluencias, donde, al mismo tiempo en que se incorpora la realidad a la subjetividad, también se traslada el producto de la subjetividad a la realidad. Cada punta de esta relación es aplicable en la determinación o condicionamiento de la realidad social.

CUIDADO Y SUBJETIVIDAD POLÍTICA

Se subraya la relevancia de lograr indicadores que permitan

caracterizar el cuidado, en tanto prácticas sociales de las/os enfermeras/os, cuando pensamos al sujeto social formulándose como ciudadano, donde su objeto de elección es el Estado, en el caso de los cuidados, los que se brindan desde el sistema público de salud, el Estado es el Otro (Renaud Strada,1994), desde dónde se piensa a sí mismo y dónde espera encontrar las respuestas. Toda subjetividad política plena se asemeja a la ciudadanía ejercida, la cual es producto de la toma de conciencia del sujeto de su pertenencia al mundo colectivo, de su dependencia respecto a él, de su deber hacia él. La subjetividad que se encarna en la/el ciudadana/o concreta/o, en el ejercicio real de ciudadanía, es la que opina, participa, construye lo público desde su singularidad. La reproducción social es el conjunto de acciones mediante las cuales sus diversos sujetos (personas, familias, grupos) satisfacen, en una escala de acoplamientos, las necesidades de sus propios funcionamientos en anuencia con las regulaciones que le dan validez.

Si se buscan indicadores de la práctica social de enfermería, según la enfermería aquí y ahora, lo que se hace y lo que se desea hacer, se buscan en el sentido de la experiencia histórica, que, según Foucault (1981), es aquella donde se mezclan tanto las formaciones discursivas precisas como los intentos de prácticas. Teniendo en cuenta las emociones y los afectos y tomándolos como actores de la historia, se asume la historia de los cuerpos como el primer lugar donde se inscribe y se recibe la política. El cuerpo es el primer lugar de recepción y reacción al poder político, a sus indicaciones y a sus efectos, recibe además lo que procede de los lugares de lo político. En ese cuerpo de las personas es dónde se inicia la lucha "el cuerpo está roto en ritmos de trabajo, de reposo y de fiesta; intoxicado por veneno-alimentos o valores, hábitos alimentarios y leyes morales todo junto; él se edifica de resistencias" (Foucault, 1981), desde esto podemos

desplazar la reflexión observando que el poder avanza primeramente en el cuerpo y se encuentra expuesto en él cotidianamente. Desde su perspectiva la subjetividad es resultado de los mecanismos de normalización en el individuo, es decir, de la forma en que los dispositivos disciplinarios se articulan entre sí y producen un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales existentes pero además, su trabajo se enfocó en estudiar cómo se constituyen los sujetos en diferentes momentos y contextos institucionales en tanto objetos de conocimiento posible, deseable e indispensable, y dentro de qué esquemas cobra forma la experiencia de "sí mismos". En ese caso el "conocerse a sí mismo" de Foucault, como el eje del análisis es relevante. El "conocimiento de sí" recibe su significación en relación con la cuestión del "cuidado de sí", entendido como experiencia y también como técnica que elabora y transforma esa experiencia. Por lo tanto, reconstruir la historia del "cuidado" y de las "técnicas" de sí, sería para Foucault una manera de hacer la historia de la subjetividad. Para Bourdieu "conocemos por el cuerpo" va en el mismo sentido, implica visibilizar el conocimiento, hacer inteligibles al cuerpo, los acontecimientos.

Aparece otro aspecto del reconocimiento de las prácticas sociales de enfermería, aquí y ahora, representadas en indicadores, y también del contexto donde ellas se producen, y es a partir de reconocer que la singularidad de las personas se forma en y por las relaciones sociales como ya fue dicho. En ese sentido, la realidad tiene un componente constitutivo que incluye a las personas de manera integral, y esto quiere decir, su existencia material junto a su mundo interno; sus acciones, comportamientos externos, van siempre acompañados de sus referentes ideológicos internos, los estados psicológicos que se actualizan son expresión del sujeto como totalidad y condicionan su comportamiento. La realidad social que sirve de contexto a la actuación de las personas, constituida

fundamentalmente por el mundo de las cosas, el mundo de las personas y el de las relaciones más diversas entre todos ellos, por contar con la presencia y acción de seres humanos, deja abierto un evidente espacio para la construcción de elementos que se incorporan a la propia realidad y que tienen en su determinación un fuerte componente subjetivo, y allí es donde se requiere también, reconocer el contexto de esas prácticas sociales.

En la medida en que todos experimentan el mundo, la subjetividad adquiere un valor universal, todo el mundo existe en el centro de un campo fenomenológico y, por consiguiente, tiene cierto acceso a la experiencia y a determinado conocimiento sobre sí mismo y su entorno. En la medida en que todo el mundo tiene cierta forma de subjetividad, existe como sujeto. Guattari (1996) propone una concepción más transversal de la subjetividad que permita responder a la vez de sus territorios existenciales y de sus aperturas a sistemas de valor con implicaciones sociales y culturales. Expresa que en ciertos contextos sociales la subjetividad se hace individual –una persona tenida por responsable de sí misma se sitúa en el seno de relaciones de alteridad regidas por usos familiares, costumbres locales, leyes jurídicas, etc.- en otras condiciones, la subjetividad se hace colectiva, esto no significa que se vuelve social ya que lo "colectivo" implica el sentido de la multiplicidad que se despliega más allá de la persona. Cada individuo, cada grupo social vehiculiza su propio sistema de modelización de subjetividad, una cartografía hecha de puntos de referencia cognitivos, pero también míticos, rituales, sintomatológicos, etc. A partir de estos, se posiciona en relación con sus afectos, sus angustias e intenta ordenar sus retraimientos y pulsiones. Sostiene que las fuerzas sociales que administra el capitalismo han entendido que producir subjetividad tal vez sea más importante que cualquier otro tipo de producción. El contexto de la aplicación de políticas

económicas neoliberales al campo de la salud, en la Argentina, en el período de estudio de campo, en la búsqueda de indicadores de cuidados (2018-2019), aporta un condicionante a destacar en la lectura de este contexto y las implicancias que ha tenido para la producción del cuidado.

Siguiendo el sentido de lo antes referido, en cuanto a contexto, entendemos que la acción social es concebida en virtud de una estructura social que la determina o condiciona, y al mismo tiempo deja un espacio a la voluntad de la persona mediante el sentido subjetivo y su personalidad. Lo político es una dimensión propia de toda individualidad humana que se produce en el mundo: lugar de encuentro, diálogo, negociación, pacto y circulación de la palabra (Arendt, 1987). Desde los diversos espacios la cotidianeidad del ejercicio de ciudadanía requiere de la libertad que surge de igualdades básicas y el respeto a cada uno de los ciudadanos. La práctica de ciudadanía corresponde al ejercicio de la libertad pública la cual exige un andamiaje democrático: organizaciones, legislaciones, cultura política, etc. que defiendan los Derechos Humanos sin excepciones, el fomento de la libertad individual y colectiva, la justicia y la solidaridad, sin ellas el cuidado como máxima defensa de la vida, no se puede dar.

La subjetividad colectiva puede conceptualizarse como un proceso de articulación de significados que se vinculan con las formas de dar sentido y desarrollar acciones, en este caso, prácticas sociales de enfermería. Esto permite concebirla como un proceso móvil que articula elementos diversos (cognitivos, emotivos, éticos, estéticos, etc.) dándole significado a situaciones particulares así, a la reproducción del orden social mediante disposiciones que den lugar a prácticas que persisten en las relaciones sociales, o en la generación de otras que conduzcan a praxis transformadoras. La acción, como acto humano, se

realiza en un universo de significaciones propio de la cultura, lo que hace que el espacio de la cultura sea un espacio de experiencia que impregna de intersubjetividad el campo en que se desarrolla la acción. Como expresa Gramsci (1975), el terreno de la cultura se transforma en un campo de conflicto y de construcción de visiones del mundo, esencialmente cuando se produce la articulación de los códigos culturales en una subjetividad colectiva, que reconoce otros espacios de constitución provenientes, por ejemplo, de la historia y la visión del mundo.

Las acciones colectivas (prácticas y praxis) ya sean habituales o novedosas impactan en la conformación de la subjetividad colectiva e incorporan nuevos sentidos o pueden aparecer nuevos códigos o resurgir viejos. La subjetividad colectiva articulada en un sujeto social debe inscribir elementos particulares que permita la acción colectiva. La disposición para la acción y la relación con el otro mediante lo que Gramsci (1975) llamó "voluntad colectiva": inscripción en el sujeto de la voluntad colectiva, supone incorporarle elementos de sentidos que pueden ser cognitivos, pero también emotivos y éticos que añaden capacidad y disposición de acción al sujeto, es desde aquí donde se hace más consistente, la perspectiva de cuidado desde el bienestar, en tanto búsqueda de transformación de necesidades, en derechos.

CUIDADO COMO ACCIÓN

Si interpelamos todo lo expuesto precedentemente a la conceptualización del "Cuidado como acción" se instalan los aspectos relacionados a los vínculos, entendidos como los sistemas de relaciones, en el sentido del correlato del lazo social, las formas de redes de sostén, de

mecanismos de sostén que establecemos las personas en todo el ciclo vital. El lazo social, como aquel o aquellos procesos vinculares que afectan u operan sobre la persona o su condición micro- social, y que desde este espacio individual- personal- singular, afecta sobre lo macrosocial. El lazo social no es unidireccional, sino que debe ser evaluado en relación a otro u otros. Lo social está marcado entonces por las relaciones humanas que se establecen en diferentes contextos y que al incorporar determinadas pautas de interacción, se convierten en relaciones grupales, sociales, de trabajo, etc. y se concretan en comportamientos objetivos que no se generan de manera espontánea pues tienen un referente interpretativo-vincular, responden a una comprensión y una asimilación particular de la realidad con la que se interactúa a la vez que incorporan pautas circunstanciales que las pueden modificar en su naturaleza.

La subjetivación de la realidad cobra valor objetivo cuando se devuelve a la realidad en forma de acciones, de cuidados, cuando la decisión de actuar en un sentido determinado respalda las acciones humanas, aún en condiciones reales objetivas que las contextualizan y pueden facilitar o entorpecerlas al definir el rango en que puede realizarse la voluntad. Partiendo de tales consideraciones, la realidad social no puede abstraerse de su reflejo. Es social porque es compartida a partir de interacciones que condicionan tipos de relaciones y su influencia nos llega mediada por esas relaciones que se extienden como una red que logra diferentes niveles de alcance en la misma medida en que logra diferentes niveles de inclusión. La sociedad es tal porque reúne, organiza, coordina, la existencia y actividad de seres humanos; personas y grupos de diferente nivel de integración y organización. Estas personas y grupos existen y actúan a partir de alguna forma de refracción del segmento del mundo donde realizan su vida y son afectados de diferente forma en la misma medida que esos

distintos niveles en que se estructura ese segmento del mundo, los incluye. Esta es la forma de existencia natural de las personas en la sociedad: refractando y actuando.

La concepción de subjetividad como un proceso de articulación de sentidos frente a situaciones específicas nos lleva a su lógica de conformación y su funcionamiento como una instancia de mediación entre la estructuración del orden social y la acción colectiva. El problema del vínculo entre estructuras (orden social) y acción ha sido trabajado desde las ciencias sociales fundamentalmente a partir de dicotomías como micro-macro, sujeto-objeto, actor-sistema.

La subjetividad social es la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social concreto, como familia, escuela, grupo informal, sistema de salud etc. está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales. Expresa las producciones simbólicas y emocionales, configuradas en las dimensiones histórica y social de las actividades humanas; la historia, tanto de las personas involucradas en un espacio social, como de ese espacio social en su articulación con otros. Así el sentido subjetivo fundamenta una definición de subjetividad, que no se restringe a los procesos y a las formas de organización de la subjetividad individual, sino que involucra la definición de una subjetividad social. No existen invariantes universales que estén en la base de la producción de sentidos subjetivos, ellos se forman de manera diversificada en la vida social, a través de la historia y los contextos actuales de esa vida social. Todo el material simbólico y emocional que constituyen los sentidos subjetivos se producen en la experiencia de vida de la personas, no como operaciones que se interiorizan sino

como producciones que resultan de la identificación, comparación e interrelación entre las disposiciones subjetivas de los sujetos implicados en un campo de actividad social y los sentidos subjetivos que emergen de las acciones y procesos vividos por esos sujetos en esos espacios, que son inseparables de las configuraciones de la subjetividad social en la cual cada espacio de vida social está integrado.

Si unimos todos los aspectos de la subjetividad, el sujeto corresponsable que se piensa desde el Estado y el sujeto de deseo que se piensa desde la carencia y genera deseo, ambos se funden en un escenario político que anima la tensión hacia el otro, en un marco de igualdad jurídica, desde una filosofía de la inclusión y de igualdad de géneros. Una política más dinámica, solidaria y creativa.

El proceso de trabajo que produjo este análisis, conduce a diversas preguntas y reflexiones, ¿podría fomentarse un acercamiento, reflexivo a las características culturales y geopolíticas de nuestra realidad latinoamericana como profesionales del cuidado humano?, ¿este tipo de estudios puede llevarse cabo sin caer en las trampas de los discursos, las categorías y los lenguajes dominantes? y ¿cómo, de la misma manera, puede evitarse caer en sentimentalismos y paternalismos excluyentes y pensamientos producidos por la dominación ideológica capitalista, que imposibilita una construcción basada en el reconocimiento, la comprensión y el respeto por los pueblos latinoamericanos?

En la elaboración del presente estudio, se ha cursado por instancias de insubordinación al "método" tradicional, decisión intencional cuyo objetivo fue evitar adscribir a un tipo de pensamiento hegemónico occidental, antiguo y colonial (entre otras) muy cómodo e inviolable de mantener para algunos/as.

En el desarrollo del presente estudio, se ha observado en reiteradas

oportunidades, la distancia existente entre lo teórico y lo práctico, entre el estudio y la acción. Regularmente se omite hablar con las/los actores contextuados, sin un análisis profundo de las situaciones existentes. Esta construcción teórica no puede ni debe ser superficial y alejada de la realidad. El propósito es mejorar una situación en la medida que sea mejorable, realizando un estudio de las problemáticas y los actores reales. Esto ha sido fundamental en el desarrollo de la propuesta, un trabajo decidido en ella y a su alrededor, intentando retroalimentar ambos espacios (aunque en muchas ocasiones eran el mismo "lugar") y tratando no solamente de observar, discutir y analizar sobre un objeto de estudio determinado -en este caso la propuesta de enfermería sobre el Buen Vivir y el Bienestar- producto de la investigación previa, sino de formar parte de los procesos que en nuestros espacios ocurren. Es decir, un intento de orientar, en próximos trabajos, hacia una investigación-acción-transformación que sirva para algo más que alimentar bibliografías y curriculum personales.

CUIDADO Y LATINOAMÉRICA

En este escenario identitario latinoamericano se presentan interrelaciones complejas en el contexto de construcción histórico-político, cultural y social. Sin pretender una homogeneización que invisibilice la riqueza y diversidad de expresiones y experiencias que se han originado durante la evolución conjunta y particular, de los pueblos, se ha señalado cómo la modernidad ahoga las sociedades regionales y locales con tres de sus "mitos" más poderosos: a) un mercado globalizado de consumo capitalista que pretende instalarse como algo aplicable a todos los pueblos-sociedades bajo la premisa de una conducta económica semejante; b) un conocimiento científico construido

como superior al saber popular local y c) una corrección ficticia de la modernidad (y peligrosa en su definición dentro del paradigma del mundo globalizado del siglo XXI) que apoya el alejarse de todo lo originario, propio de cada comunidad, de cada pueblo por una identidad "universal". Sin embargo, esto sólo es "alcanzable" para unas y unos pocas/os elegidas/os, conformando unas relaciones de poder desequilibradas entre los y las que se encuentran dentro del sistema y aquellos/as que se quedan fuera. Es una actualidad fragmentaria y tramposa; fragmentaria porque no ha satisfecho las necesidades, deseos de las diferentes sociedades, y tramposa, porque la realidad de nuestros pueblos revela su inoperancia, su arbitrariedad y su insostenibilidad. Asimismo, una de las últimas artimañas del neocapitalismo globalizado, ha permeado los imaginarios sociales con "lo que debe ser" y "cómo debe ser" "la meritocracia" etc. Estas últimas como herramientas sacralizadas para alcanzar el "status" modernista occidental que utiliza los mismos patrones que la narrativa en la que se inserta. Así funciona un sistema capitalista disfrazado de elección económica y satisfacción de necesidades. Un aparente respeto por los conocimientos locales, que se refleja en la imposición de una metodología específica y ferozmente institucionalizada que hay que seguir al pie de la letra para poder optar a "desarrollarse" y en una comprensión de las realidades locales "sin colonialismo", que irónicamente se substancia en un diagnóstico de situación generalmente realizado por tecnócratas afines al sistema, a partir de la consigna de que todos/as necesitan el mismo desarrollo, pero con matices locales. De este modo, se contextualiza un desarrollo progresivo e idéntico de todas las sociedades-pueblos que se presenta como un modelo problemático e inapropiado, que origina más conflictos y enfrentamientos que cualquier verdadero y autónomo desarrollo. Además, los territorios cobran una importancia

cada vez mayor como factor de desarrollo para afrontar los grandes procesos de cambio en el orden social, económico y político, ya que en los espacios locales se hace efectiva la interactuación de dos esferas de difícil adecuación: lo local y lo global. Y seguramente desde lo local se puede salir de los intentos globalizadores. Tras lo expuesto, la pregunta necesaria que surgió, si existen prácticas dentro de este Buen Vivir y Bienestar que hayan realizado estos ejercicios de reflexión y representen verdaderos espacios de vida plena para todas y todos o si estos conceptos que pretenden una "integralidad" se quedan en un nivel superficial segmentario y parcial, desarrollando -al igual que los sistemas occidentales que critican-, homogeneizaciones que hacen invisibles las realidades existentes en nuestro contexto.

Este reto se ha situado en hacer un ejercicio de descripción, reflexión y diagnóstico para establecer desde dónde y en qué grado aparece lo precedente, desde la mirada específica de la enfermería y en la capacidad, a partir de ello, de establecer una propuesta disciplinar territorial latinoamericana responsable, que tengan en cuenta las relaciones que se generan para enfrentar los efectos acaecidos, las exigencias presentes y los retos futuros de un mundo regional y local desigualmente globalizado.

Las dos investigaciones realizadas, desde el 2016 al 2019 responden a una de las líneas de investigación del Instituto de Salud Colectiva: Modelos de atención y cuidado, que comprende las formas en que los saberes disciplinarios se transforman en prácticas y en función de las mismas establecen vínculos con los usuarios de los servicios y los sistemas sociosanitarios.

A su vez, se entiende, en el marco de la perspectiva propuesta por la Universidad Nacional de Lanús, a través del Centro de Estudios de Integración Latinoamericana "Manuel Ugarte", que es necesario reflexionar en torno a las

epistemologías y pensamientos construidos en Nuestra América o que parten de un distanciamiento epistémico- metodológico respecto de la tradición eurocéntrica, apostando por la descolonización cultural y epistémica. Otras formas de pensar, críticas y alternativas de las epistemologías, metodologías y criterios de validez del positivismo científico, que como dijimos antes, se pretenden universales y ahistóricas. Este posicionamiento fue ratificado por este equipo de investigación, en el Congreso "Desafíos de la Educación Superior en Nuestra América: a Cien años de la Reforma Universitaria" en el año 2018.

METODOLOGÍA PARA GENERAR INDICADORES DE CUIDADOS

En este sentido, por esta serie de tensiones conceptuales y metodológicas, puestas en juego en las prácticas sociales de enfermería, es que la Hipótesis del último estudio, plantea que los modelos conceptuales y teorías de enfermería vinculadas con las prácticas sociales de enfermería, en la Región Sanitaria VI, del Ministerio de Salud, de la Provincia de Buenos Aires, son diversas y hasta contradictorias. La metodología utilizada consiste en una triangulación metodológica, ya que se combinaron varios métodos de recogida de datos para lograr un mejor acercamiento a la realidad investigada.

Se propuso recurrir a entrevistas y grupos de discusión, con profesionales de enfermería de todos los niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, analizando su propia práctica. Tarea que como mínimo conto con la presencia de dos investigadores por entrevista/grupo de discusión, que realizaban el registro mediante grabación sonora, registros escritos, y en algunos casos con grabadora de voz a texto. Posteriormente se cuantificaron las entrevistas, las instituciones en las que se trabajó por nivel de

atención y los municipios involucrados en el estudio. Al finalizar el estudio cualitativo, se cuantificaron los indicadores de contexto y de la práctica social de enfermería según los tres niveles de atención del sistema de salud en la Región citada, años 2018-2019, a partir de las categorías y subcategorías alcanzadas.

Esta metodología cualitativa permite, un análisis profundo de la concepción de los participantes sobre los cuidados. Por lo que se explicita más adelante, la metodología que prevaleció es la entrevista, incluye la consulta a enfermeros/as sobre la práctica social en el contexto de su cotidianidad, en cualquiera de las siguientes áreas del conocimiento disciplinar: asistencial, promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación, en los tres niveles de atención, primero, segundo y tercero (Centros Primarios de Salud, Hospitales de agudos y crónicos monovalente, y de rehabilitación psicomotriz) y la confrontación de ese tipo de cuidados con los modelos y teorías de enfermería, para ello se buscó apelar a los cuatros conceptos y proposiciones del metaparadigma de enfermería: persona, ambiente, salud y enfermería. En este mismo sentido se consideró necesario determinar indicadores de esa práctica.

La metodología cualitativa y en este caso la entrevista en profundidad, metodología que prevaleció en el estudio, es el recurso para el conocimiento de "otros" y la validez de los datos está fuera de discusión en las ciencias sociales. Resalta un rasgo del proceso de conocimiento de la epistemología del Sujeto Conocido, que es el de la construcción cooperativa del conocimiento, donde se evidencia que disímiles formas de conocer producen un conocimiento igual de legítimo (Vasilachis de Gialdino, 2009)

Esto ha implicado adentrase en la vida del trabajo cotidiano del personal de enfermería, planteando un guion sobre temas generales, sumergiéndonos en aspectos que gradualmente van apareciendo y que poseen la

ventaja de darse en un contexto de interacción directo, personalizado, espontáneo, flexible (Robles, 2011). La entrevista es una construcción entre subjetividades. Cada miembro – investigador, entrevistado- es expresión de un colectivo que expresa la superestructura dominante, por eso afirmamos que el discurso depende del lugar que se ocupa socialmente (Bourdieu, 1985). Reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras (Bogdan, 1990). Nuestras preguntas iniciales fueron diseñadas para recibir información vinculada con aspectos de la micropolítica del cuidado y su contexto: ¿Qué hacen? Y ¿Por qué lo hacen?, iniciando así un proceso de intercambio que no es formal, de preguntas y respuestas que nos acerquen a lo que Emerson Merhy (2016) denomina "trabajo vivo en acto". La metodología planteada tiene la posibilidad de mostrar diferentes modelos de salud, de cuidados, a partir de adentrarnos en ese trabajo vivo en acto, relatado, tomando registro de los encuentros entre los sujetos cuidados (individuos, familias y comunidades), portadores de necesidades de salud y un trabajador de la salud (enfermera/o) portador de determinados saberes específicos y prácticas, buscando una posible solución a sus problemas de salud. Entendemos que el trabajador de la salud, en este caso enfermera/o, opera en un espacio que Merhy (2016) denomina "autogobierno" que le da incluso la posibilidad de "privatizar" el uso de ese espacio según el modelo que condiciona esos actos, sin tener que rendir cuentas de qué hace y porque lo hace. De esta manera nos adentramos en lo que Merhy (2016) llama "producción del cuidado" y que finalmente, a partir del análisis de la micropolítica, se comprenden los procesos que gobiernan las instituciones. Así, en particular destacamos el papel de los procesos de constitución y reproducción de los

territorios existenciales autorreferenciales a los cuáles los trabajadores están "pegados", como resultado de procesos agenciadores subjetivantes que los producen como "grupos sujetados", al decir de Guattari. En este sentido, cabe destacar tanto el papel que desempeñan en cuanto a la captura de subjetividades-por ejemplo-, las ideologías "domesticadoras" de los trabajadores- como las conformaciones subjetivantes que la propia dinámica del trabajo impone al modelar el cuerpo como "herramienta de trabajo", sus espacios, tiempos (Guattari,1992; Foulcalt,1981), e incluso modos de sentir (Merhy, 2016).

El análisis de las entrevistas en profundidad implicó diversas etapas, buscando construir la realidad de los entrevistados, entendiendo que se hizo desde una percepción indirecta y parcial, ya que no es posible comprobar o comprender esa experiencia tal como la ha vivido quien ha sido entrevistado. Este análisis implica un proceso de reflexión para acceder a la esencia de las prácticas analizadas (Robles,2011), que nos lleva a entender y comprender (González y Cano, 2010), que exige el esfuerzo de ir más allá de la narración expuesta.

Se ha seguido el criterio que propone Hernández y colaboradores (2003) que consiste en revisar todos los materiales al inicio del trabajo de análisis, etiquetar, organizarlos y clasificarlos según criterios lógicos, en principio registrando datos que se consideran de contexto y luego datos que refieren claramente actos de cuidado y explicaciones del sentido que tiene cada acto, tomando solo los registros legibles y claros. Se generaron así, en procesos subsiguientes, categorías de análisis y subcategorías con el máximo de dispersión posible, incluyendo temas emergentes, para luego agrupar algunas que mostraron mayor proximidad conceptual, en algunos casos las que permitían

que unas expliquen otras (Hernández y colaboradores, 2003)

La información teórica que aporte este estudio permitirá ser utilizada, a futuro, para fomentar las prácticas que se ajusten a los modelos que sostienen las prácticas que fomentan el cuidado de la salud como un proceso histórico social y por lo tanto una totalidad incluida en la del conflicto y el accionar para su transformación. Reconociendo a la salud como un derecho, y a la atención de la salud como una prioridad sin distinciones de ninguna naturaleza y a disposición de todos los individuos, familias y comunidades.

En ese sentido, y en base a la investigación previa, estos son los principales supuestos desde el Grupo de Modelos y Teorías de Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús, desde la perspectiva de

CUIDADOS DEL BUEN VIVIR Y EL BIENESTAR (NACIONAL Y LATINOAMERICANO)

SALUD

Nos referimos a la salud/enfermedad de sujetos, familias y comunidades, a la percepción del nivel de bienestar físico, mental y social, al comportamiento de las estructuras corporales, procesos fisiológicos y la capacidad de interacción con otros/as y con el medio. No sólo responde a las determinaciones -condicionantes biológicas, sino también al conjunto de las condiciones, sociales, económicas psicológicas y espirituales que interaccionan en y entre los sujetos. Desde una perspectiva estructural, la salud se entiende como un proceso histórico social, y por lo tanto, una totalidad donde está incluido el conflicto.

PERSONA

Sujeto histórico, ético e independiente. Sujeto-Individuo, sujeto-familias y sujeto- comunidades. Portador de derechos y necesidades sociales, políticas, psicológicas, culturales, económicas e ideológicas determinados-condicionados histórica y socialmente. Es decir, desde nuestra concepción, la persona es un sujeto con necesidades construidas socioculturalmente. La entendemos también como una totalidad como ruptura, cuyo proceso de vivir deviene en destructividad o en protección, según las relaciones sociales que operan en distintos dominios como el más general de la sociedad, en su conjunto, el dominio particular de sus grupos y el dominio singular de las personas con su cotidianidad. Posee la posibilidad de incrementar sus capacidades y habilidades, ejerciendo su libertad, que refuercen a partir de la construcción de vínculos, a las comunidades y sujetos sociales (locales) y cuyo autocentramiento (o acumulación popular autocentrada y descentralizada) procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias, con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad.

ENTORNO

Contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva. Manteniendo una relación parte-todo, en el que el todo regula o determina- condiciona las partes. Contexto y circunstancias sociales, culturales, éticas, económicas, profesionales, sanitarias, políticas, ecológicas y cibernéticas en un momento

histórico. Desde el paradigma de la complejidad definimos el cuidado en un ambiente pensado como contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva. El sujeto, aparece visto aquí, con su posibilidad también de influenciar ese ambiente.

CUIDADOS / ENFERMERÍA

Cuidado realizado desde una ética de compromiso social con la salud de todos los sujetos, en tanto individuos, familias y/o comunidades. Conceptualizamos al cuidado de enfermería como la acción humana de profesionales de enfermería, que promueve la vida de las personas, desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social, como una totalidad en la que se incluye el conflicto y entendiendo que el proceso de vivir deviene en destructividad o en protección. Es diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción. El cuidado que va dirigido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes-condicionantes ambientales, sociales y económicos de la salud, respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticas, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas. Promueve en los sujetos, en tanto individuo, familias y/o comunidades, el incremento de las capacidades y habilidades que permitan ejercer su libertad, que refuercen la construcción de vínculos, y el autocentramiento,", lo que se traduce en el concepto de soberanía.Procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias. Con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad. El cuidado que va dirigido al buen vivir y bienestar de los sujetos, considerando la interacción con

condiciones ambientales, sociales, psicológicas, espirituales y económicas de la salud. Es el que se brinda en todos los niveles de atención y en todos los ciclos de la vida, con competencia humanística, política y técnica, de manera integral, en instituciones hospitalarias y comunitarias, mediante una actitud ética y legal garantizando intervenciones libres de riesgos. En síntesis, máxima defensa de la vida, en tanto buen vivir y bienestar.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE INDICADORES DE CUIDADOS

Tal como se propuso, en la segunda investigación (2018-2019), se realizaron entrevistas y se estableció grupo de discusión. Se trabajó en todos los niveles de atención: primer nivel en Centros de Salud (CPS), segundo nivel en Hospitales Provinciales, tercer nivel en Hospital de Rehabilitación, todos de la Región Sanitaria VI, de la Provincia de Buenos Aires.

En total 19 entrevistas/grupo de discusión en 6 Municipios:

- 11 entrevistas en el primer nivel, en 4 municipios: Avellaneda, Almirante Brown, Florencio Varela y Lomas de Zamora.

- 7 entrevistas/grupo de discusión en el segundo nivel en 3 municipios, Almirante Brown, Ezeiza y Lanús, una de ellas en el único Hospital Monovalente Psiquiátrico de la Región Sanitaria VI.

- 1 entrevista en el tercer nivel en Almirante Brown, el único Hospital de Rehabilitación Psico-motriz de la Región Sanitaria VI.

ANÁLISIS PRELIMINARES

Se realizó análisis cualitativo y cuantitativo de las entrevistas y grupo

de discusión.

1. Descripción de los resultados obtenidos.

Con el análisis del resultado de las entrevistas y el grupo de discusión Se generaron 3 grandes categorías de análisis, 2 de ellas con subcategorías:

1.1. Contexto de la práctica social de enfermería según los tres niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, años 2018-2019. Con 8 subcategorías de análisis:

1.1.1. Caracterización del sistema de salud,

1.1.2. Interacción entre instituciones del mismo nivel o con otro nivel,

1.1.3. Trabajo en equipo,

1.1.4. Impacto de los cambios políticos,

1.1.5. Organización y gestión,

1.1.6. Enfermería en la vanguardia y retaguardia,

1.1.7. Formación y capacitación,

1.1.8. Patologías más frecuentes.

1.2. Indicadores de la práctica social de enfermería según los tres niveles de atención del sistema de salud de la Región Sanitaria VI, años 2018-2019. Con 3 subcategorías

1.2.1. Vinculación con la comunidad,

1.2.2. Gestión del cuidado,

1.2.3. Características del vínculo cuidadora/or – persona cuidada.

1.1.3. Enfoque teórico

CONCLUSIONES

En el primer análisis se generaron 2 grandes categorías de análisis, que profundizaremos en la medida y el sentido que lo plantea el material analizado y a partir de las subcategorías generadas, para luego en un último esfuerzo analítico generar una tercera categoría, Enfoque Teórico que integra el análisis de las dos previas:

CONTEXTO DE LA PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE LA REGIÓN SANITARIA VI, AÑOS 2018-2019. CON 8 SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La presente información se obtuvo a partir de entrevistas al personal de enfermería en 10 instituciones del primer nivel de atención, 6 del segundo nivel (una monovalente de salud mental) y 1 del tercer nivel. El sistema público de salud en la Región Sanitaria VI, responde a la forma de organización de la Provincia de Buenos Aires, el primer nivel de atención, compuesto por Centros de Salud (CPS) y Postas Sanitarias, dependen de los municipios; el segundo nivel está compuesto por hospitales de agudos y un hospital que trabaja con pacientes con trastornos psiquiátricos, estos hospitales están distribuidos en los municipios de la Región Sanitaria VI, convirtiéndose en referentes del primer nivel de atención, con una perspectiva hospitalocéntrica, no solo porque los Centros de Salud se encuentran ubicados geográficamente, en barrios

marginales, periféricos, con numerosa población de trabajadoras/es, y vinculadas al hospital desde las normativas hospitalarias, sino porque las actividades de salud que allí se desarrollan poseen frecuentemente un déficit en la franja de atención de médicos de guardia, con alta presencia solo de personal de enfermería para atender todas las demandas de la comunidad, cuestión que implica que son las/los enfermeras/os quienes son muy conocidos por la comunidad y quienes más conocen a ésta.

En varios casos, no se ve que en el hospital se trabaje con perspectiva preventiva, se habla, pero no se practica, reconociendo la importancia de ese trabajo en el primer nivel. De igual manera se plantea como necesaria la tarea de educación para la salud en la comunidad, con un gran déficit en la actual forma de funcionamiento, el personal de enfermería no sale generalmente a la comunidad (si las/os promotoras/es comunitarios). Esto afecta a la población más desprotegida que finalmente asiste al segundo nivel, enferma. En el segundo nivel se observa, según las referencias, más apoyo de recursos en las guardias, y una forma de trabajo más organizada y en equipo. En el hospital monovalente de salud mental funciona el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) muy activo. Mayoría de personas internadas, mujeres y adultas mayores, argentinas de todo el país y latinoamericanas. Refieren déficit edilicio en algunos hospitales, como de personal de enfermería, en algunos casos vinculados a las ausencias y licencias o a la dificultad de nombrar y retener personal. Aurora enfermera en el segundo nivel expresa: "los que perduramos somos los más grandes, los chicos jóvenes se hacen de experiencia y se van porque no tienen sentido de pertenencia al hospital; aquí por ejemplo el sueldo promedio es de 18.000 y gana lo mismo el jefe, supervisor y enfermero, los chicos se preparan acá y después buscan otros horizontes van a CABA, a hospitales, o lugares privados

donde seguramente los toman y están mucho mejor". En el tercer nivel, en el hospital de rehabilitación, refieren la atención a personas de más de 18 años con camas de internación.

Volviendo sobre el primer nivel de atención, dice José, enfermero de un CPS: "la Unidad Sanitaria siempre fue lugar periférico, quiere decir que ese concepto hospitalocéntrico se sigue sosteniendo". Entendemos en ese sentido con Mario Testa (1996) que los países capitalistas dependientes, como ubica el autor a la Argentina, ejercen su dependencia a través de la copia ineficaz de sistemas de organización del sistema de salud, de lo que funciona en otros países, con otras condiciones globales, en nuestro caso con aumento de asignación presupuestaria parcialmente vedada, lo que hace que sean considerablemente ineficaces e ineficientes. Testa (1996) plantea otras diferencias entre países subdesarrollados, que son las diferencias que se establecen entre las áreas urbanas y rurales, por una parte, centrales y periféricas por otra, fundamentalmente en lo que refiere a la concentración de recursos, donde son más favorecidas las áreas urbanas y centrales.

1.2. INTERACCIÓN ENTRE INSTITUCIONES DEL MISMO NIVEL O CON OTRO NIVEL

La interacción entre niveles y dentro del mismo nivel tienen características e intensidad diferente, aunque quienes la mencionan lo hacen para resaltar sus características positivas. La demanda de atención de la comunidad no sigue lineamientos oficiales, las personas que viven cerca de un hospital, acuden a él para todo tipo de consultas, aunque amerite la asistencia en el primer nivel de atención, cuando la complejidad de su demanda es baja. En los CPS de un municipio, toman decisiones y realizan actividades conjuntas con otros

CPS del mismo municipio, dirigidas a la capacitación del personal de enfermería fundamentalmente; también hay algunas experiencias de integración entre diferentes niveles de atención; o consultas entre niveles, básicamente apoyada en relaciones personales establecidas por las/os propias/os trabajadoras/es y en base a su propia iniciativa y no respondiendo a una normativa que los integre.

Se refiere un efectivo servicio de traslados a través del SAME, se usa el número telefónico 107 (línea pública y gratuita) para solicitar las derivaciones. En los casos que existe una normativa y se aplica se refiere un proceso de derivaciones útiles para las personas cuidadas. Sandra, enfermera en el primer nivel refiere: "antes de darle el alta (en el hospital) se le pregunta qué centro le queda más cómodo a la mamá, para asegurarse que el bebe tenga su primera atención. En oficina de referencia- contrarreferencia te buscan los centros para su primer control, si no va, las promotoras de salud concurren a la casa para saber porque no fue…". En el caso mencionado el sistema de salud busca soluciones que se fundamentan en los derechos y necesidades de las personas y familias cuidadas.

Lo mismo sucede en el hospital monovalente de salud mental, el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) planifica y ejecuta integración del hospital con la comunidad. "…en el hospital tenemos una sala que es residencia, lo que se hace allí es reeducarlas, porque son pacientes próximas a externarse, las ayudan a cocinarse, a convivir, a ir al banco, les enseñan a manejarse en colectivos. Pasan a casa del medio camino, siempre se trata de que salgan varias juntas, para apoyo mutuo …" Carlos y Yesica, enfermero/a, 2do nivel.

TRABAJO EN EQUIPO

Se plantea en algunas entrevistas la concepción de que el trabajo en equipo es esencial para lograr mejores resultados en la salud de toda la comunidad. A través del buen trato, de la comprensión de otras profesiones y haciendo conocer la propia. El trabajo en equipo al igual que otros aspectos de funcionamiento del sistema de salud, es dispar, se da en áreas, o en instituciones o entre áreas o entre instituciones y en otras no. Se observan diversas actividades en equipo en el primer nivel de atención y en las áreas cerradas (Unidades de Cuidados Intensivos) del segundo nivel de atención, donde además refieren mayor libertad de acción. En los centros de salud hay diversas disciplinas y se realizan diversas actividades: médicos clínicos, pediatras, psiquiatras, ginecólogos, obstetras, trabajadoras sociales, sicopedagogos, personal de maestranza, promotoras de salud, administrativos/as, enfermería interactúa con todos de diferentes maneras. En algunos casos sale el equipo para hacer trabajo comunitario, la mayoría de los casos sin presencia de personal de enfermería, si con promotoras comunitarias. En algunos casos se refiere déficit de trabajo en equipo entre el personal médico y el de enfermería. Algunos hablan de crisis vocacional, manifestada por el poco compromiso con el trabajo de las personas con más de 20 años de trabajo, otras/os piensan que ningún obstáculo es generado por enfermería. Se identifican diferencias, en el segundo nivel, en las formas de trabajo por turno, en turno mañana y tarde más individualistas, turno vespertino y noche más trabajo en equipo, más solidarias/os. Hay una ley que contribuye, por otro lado, con el déficit de trabajo en equipo entre el propio personal de enfermería, tal lo es las que rigen en los hospitales provinciales; por un lado se trabaja con la ley 10.430 que agrupa a enfermeras/os y técnicas/os de

la salud (con formación terciaria) y la otra ley o de carrera profesional 10.471, en la que encuadran las/os licenciadas/os, estas diferenciaciones se realizan en una misma institución regulando de manera diferente al mismo personal de enfermería, "debería haber una ley única para enfermería que no sea tan discriminativa", dice Claudio, enfermero de un hospital. En el tercer nivel trabajan enfermeras/os, operadoras/es terapéuticas/os, médicas/os, nutricionistas, kinesiólogas/os, fisiatras, psicólogas/os, psiquiatras, consideran muy buen trabajo en equipo centrados en la recuperación de las personas cuidadas, consideran además que hay mucho apoyo de la dirección y del equipo de gestión del hospital.

1.3. IMPACTO DE LOS CAMBIOS POLÍTICOS

Algunas de las consideraciones obtenidas refieren al contexto de gobierno de la alianza Cambiemos tanto en la Provincia de Buenos Aires como en Nación, momento en que se hace este estudio. Si bien no es esta una categoría donde hayan abundado los testimonios, mereció ser tomado en cuenta por la relevancia de los mismos, donde se refiere que quienes administran (los fondos) se transforman en la máxima autoridad, se desmejoró la vinculación entre niveles, o la falta de concursos para los cargos de personal; "… con los cambios políticos, tiene que ver con algo que baja de arriba, a veces dificulta el proceso "José Luis, enfermero del primer nivel.

1.4. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

En las instituciones del primer nivel de atención (CAPS y postas

sanitarias) se desarrollan fundamentalmente actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Algunos CAPS trabajan 24 horas, 365 días al año, con guardias de emergentología. La dirección de esas instituciones no siempre está a cargo de médicas/os. La coordinación de enfermería a nivel municipal está a cargo de una o más personas que dependen de la Secretaria de Salud y su tarea es programar el trabajo del resto del personal de enfermería del primer nivel de atención. En el primer nivel en general se designan coordinadoras/es de enfermería, en algunos casos más de una persona, para varios CAPS. Los profesionales de diferentes especialidades tienen días específicos de atención. En este nivel de atención la organización y gestión de enfermería gira en torno a la actividad de vacunación, siendo el resto de las tareas, de menor envergadura e importancia. El personal de enfermería atiende desde que se abre hasta que se cierra cada lugar de atención. En las Postas Sanitarias atiene la/el enfermera/o con otro profesional. Las/os promotoras/es de salud, acercan el sistema de salud a la comunidad: detectan pacientes crónicos sin control, bebes sin control, niños/as que necesitan ser vacunados, etc. Con las indicaciones/órdenes que reciben las/os pacientes, pueden ser atendidas/os en cualquier institución. En el segundo nivel se señalan aspectos más complejos en la tarea de quienes gestionan, ya sea por el déficit numérico de personas para cubrir las tareas a su cargo, por ejemplo la creación de más servicios, el crecimiento de la población a ser atendida, con escaso personal la mayoría de las veces y las ausencias de ese mismo personal, como una dificultad muy frecuente, por otro lado, se indica que el cargo de supervisión no establece diferencias en el sueldo, con número también insuficiente de personal de supervisión, llegando inclusive a quedar algunos horarios sin supervisión de enfermería. "…Soy supervisora de turno mañana, la función principal es resolver

los problemas, que son múltiples, variados…" Elena, enfermera segundo nivel de atención.

1.5. ENFERMERÍA EN LA VANGUARDIA Y RETAGUARDIA

En todos los niveles de atención de la salud se evidencia la problemática del déficit numérico de personal. En general señalan que cada persona tiene más de un trabajo, o hacen horas extras. Las//os médicas/os y otro tipo de profesionales no aceptan en algunos casos, trabajar en zonas marginales, consideradas peligrosas. La mayoría de las/os enfermeras/os hacen reemplazos, trabajo continuo, ello genera déficit en la calidad de los cuidados, algunos jefes atribuyen el déficit de calidad en los cuidados a la falta de vocación. Otras/os reconocen en las/os enfermeras/os la calidad humana. Se menciona el déficit numérico de medicas/os, que genera largas esperas por parte de las personas que consultan. En algunos casos, las tareas médicas deben ser sustituidas con la tarea del personal de enfermería, lo que implica, déficit numérico, recargo de tareas, trabajo en "soledad" atendiendo inclusive "a demanda" a la comunidad, sin turnos y el enfrentarse a situaciones dilemáticas ya que se debe actuar con el respaldo legal que no siempre se tiene. Debido a su amplio conocimiento en diversos aspectos de la salud, enfermería es muy versátil, no obstante, los cambios forzados, por caso, el incendio de gran parte del Hospital Oñativia, generan angustia y descontento generalizado. En el primer nivel esta intensidad en la tarea redunda en un mayor conocimiento de la comunidad por parte de enfermería y la posibilidad de reconocerse mutuamente por el nombre. En los hospitales hay turnos y áreas donde no hay médicos, quienes atienden primordialmente en el turno mañana, solo en las áreas cerradas enfermería

puede garantizar trabajo en equipo, en las guardias en algunos lugares tienen pacientes hasta en los pasillos, en general, la proporción de pacientes por enfermera/o, es alta. "…esa es la dotación total, la real es otra cosa y pasa en todos los hospitales, carpeta médica, etc." Carlos, enfermero segundo nivel de atención.

1.6. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

A pesar del déficit numérico, es relevante la calidad de formación referida por el personal de enfermería, ya que se menciona en la mayoría de los casos la alta proporción de enfermeras/os y licenciadas/os frente a el número de auxiliares de enfermería. Dentro del grupo de enfermeras/os se menciona la importancia del aporte numérico del Plan Eva Perón, que hasta 2015 formó enfermeras/os en la Provincia de Buenos Aires. En cuanto a la capacitación del personal de enfermería, se le da mucha importancia y se lo menciona en todas las entrevistas. Todos los temas de capacitación se aprueban primero a nivel central. Se planifican actividades de capacitación en todas las áreas y temas relevantes para el primer y segundo nivel, vinculados a la tarea cotidiana: vacunación, infectología, programas en funcionamiento. resolución de conflictos, armado de proyectos de trabajo, heridas, paciente quemado en la guardia, dolor.

En cuanto al cuidado del que cuida se plantea: afrontamiento a la muerte, es relevante el apoyo de otras disciplinas (sociología, psicología, etc.). Hay referencia a que en el hospital la capacitación no debe ser solo desde la mirada técnico-asistencial, debiendo incluir aspectos vinculados a un enfoque integral del cuidado de la salud. Los procesos de trabajo son diferentes, en algunos casos sin apoyo económico ni de otro tipo de recursos, son actividades

valoradas, como la organización de una jornada científica de enfermería, que se realiza con mucho esfuerzo, sumado a otras actividades de gestión muy demandantes. Por otro lado, existe la dificultad de capacitar grupalmente en horario de trabajo, ya que, por el déficit numérico de personal, no se pueden organizar salidas organizadas en dichos horarios. Hay experiencia de prácticas de vacunación con graduación de las dificultades, se les amplia responsabilidad en la medida que adquiere habilidades/competencias. Hay algunas experiencias exitosas, donde se integra primer y segundo nivel, nos cuenta una enfermera de un vacunatorio en el segundo nivel, "y nos fuimos capacitando, cada una en su turno; una vez al mes en la secretaria de salud tenemos una reunión, en esa reunión … nos capacitan, orientan y nos escuchan lo que pasa en nuestros espacios…"

1.7. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Se menciona que se presentan patologías de todo tipo, entre ellas: embarazo adolescente, tuberculosis, aumento de diabetes, accidente cerebro vascular; algunas problemáticas psicosociales como violencia intrafamiliar, abusos, adicciones, familias ensambladas que comparten vivienda de hasta cuatro generaciones juntas, personas jóvenes enfermas que no se tratan, y en algunos casos, iatrogenias del equipo de salud.

2. INDICADORES DE LA PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE LA REGIÓN SANITARIA VI, AÑOS 2018-2019. CON 4 SUBCATEGORÍAS

2.1.VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD (47 INDICADORES DE CUIDADOS DE LA PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA)

Primer nivel: refieren claro conocimiento de la población aplicando ese conocimiento a sus acciones. 1. Interactúa con la población. 2. Realiza cuidados sociales en relación con otras instituciones. 3. Brinda cuidados solicitados ante demanda espontánea. 4.Realiza cuidados de guardia sin trabajar en la guardia. 5. Habla con el paciente al ingreso para determinar el origen de su problemática. 6. Identifica las características culturales de la comunidad para adecuar los cuidados. 7. Trabaja con referentes barriales. 8. Considera que las personas de la comunidad son sujetos miembros del equipo de salud, no objetos. 9. Establece comunicación efectiva con la comunidad. 10. Informa a la comunidad el propósito que se busca en salud. 11. Cuida teniendo en cuenta la dificultad de quienes no saben leer. 12. Observa en qué medida se repiten los casos para informar al resto del equipo (ejemplo: aumento de casos de sífilis). 13. Sale a la comunidad, realizando control de cartilla de vacunación, para completar las vacunas faltantes. 14. Realiza cuidados preventivos y promotores en comedores, jardines, centros de jubilados.15. Vacunan en el centro asistencial e inclusive en las escuelas. 15. Considera relevante trabajar en poblaciones vulnerables que no acuden al centro de salud. 16. Hace relevamiento de datos comunitarios. 17. Hace diagnóstico sanitario, para brindar luego los cuidados de la salud. 18. Hace diagnóstico socio sanitario, centrado en incidencia y prevalencia de casos (TBC, sífilis). 19. Considera relevante, para llevar adelante la tarea, la aceptación del equipo de salud por parte de la comunidad. 20. Realiza los cuidados con el acompañamiento de promotores/as de salud. 21. Brinda cuidados preventivos de la enfermedad y promotores de la salud a grupos de diferentes culturas y etnias.

22. Cuida con competencia cultural. 23. Brinda cuidados de seguimiento y acompañamiento en domicilio a personas que sufren TBC (haciendo: verificación de toma de medicamentos registrados por familia, entrega de medicamentos, testeo de VDRL. testeo de esputo ante sospecha de TBC, citas al centro de salud, derivación al hospital, pedido de medicación). 24. Brinda cuidados familiares en el domicilio con entrega de medicamentos. 25. Brinda cuidados interdisciplinarios con obstetricia, ginecología, trabajadoras/es sociales, diabetóloga/o, nutricionistas, y con algunas otras disciplinas y cuidados en equipo con las/os propias/os enfermeras/os. 26. Mantiene registros de las familias de la comunidad. 27. Realiza cuidados de promoción de la salud mediante educación para la salud. 28. Brinda cuidados de prevención de la enfermedad (haciendo registro, seguimiento y vacunación de su comunidad, sarampión ahora en base al aumento de casos). 29. Brinda cuidados comunitarios preventivos de la enfermedad y promotores de la salud específicos (cáncer de mama, recién nacidos con sífilis, vacunas, TBC. Toma de talla, peso, glucemia, TA, primeros auxilios, derivación ante sospecha de abuso infantil, educación sexual y procreación responsable). 30. Brinda cuidados preventivos de la enfermedad en la sala de espera del centro de salud, casa por casa, en las escuelas). 31. Cuida prestando atención a lo que dicen las personas cuidadas, para evaluar evolución del tratamiento y origen de otros problemas. Segundo nivel, en los hospitales refieren importantes datos de contexto y referencias a las prácticas sociales de enfermería en términos de "no prácticas" o lo que antes se refirió como el sujeto de deseo que se piensa desde la carencia y genera deseo, donde ambos se funden en un escenario político que anima la tensión hacia el otro, en un marco de igualdad jurídica, desde una filosofía de la inclusión y de igualdad, orientada hacia una política más dinámica, solidaria y creativa, por lo que estos no se han

podido transformar en indicadores, y muestran que el contacto más cercano a la comunidad lo llevan a cabo el Hospital neuropsiquiátrico y el hospital que tiene parte de sus instalaciones fuera de servicio por el incendio en 2018. En el segundo nivel las referencias a la articulación con la comunidad, es menos frecuente. No obstante, en el segundo nivel: 32. diagnostica necesidades de la comunidad, para luego brindar cuidados específicos. 33. En servicio de shock room, realiza admisión de la persona cuidada. 34. Brinda cuidados a partir del análisis de la situación de la persona cuidada. 35. Brinda cuidados durante el traslado de personas cuidadas. 36. Cuida a las personas y la comunidad en lo biológico, psicológico y social. 37. Aplica vacunas afirmando la obligatoriedad de estas. 38. Se capacita para redefinir o mejorar sus funciones de cuidado. 39. Brinda cuidados de higiene y confort. En hospital neuropsiquiátrico toda la tarea es comunitaria en programa de externación (PREA): 40. Valora si las personas externadas están en condiciones adecuadas, seguimiento, evaluación, verifica tratamientos, seguimiento de la vida y pautas de alarma. Brinda cuidados dirigidos a la comunidad, con planificación previa para: 41. Externación de personas cuidadas en hospital neuropsiquiátrico; la enfermera de la "casita": 42. Brinda cuidados ante cualquier emergencia que presente la persona externada, realizando visitas diarias a las mismas. En el PREA: 43. Brinda cuidados de rehabilitación para las personas cuidadas tales como educación sobre cocina saludable y actividad física, acompañamiento en paseos de pacientes con el familiar, reeducación en el uso del cepillo de dientes, lavado de manos con jabón líquido y toallas de papel, escuchar música, ver futbol, cuidados comunitarios que exceden los períodos de crisis. 44. Adecua los cuidados al tipo de necesidades. 45. Brinda cuidados de pronta atención, 46. Brinda cuidados gerontológicos. 47. vacunación a niñas/os y adultas/os según normativa vigente.

2.2. GESTIÓN DEL CUIDADO (13 INDICADORES DE LA PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA)

En el primer nivel de atención: 1. La/el coordinadora/or apoya a quienes cuidan cuando existen dificultades de distinto tipo. 2. planifica. 3. capacita.

Segundo nivel de atención: 4. Realiza control de las personas a cargo con lectura de los reportes. 5. Participa en reuniones de equipo incluido el personal de limpieza. 6. Participa en reuniones con personal superior. 7. Coordina y organiza los cuidados. 8. Distribuye el personal según la capacitación y el perfil del profesional. 9. Cuida a los cuidadores ya sea conteniendo, acompañarlos cuando son agredidos, guiándolos y en forma indirecta a la persona cuidada. 10. Realiza gestiones para cuidar a los que cuidan. 11. Coordina la gestión del cuidado con otra persona. 12. Resuelve problemas. 13. Capacita al personal.

2.3. CARACTERÍSTICAS DEL VÍNCULO CUIDADORA/OR – PERSONA CUIDADA. (11 INDICADORES DE LA PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA.)

Primer nivel de atención: 1. Brinda cuidado en base a buenos vínculos con las personas cuidadas. 2. Brinda el cuidado con empatía poniéndose en el lugar del otro. 3. Brinda el cuidado ante demanda espontánea. 4. Brinda cuidados de orientación para que la persona conozca lo que necesita hacer para solucionar sus dificultades. 5. Establece vínculos con personas de la comunidad de diferentes maneras.

Segundo nivel de atención: nuevamente en los hospitales refieren importantes datos de contexto y referencias a las prácticas sociales de

enfermería en términos de "no prácticas" o las prácticas que se desean, por lo que estos no se han podido transformar en indicadores, si aparece: 6. Brinda cuidados de admisión del paciente con análisis de situación. 7. Brinda cuidados humanizados. 8. Brinda cuidados con empatía.

Tercer nivel de atención: 9. Brinda cuidados con empatía hacia la persona cuidada con alta proporción de escucha. 10. Brinda cuidados de respuestas a las dudas. 11. Brinda cuidados educativos.

3. ENFOQUE TEÓRICO

Uno de los supuestos de este estudio es que, un componente de la estructura jerárquica del conocimiento es el indicador empírico y se lo define como un concepto muy concreto y específico; un instrumento real, una condición experimental para observar o medir un concepto. Por ello es relevante comprender en la estructura del conocimiento de esta enfermería, la de estos profesionales de enfermería, a partir de sus prácticas, cuál es el modelo o los modelos conceptuales y a las teorías a los que remiten esas prácticas que pueden favorecer u obstaculizar la mayor calidad de los cuidados que brindan al sujeto, familia y comunidad.

A partir de los 75 indicadores de cuidados de la práctica social de enfermería se puede inferir la concepción teórica que da sustento a esas prácticas y del contexto en el que tienen lugar.

En los datos de contexto se plantea una perspectiva que se encuentra en algunos casos, cerca de los modelos y teorías tradicionales y anglosajonas que promueven prácticas con mirada individualista, patologisista, hospitalocéntrica, biologista y mercantilista en el sentido de las especificaciones

previas y posteriores a este párrafo. Durante el adentramiento en los indicadores de la práctica social de enfermería, en el segundo nivel, hay formas de trabajo en proporción, más cerca de esos modelos y teorías tradicionales y anglosajonas, expresado en varios casos desde la "no práctica", lo que también aporta la posibilidad de otro análisis, el que las acciones que se enuncian con la negación de lo que se entiende "debería" ser, está expresando una posición ideológica frente a los modelos de cuidado. Brauer (1993) plantea como una de las posibilidades de "leer" la negación desde la consideración que son actitudes "negativas" que "en nada contribuyen" a alcanzar un fin propuesto, lo que se opone a sus planes, expectativas o esperanzas, lo que nos aparta de la senda correcta. Ratificando análisis previos aquí aparece el sujeto de deseo que se piensa desde la carencia y genera deseo, que se funden en un escenario político que anima la tensión hacia el otro, en un marco de igualdad jurídica, desde una filosofía de la inclusión y de igualdad de géneros. Un escenario político más dinámico, solidario y creativo. En todo caso, no se han encontrado palabras o argumentos para expresar lo" que se hace" y "por qué se lo hace", que vislumbren la defensa de modelos y teorías tradicionales y anglosajonas, aunque es posible entender que lo que se trata de describir es lo que, según Johnson (1987), aparece en la práctica diaria por parte de enfermería, donde algún tipo de marco de referencia implícitos se utilizan y la imagen mental que toman las/os enfermeras/os en su práctica, frecuentemente están muy cargados por conceptos que se han tomado de los esquemas conceptuales que ha utilizado la medicina para lograr su propia misión social; en ese sentido reiteramos con Testa (1996) que existe una ideología sanitaria biologista que entiende a los problemas de salud como problemas individuales y son los que se apartan de la normalidad biológica, y la etiología y la patogenia de las enfermedades solo

remiten a las causas y a la forma de respuesta médica, entendemos que estas concepciones se potencian cuando la perspectiva de un sistema de gobierno, lo hace desde concepciones neoliberales, donde prevalecen los valores ligados al mercantilismo, y en ese caso el costo de la salud es un gasto y no una inversión. Ello ocurre como consecuencia de una doble circunstancia: por una parte por la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población, sino solo para aquella que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar y en estrecha relación con lo anterior, entran las consideraciones de costos, lo decíamos antes, de modo que la atención primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema (Testa, 1996). En esos casos, podemos también pensarlos desde el papel de los procesos de constitución y reproducción de los territorios existenciales autorreferenciales a los cuáles los trabajadores están "pegados", como resultado de procesos agenciadores subjetivantes que los producen como "grupos sujetados", al decir de Guattari.

Los aspectos de la "no práctica" o "prácticas deseadas", han sido evidenciados en perspectivas tales como: no se ve que en el hospital se trabaje con perspectiva preventiva, donde se habla, pero no se practica; donde no abundan experiencias exitosas integrando primer y segundo nivel. Una sujeción a un contexto que ha sido relatado como: que quienes administran, en términos económicos, se transforman en la máxima autoridad del sistema de salud; donde solo en las áreas cerradas enfermería puede garantizar trabajo en equipo y donde al mismo tiempo refieren mayor libertad de trabajo, donde en las guardias, en muchas ocasiones se realiza bajo condiciones extremas en cuanto a demanda de

cuidado y escases de recursos en cuanto a respuesta del sistema de salud, como cuando tienen personas cuidadas hasta en los pasillos; donde existen leyes que contribuyen a la disociación dentro del propio equipo de enfermería, por un lado se trabaja con la ley 10.430 que agrupa a enfermeros y técnicos de la salud (con formación terciaria) y la otra ley o de carrera profesional, separando en ocasiones hasta la conducción de los conducidos.

En el primer y el tercer nivel de atención se encuentra una mirada cerca de una **perspectiva nacional y latinoamericana,** que defendemos desde los **cuidados del buen vivir y el bienestar,** que incluye en su definición la perspectiva que se tiene de persona, entorno o ambiente y salud y que promueven cuidados como máxima defensa de la vida, aunque en menor medida, esos rasgos aparecen en el segundo nivel. Es así cuando se especifican cuestiones tales como: que son las/los enfermeras/os quienes son muy conocidos por la comunidad y quienes más conocen a ésta; cuando se aplica un proceso de derivaciones útiles para las personas cuidadas; cuando el sistema de salud busca soluciones que se fundamentan en los derechos y necesidades de las personas y familias cuidadas; cuando se planifican actividades de capacitación en todas las áreas y temas relevantes para el primer y segundo nivel, vinculados al cuidado de las personas, familias y comunidades: vacunación, infectología, programas en funcionamiento, resolución de conflictos, armado de proyectos de trabajo, heridas, paciente quemado en la guardia, dolor; cuando en el hospital monovalente de salud mental, el PREA planifica y ejecuta integración del hospital con la comunidad; cuando la concepción de que el trabajo en equipo es esencial para lograr mejores resultados en la salud de toda la comunidad, a través del buen trato, de la comprensión de otras profesiones y haciendo conocer la propia; cuando en los centros de salud hay diversas disciplinas y actividades:

médicas/os clínicas/os, pediatras, psiquiatras, ginecólogas/os, obstetras, trabajadoras/es sociales, sicopedagogas/os, personal de maestranza, promotoras/es de salud, administrativas/os y enfermería interactúa con todas de diferentes maneras; cuando psicólogas/os, psiquiatras, consideran muy buen trabajo del equipo cuando están centrados en la recuperación de las personas atendidas; cuando se percibe que hay mucho apoyo de la dirección y del equipo de gestión del hospital. Cuando en diversos casos se plantea un enfoque integral, atendiendo lo biológico, lo psicológico y lo social; por ejemplo, dándole gran relevancia a los aspectos culturales, a la vivienda. Cuando respetan a los propios referentes comunitarios, y le otorgan importancia al buen vínculo con la comunidad para la aceptación de propuestas de salud. Cuando entienden la importancia de la cercanía con la comunidad, y de las mejores posibilidades de calidad en el cuidado en ese modo de comunicarse. Cuando se busca realizar la tarea en la comunidad aunque se lo impidan las normas institucionales, y a ello se refieren cuando indican como necesaria la tarea de educación para la salud en la comunidad, con un gran déficit en ese momento, por la forma de funcionamiento, ya que el personal de enfermería no está habilitado para salir, generalmente, a la comunidad (si las/os promotoras/es comunitarias/os) y están desconformes porque esto afecta a la población más desprotegida que finalmente asiste al segundo nivel, enferma. Cuando plantea una perspectiva epidemiológica e incluyendo otros aspectos de la salud, además del biológico. Cuando se le da importancia a la planificación. Cuando hablan de trato humano, con empatía, de la necesidad que la/el enfermera/o debe tener afecto por las especialidades donde trabaja. Cuando expresan la intolerancia al maltrato en siquiatría. Cuando se cuida en base a las necesidades de las personas. Cuando se relaciona lo científico con lo humano. Cuando se cuida integralmente incluyendo a la familia,

o sea, cuidados biosicosociales que incluye su entorno. Cuando el enfoque es preventivista de la enfermedad y promotor de la salud. Cuando se define a la enfermería bajo el paradigma de la transformación. Cuando se habla de empatía hacia el paciente y de mucha escucha. Cuando se le da importancia al dar respuestas a dudas de las personas bajo su cuidado; cuando se cuida educando.

Entendemos que estos indicadores de prácticas sociales de enfermería son cuidados realizados desde una perspectiva nacional y latinoamericana, que desde los cuidados del buen vivir y el bienestar hemos identificado vinculados a una ética de compromiso social con la salud de todos los sujetos, en tanto individuo, familias y/o comunidades. Cuidado de enfermería como la acción humana de profesionales de enfermería, que promueve la vida de las personas, desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social, como una totalidad en la que se incluye el conflicto y entendiendo que el proceso de vivir deviene en destructividad o en protección. Cuidado diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción. Dirigido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes-condicionantes ambientales, sociales y económicos de la salud, respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticas, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas. Que promueve en los sujetos, en tanto personas, familias y/o comunidades, el incremento de las capacidades y habilidades que permitan ejercer su libertad, que refuerce la construcción de vínculos, y el autocentramiento", lo que se traduce en el concepto de soberanía. El cuidado que procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias. El que admite la posibilidad de la creatividad y la solidaridad. El cuidado que va dirigido al buen vivir y bienestar de los sujetos, considerando la

interacción con condiciones ambientales, sociales, psicológicas, espirituales y económicas de la salud. El cuidado que se brinda en todos los niveles de atención y en todos los ciclos de la vida, con competencia humanística, política y técnica, de manera integral, en instituciones hospitalarias y comunitarias, mediante una actitud ética y legal, garantizando intervenciones libres de riesgos. En síntesis, máxima defensa de la vida, en tanto buen vivir y bienestar.

Finalmente concluimos que los objetivos fueron alcanzados en la medida que se 1. determinaron los modelos conceptuales y teorías de enfermería con las que se vinculan los Indicadores de esa práctica social en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, año 2018-2019. Objetivo general alcanzado partir de alcanzar los objetivos específicos de 1.1. se identificaron las prácticas sociales de enfermería vinculados a modelos conceptuales y teorías de enfermería tradicionales y anglosajones. 1.2. se identificaron los indicadores de prácticas vinculados a perspectivas que se alejan de los modelos y teorías tradicionales y anglosajonas. 1.3. se caracterizaron los modelos conceptuales y teorías que surgen de las prácticas que se alejan de las perspectivas tradicionales y anglosajonas.

Estas conclusiones muestran lo que afirma la hipótesis de este trabajo: los modelos conceptuales y teorías de enfermería vinculados con las prácticas sociales de enfermería, en la región Sanitaria VI, años 2018-2019, son diversos y hasta contradictorios.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS:

Retomamos aquí el sentido de contexto, reconociendo que la acción social es concebida en virtud de una estructura social que la determina, y al

mismo tiempo deja un espacio a la voluntad de la persona mediante el sentido subjetivo y su personalidad. Lo político es una dimensión propia de toda individualidad humana que se produce en el mundo: lugar de encuentro, diálogo, negociación, pacto y circulación de la palabra (Arendt, 1987). El ejercicio de ciudadanía requiere de la libertad que surge de igualdades básicas y el respeto a cada uno de los ciudadanos. En ese sentido es relevante reconocer que el estudio se llevó adelante exactamente en la segunda mitad del período de gobierno de la alianza Cambiemos, que defendió una perspectiva que se encuentra en las antípodas del período gubernamental que se inicia y que quedó reflejado en las características del contexto, que aquí se mostraron. Por ello es relevante suponer que un nuevo contexto generara nuevos procesos de constitución y reproducción de los territorios autorreferenciales a los cuáles se "pegaran" los trabajadores, y en esa dirección del análisis, sería sumamente interesante:

> a) Poder repetir este estudio en nuevos contextos, en mayor medida considerando la emergencia sanitaria que estamos transitando, aun sin saber cuándo finaliza, y tomando en cuenta las actuales nuevas maneras de integración y trabajo solidario que incluye el aporte de diferentes jurisdicciones, niveles de atención y disciplinas, donde la enfermería a cobrado la relevancia que muchas veces se niega, tal los testimonios aquí vertidos.
>
> b) También retomamos a Merhy (2016) desde el concepto de "autogobierno" que plantea incluso la posibilidad de "privatizar" el uso del propio espacio de trabajo cotidiano, sin tener que rendir cuentas de qué hace y porque lo hace, y es siguiendo esta idea, que entendemos que necesariamente en el esfuerzo por mejorar la calidad de los

cuidados, es importantísimo abordar una tarea de mejoramiento de la calidad de los cuidados desde la micropolítica, en eso que él denomina el "acto vivo en salud". Y en ese sentido la investigación- acción estaría habilitando a generar instancias de capacitación, que en el estudio fue muy bien valorada por la mayoría, lo que permitiría obtener un mayor conjunto de saberes, del cual se dispondría para la producción de cuidados de salud, ya sea en forma individual o en equipo, y en ese caso, mayor será la posibilidad de comprenderse el problema enfrentado en la salud y mayor la capacidad para enfrentarlo de modo adecuado.

Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería

ABYA YALA HISPANOAMÉRICA AMÉRICA PRO
ENTORNOS SALUDABLES

Este libro está dirigido fundamentalmente a quienes estudian o ejercen la enfermería y a quienes se interesen por pensar los cuidados de manera integral, más allá de las disciplinas.

Surge en el marco del desarrollo de investigaciones teóricas orientadas a crear, revisar, contrastar y/o discutir modelos teóricos de enfermería con el objeto de proveer de manera crítica a la comprensión y constitución de bases teórico/filosóficas de la enfermería que respondan a nuestra realidad y tiempo para construir las bases de un relato identitario propio que no siga dependiendo de construcciones ajenas.

El buen vivir plantea una interrelación de la persona con el todo, que genera armonía y con ello la vida en plenitud, sus modelos éticos fortalecen las relaciones interculturales mirando a los otros como iguales y en estos tiempos busca aportar soluciones que pongan freno a la desigualdad social, es aquí donde se presenta una intersección con la idea de bienestar en su sentido más político.

Los autores y autoras de este libro, son profesionales de enfermería y otras disciplinas, de Argentina, Colombia y de España, que están vinculados/as a las áreas de interés, y que exploran conceptualmente, plantean metodología y presentan casos sobre diversos aspectos del "cuidado" y vinculaciones con los conceptos "buen vivir" y "bienestar", en la mayoría de los casos pensados en contexto de pandemia y en clave nacional y latinoamericana.

Se trata de la tercera etapa de un proceso de trabajo investigativo del Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, de la Universidad Nacional de Lanús, que se constituye a partir de 2015, con catorce enfermeras y enfermeros, bajo la dirección del Lic. Ramón Álvarez y la co-dirección de la Mgter. Silvia Cárcamo, y que a partir del año 2018 hasta la actualidad dirige la Mgter. Silvia Cárcamo y co-dirige la Esp. Ester Armand Ugon, conformado en este momento por dieciséis personas.

Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería

ISBN 978-987-3640-33-9

editorial FEDUN