Antropología de la salud en América Latina

Aflicciones, políticas públicas, pluralismo médico, prácticas de cuidado y tecnologías

María E. Epele, Silvia Hirsch, Susana Margulies,
M. Susana Ortale, Alejandra Roca
(compiladoras)

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

EDITORIAL UNRN
hya ediciones
edunam
Editorial Universitaria
FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

Antropología de la salud en América Latina

Antropología de la salud en América Latina

Aflicciones, políticas públicas, pluralismo médico, prácticas de cuidado y tecnologías

María E. Epele, Silvia Hirsch, Susana Margulies,
M. Susana Ortale, Alejandra Roca
(compiladoras)

César Ernesto Abadía-Barrero
Joseph J. Amon
María Sol Anigstein Vidal
João Biehl
Constanza Biscarra Mc-Naughton
Octavio Bonet
María E. Epele
Natália Helou Fazzioni
Soraya Fleischer
Oliva López Sánchez
Eduardo L. Menéndez
Rubén Muñoz Martínez
Lucas E. A. Prates
Alejandra Roca
Fabiola Rohden
Anabel Sepúlveda Matus

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

EDITORIAL UNRN
hya ediciones
edunam Editorial Universitaria
FILO:UBA Facultad de Filosofía y Letras

COMISIÓN COORDINADORA DE LA RED ARGENTINA DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD, REDASA

Ana Pérez Declercq
Raquel Drovetta
María E. Epele
Mariana Lorenzetti
María Eugenia Morey
M. Susana Ortale
María Laura Recoder
Alejandra Roca
María Emilia Sabatella
María Eugenia Suarez
Anahí Sy
Marcela Valdata

COMITÉ CIENTÍFICO

Ana Dominguez Mon
(UNRN, Argentina)
Silvia Hirsch
(UNSAM, Argentina)
Ceres Gomes Victora
(UFRGS, Brasil)
Sonnia Romero Gorski
(UdelaR, Uruguay)
Sonia Maluf
(UFSC, Brasil)
Susana Margulies
(UBA, Argentina)
Eduardo L. Menéndez
(CIESAS, México)
M. Susana Ortale
(UNLP, Argentina)
Rosa María Osorio
(CIESAS, México)

Antropología de la salud en América Latina: aflicciones, políticas públicas, pluralismo médico, prácticas de cuidado y tecnologías / María E. Epele ... [et al.] ; Compilación de María E. Epele ... [et al.]. - 1a ed. - : Silvia Hirsch ; Río Negro : Editorial UNRN-Universidad Nacional de Río Negro ; Buenos Aires : Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires-UBA ; Rosario : Editorial de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario-UNR ; Posadas : Editorial de la Universidad Nacional de Misiones-Edunam ; Buenos Aires : redASA-Red de Antropología y Salud de Argentina, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-01-9470-7

1. Antropología Social. 2. Salud. 3. América Latina. I. Epele, María E. II. Epele, María E., comp.
CDD 301

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.
Los contenidos de este libro de actas son responsabilidad única y exclusiva de los autores firmantes de cada texto en particular.

ÍNDICE

Agradecimientos 7

Introducción 9
Aflicciones, políticas públicas, pluralismo médico, prácticas de cuidado y tecnologías
María E. Epele, Silvia Hirsch, Susana Margulies, M. Susana Ortale, Alejandra Roca

Corte Suprema versus necropolítica: la caótica judicialización de COVID-19 en Brasil 27
João Biehl, Lucas E. A. Prates y Joseph J. Amon

Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares 51
Eduardo L. Menéndez

Entre a vulnerabilidade e os improvisos: a experiência de médicos de família e comunidade no Rio de Janeiro 67
Octavio Bonet y Natália Helou Fazzioni

Determinaciones socioculturales y desigualdad afectiva: una experiencia investigativa desde la salud mental colectiva 93
Oliva López Sánchez

Etnografías a contracorriente en salud mental 123
María E. Epele

Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida 149
Rubén Muñoz Martínez

Capitalismo, salud y comunidades de cuidado: sanando heridas coloniales 185
César Ernesto Abadía-Barrero

¿Es posible una antropología de la salud humana y otra que humana? Aportes desde las "socioecologías de cuidado" a propósito del debate sobre *Una Salud-One Health* 213
María Sol Anigstein Vidal, Anabel Sepúlveda Matus y Constanza Biscarra Mc-Naughton

Vida saudável *versus* vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento e a exigência de novos percursos teóricos 233
Fabíola Rohden

Entre vivos y muertos 263
El precario estatus ontológico del embrión
Alejandra Rosario Roca

Fé na ciência? 297
Como as famílias de micro viram a ciência do vírus Zika acontecer em suas crianças no Recife/PE
Soraya Fleischer

Sobre las y los autores 321

Agradecimientos

La realización de este libro ha sido posible gracias al esfuerzo, colaboración y entusiasmo de numerosas personas e instituciones. Queremos agradecer a las/os autores de diferentes países y sus editores que con generosidad aportaron sus importantes textos para hacer de esta compilación una cartografía latinoamericana y contemporánea de la salud. Asimismo, este libro no hubiera sido posible sin el trabajo y participación de las organizadoras de la IV Jornadas de red argentina de antropología de la salud (redASA), Ana Perez Declerq y María Eugenia Suarez, como también de todas las integrantes de la comisión coordinadora de la red, especialmente de María Emilia Sabatella, Alejandra Roca, Marcela Valdata y Mariana Lorenzetti. También queremos reconocer el trabajo de las editoriales universitarias que coeditan este libro: a Ignacio Artola de la Editorial UNRN (Universidad Nacional de Río Negro), Matías Cordo de la Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Matías Willi de la Editorial de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y Froilán Fernández de la Editorial de la Universidad Nacional de Misiones (Edunam). Además, el texto no habría sido posible sin el dedicado trabajo de edición de Cecilia Espinosa, Hebe Dato y Adelaida Colangelo, y la maquetación y el diseño de tapa de María Clara Diez.

Introducción

Aflicciones, políticas públicas, pluralismo médico, prácticas de cuidado y tecnologías

María E. Epele, Silvia Hirsch, Susana Margulies, M. Susana Ortale, Alejandra Roca

La Red de Antropologías y Salud de Argentina (redASA) surge de una reunión realizada en 2017 en el Museo Etnográfico situado en el barrio de San Telmo de la ciudad de Buenos Aires. En sintonía con las crecientes demandas de respuestas vinculadas a los cambios en las condiciones económicas, políticas y en la salud pública en Argentina, dicha iniciativa buscaba generar nuevos espacios y actividades de articulación entre quienes trabajamos en las antropologías de la salud.

La propuesta de trabajar antropológicamente en red surgió por la confluencia de tres procesos principales: a) los desafíos particulares que las antropologías de la salud enfrentan en nuestro país y región, debido a los escenarios complejos, diversos y cambiantes, atravesados por desigualdades y segregaciones. b) las condiciones críticas recurrentes y de emergencia permanente que vivimos en nuestro país desde hace décadas y en las que están inmersas las realidades y experiencias de enfermedad, sufrimiento y cuidado que investigamos y en las que intervenimos; c) el deterioro sistemático de las condiciones materiales de vida y del sistema público de salud para sectores mayoritarios de la población.

De este modo, el nivel de desafíos y urgencias y las características de las demandas relativas a la enfermedad y la salud no se correspondían con el carácter fragmentario, las conexiones precarias e informales, entre nosotros y nosotras, antropólogas y antropólogos que las abordamos. A la vez, tales limitaciones afectaban también la

reproducción y el acceso al campo de la antropología de la salud de las nuevas generaciones de estudiantes y de graduadas y graduados.

Si bien existe una multiplicidad de organizaciones, movimientos y redes en Latinoamérica y en Argentina relativas a la salud pública (medicina social, salud colectiva, salud comunitaria), esta iniciativa y su agenda se fueron definiendo alrededor de las trayectorias y perfiles delineados por las antropologías del cono sur y de sus contribuciones al abordaje de problemáticas específicas en el país y en la región.

Comenzando con esta agenda preliminar, la red se fue construyendo a través de la organización de encuentros internos a la red, con integrantes de formación antropológica, y de jornadas interdisciplinarias (antropología, sociología, ciencias políticas, psicología, medicina, enfermería, etc.). Con ya más de 7 años de historia y de trabajo colectivo, fueron realizadas cuatro jornadas y tres encuentros, conferencias y foros federales. Todos estos espacios expresaron la estructura federal de la red, asentada en diferencias regionales como así también de temáticas y de enfoques. Así, la red se convirtió en un espacio de encuentro de antropólogas y antropólogos formados y en formación, para intercambiar experiencias y trayectorias de trabajo en diversos campos de actuación en salud (investigación, transferencia, docencia y gestión), partiendo de una mirada compleja que busca integrar las múltiples dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Resumiendo, y considerando todo esto en conjunto, la propuesta de trabajar en red consiste en una invitación a construir y transitar otros modos de trabajar en colaboración, abriendo al debate y a la disidencia. Impulsa a la red la secreta esperanza y la fuerza particular que surge cuando en su desarrollo se buscan transformar las realidades y experiencias relativas a las dolencias, los sufrimientos, las formas de cuidado y los modos expertos y legos de abordarlos, al mismo tiempo que modificamos las prácticas académicas y nuestras propias prácticas.

Aunque desde la vuelta a la democracia en Argentina en el año 1983, la sucesión intercalada entre gobiernos progresistas y conservadores ha estado atravesada por crisis recurrentes y colapsos económicos y políticos cíclicos, en la actualidad se ha generado una conjunción inédita entre desfinanciamiento y desvalorización de la salud pública, la educación universitaria y de la ciencia en general. Como ha sucedido en otros países con anterioridad, con el giro del actual gobierno hacia la extrema derecha se han desmantelado y desfinanciado no solo institutos, programas, servicios de salud, acceso a medicamentos y terapéuticas de la salud pública estatal, sino también los organismos y programas de ciencia y tecnología, destacándose el

rechazo hacia las ciencias sociales y las antropologías. Partiendo de estas consideraciones históricas, políticas y contextuales, este libro tiene dos objetivos estrechamente relacionados. Por un lado, presenta algunas de las principales orientaciones teóricas, modos de investigar, metodologías y análisis que caracterizan a las antropologías de la salud en Latinoamérica y Argentina (Menéndez, 1990, 2003; Langdon, 2004; Abadía-Barrero, 2010; Breilh, 2012; Epele, 2020; Gibbon et al., 2020). Por otro lado, mapea algunos de los problemas más relevantes e importantes en las investigaciones e intervenciones antropológicas contemporáneas en nuestra región. A través de la exploración y el examen de algunas de las problemáticas dentro de las heterogéneas temáticas y abordajes que caracterizan las antropologías latinoamericanas, este libro busca también convertirse en una caja de herramientas disponibles para la formación, debate y producción sobre las complejas realidades que debemos afrontar.

Teniendo estas metas generales, la compilación se estructura a través de la interrelación de ciertas dimensiones teórico-metodológicas principales. Es decir, los capítulos se agrupan y organizan en temáticas que estas dimensiones expresan: legalidades y justicia; biomedicinas y formas de cuidado; salud mental; pluralismo médico e interculturalidad en salud; socio-ecologías del cuidado; tecnologías biomédicas y antropologías de las ciencias.

Una de las primeras dimensiones que estructuran los contenidos de la compilación, específicamente el capítulo inicial, refiere a los modos en que diversas problemáticas de salud, se articulan con las legislaciones, los lenguajes y aparatos judiciales en los modos de tratarlas y gobernarlas. La ley, los aparatos jurídicos legales y los derechos relativos a diferentes dominios de la vida social, han cobrado creciente relevancia en países del sur global (Rose, 1996; Centro de Estudios Legales y Sociales, 2014; Tarducci y Daich, 2018). El proceso de judicialización se ha convertido en una herramienta teórica y metodológica en diferentes dominios de experiencia, conflictos y saberes de la vida social, no solo en los argumentos antropológicos sino en las investigaciones e intervenciones llevadas a cabo en contextos específicos. Aunque las problemáticas sanitarias y de salud han estado siempre atravesadas por los derechos, legislaciones, aparatos judiciales, criminalizaciones, amparos y recursos de excepción, el estudio específico de los procesos de salud-enfermedad-atención-mortalidad en sus articulaciones con las legalidades, lenguajes, saberes y prácticas judiciales está teniendo una creciente importancia en las antropologías de la región (Biehl, 2013; Epele, 2021).

João Biehl, Lucas E. A. Prates y Joseph J. Amon problematizan la crisis política de salud pública en el marco del autoritarismo necropolítico del gobierno de Bolsonaro durante la pandemia del COVID-19 en Brasil. Específicamente se analiza cómo la Corte Suprema de Justicia ganó una relevancia inédita en disputas y resoluciones sobre el derecho a la salud y las disposiciones normativas de protección, consolidando la autoridad del poder judicial sobre otros poderes. A través de un estudio multimétodos sobre legislaciones, sentencias, órdenes ejecutivas, las coberturas de la prensa, reacciones en redes sociales, casos legales representativos, bases de datos y plataformas, examinan las consecuencias que la judicialización ha tenido sobre los derechos, la división de poderes y la gobernanza democrática. Basados en investigaciones previas sobre la judicialización a nivel individual y comunitario, en este capítulo se analiza la participación del Tribunal Supremo en dar respuesta a los conjuntos sociales más vulnerables (indígenas, presos, trabajadores, entre otros), en el desarrollo de normativas para la salud, medidas de protección de derechos económicos, civiles y económicos y en el proceso de vacunación y sus modos de acceso. Principalmente, en este capítulo se examinan las funciones del poder judicial para evaluar la legalidad de las políticas de gobierno que vulneran derechos, para comprender la juridicidad de los derechos sanitarios.

Otra de las dimensiones centrales que atraviesa la mayoría de los capítulos refiere a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, sus vínculos con las biomedicinas y otros saberes expertos hegemónicos. En un principio, la noción de procesos de salud-enfermedad-atención ha surgido como formulación explícita de los desarrollos de la medicina social y de una de las más importantes antropologías médicas críticas latinoamericanas. Con esta herramienta teórica elaborada desde los argumentos de las ciencias sociales y la antropología, se buscaba examinar los problemas de salud-enfermedad planteados desde el modelo médico hegemónico, a través de un conjunto de categorías analíticas que sitúan dichos procesos respecto de los contextos sociales, económicos, políticos, históricos que se representan en los patrones desiguales epidemiológicos de morbilidad, mortalidad y vulnerabilidad relativos a diferentes estratos socioeconómicos y étnicos (Laurell, 1986; Menéndez, 1990, 2003; Scaglia y Margulies, 2022). Aunque conservando la perspectiva procesual, esta noción fue complejizándose y agregando categorías generadas desde el norte y sur global para capturar y analizar las realidades bajo escrutinio a través de la apropiación e integración de diferentes corrientes y orientaciones sobre las biomedicinas y tecnologías,

los sistemas de atención, las economías políticas de la salud, sobre el cuerpo, la corporización y los cuidados (Tronto, 1994; Carvalho Mesquita Ayres, 2004; Scheper Hughes y Bourgois, 2004; Mol, 2008; Fassin, 2012; Gamlin et al., 2014, García et al. 2017; Margulies, 2014)

Considerando la relevancia del área de estudios de antropología de la biomedicina y de los sistemas de salud, dos capítulos problematizan estas temáticas. Por un lado, una significativa elaboración de Eduardo L. Menéndez en plena pandemia por COVID-19, destacando los mecanismos de hegemonización biomédica respecto de los procesos de autoatención desarrollados por sujetos y micro grupos sociales y que constituyeron la respuesta más significativa de gobierno de la pandemia antes del desarrollo de las vacunas. Entendidos como estrategia apropiada por la biomedicina, esto constituye para el autor un claro ejemplo de la negación y subalternización de los saberes populares. Señala en ese sentido la necesidad de aportar a las actividades de prevención a partir del reconocimiento de los modos en que la población resignifica los procesos de autoatención atendiendo al papel que juegan las condiciones sociales y relacionales de vida y la desigualdad socioeconómica frente a la enfermedad, y llamando asimismo en el texto a recuperar de maneras intergenéricas los procesos de autoatención focalizados casi exclusivamente en las mujeres.

En su capítulo, Octavio Bonet y Natália Helou Fazzioni analizan la experiencia de médicos de familia y de la comunidad en Río de Janeiro. El texto discute algunas complejidades del Sistema Único de Saúde (SUS) de Brasil a partir de una caracterización de su inestabilidad y busca captar cómo la misma se refleja en el cotidiano de los servicios de atención primaria de la salud. Luego de una presentación del SUS y de la Estrategia de Salud de la Familia y de los fundamentos de la Medicina de Família y la Comunidad, se presentan dos casos etnografiados en dos momentos y contextos distintos para analizar las experiencias prácticas de médicos de familia y las "soluciones creativas" utilizadas en los contextos de vulnerabilidades múltiples en los que actúan. De este modo, considerando las escalas macro y micro y procurando el diálogo de los casos etnográficos a partir de referencias y conceptos diversos, el escrito logra poner en evidencia la multiplicidad, la variabilidad y las vulnerabilidades que atraviesan las prácticas en la atención primaria de la salud.

Otra de las dimensiones centrales que atraviesan los contenidos de este libro consiste en la problemática de la salud mental. El campo de la salud mental y de las tecnologías psi incluye un conjunto heterogéneo de conocimientos, categorías, abordajes, disciplinas, técnicas,

instituciones, terapéuticas y desarrollos sociales y comunitarios de diferentes orientaciones epistémicas, teóricas, económicas y políticas (Biehl, 2004; López Sánchez, 2019, 2022; Epele, 2020; Pié Balaguer, 2021). Las antropologías y etnografías de la salud asumen características particulares dentro de este dominio complejo y heterogéneo. Mientras que el surgimiento de etnografías hizo posible cartografiar y elaborar teorías sobre un amplio repertorio de dolencias y medicinas en diferentes regiones y sociedades, con el montaje de las organizaciones internacionales a mediados del siglo XX se amplificaron los modelos de entender y de intervenir en el denominado "tercer mundo" de entonces, en los que las antropologías tenían diferentes niveles de participación. Por un lado, con el nuevo milenio se diversificaron las teorías y abordajes con relación a los desarrollos de salud mental global; por el otro, se ampliaron las críticas antropológicas sobre sus orientaciones, epistemes, características, efectos y consecuencias (Greene et al., 2013; Epele, 2013, 2020; López Sánchez, 2019). Al ritmo de estas modificaciones, las antropologías de la salud que focalizan en problemas de salud mental han investigado e intervenido en un espectro cada vez más amplio de sociedades y geografías. Así, han diversificado el rango de aflicciones exploradas y procesos económicos y políticos que las producen y alivian, desarrollando diferentes orientaciones que las explican y abordan interrogando el creciente número de saberes y tecnologías psi expertos y legos con que se tratan. Además, se han multiplicado los movimientos sociales y políticos que participan en ellos, así como los conflictos entre legislaciones, instituciones y derechos humanos que los atraviesan; las críticas de los procesos y consecuencias generados por las personas y conjuntos afectados (Ortiz-Hernández et al., 2007; López Sánchez, 2022; Del Monaco & Epele 2025).

En dos capítulos de este libro se exploran problemáticas relativas a la salud mental desde perspectivas críticas. Por un lado, Oliva López Sánchez examina el concepto de determinaciones sociales dentro del modelo analítico de salud colectiva, para esclarecer cómo la depresión y ansiedad se entienden como padecimientos producidos por la desigualdad afectiva. Con el registro del incremento de los trastornos ligados a la depresión y ansiedad durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en México, la caída de ingresos, el incremento de violencia y los duelos por fallecimientos, en este capítulo se problematizan estas aflicciones a través de una investigación sobre los procesos socioemocionales de estudiantes universitarios durante este período. En lugar de focalizar en términos de trastornos individuales, Oliva López Sánchez recupera la mirada de las dolencias mentales

como experiencias atravesadas por conflictos y desigualdades estructurales y vinculares. Partiendo del análisis de los enfoques neopositivistas en salud mental que privilegian ciertas emociones sobre otras, se examina cómo algunas de ellas son ponderadas por sus relaciones con el bienestar y la salud, mientras que otras son devaluadas por su asociación con el descontrol y la patología. Considerando la forma en que esta lógica emocional construye normatividad, se esclarece la generación y justificación de diferentes tipos de intervenciones. Finalmente, ensamblando la antropología médica crítica, la antropología de las emociones y las perspectivas de cuidados feministas, López Sánchez propone acciones relativas a la salud mental en el ámbito universitario.

Por otro lado, en el capítulo de María E. Epele se problematiza la importancia de las etnografías críticas de la salud entre los abordajes antropológicos y de ciencias sociales relativos a la salud mental. Considerando los cambios abruptos, extremos y actuales para la salud pública, por un lado, y para las antropologías y las ciencias en general, por el otro, en el texto se argumenta cómo las etnografías se convierten en una herramienta estratégica para investigar ciertas aflicciones, al mismo tiempo que se revisan los abordajes de salud y los conocimientos disponibles y legitimados, mientras los procesos de producción y experiencias de dolencias todavía ocurren y transcurren. Partiendo de un breve análisis de las principales orientaciones en antropología y salud mental, se examina la relevancia de las etnografías críticas en el caso de las experiencias y perspectivas denominadas localmente "estar" o "ser fisura", considerado como un lenguaje de aflicciones relativos a los consumos problemáticos de drogas. A través de este análisis, María E. Epele argumenta sobre estas aflicciones como lenguajes que no se dejan subsumir a las fórmulas dominantes de inteligibilidad de los saberes y abordajes psi y de las ciencias sociales. Por último, y en contraposición con la construcción de políticas públicas como transferencia privilegiada de conocimientos, en el texto se analiza cómo las etnografías críticas, a contracorriente del poder y las economías dominantes, podrían contribuir a transformar las realidades que investigan, a través de diversas acciones de hacer públicos los conocimientos coproducidos con las personas afectadas.

Entre los ejes que entraman otros capítulos, encontramos la dimensión referida a los pluralismos médicos, la interculturalidad, los nomadismos terapéuticos y las formas de cuidado (Baer, 2011). Los problemas de salud-enfermedad-atención-cuidados en América Latina son abordados desde miradas críticas y transdisciplinarias (Fals

Borda, 1970, 1987; Escobar, 2018, 2025). La antropología médica crítica latinoamericana toma en cuenta el contexto político y económico y la historicidad de los procesos de salud, enfermedad y atención, documentando la importancia de los conocimientos populares sobres estos procesos, y las tensiones inherentes en la relación con los sistemas oficiales de salud (Gamlin, et al., 2020; Gibbon et.al, 2020). Tres capítulos del libro abordan el pluralismo médico, el nomadismo terapéutico y las construcciones colectivas de cuidado que emergen en los territorios y en las instituciones, como así también las disputas que se generan con la biomedicina.

La noción de pluralismo médico expresa un fenómeno que ha sido abordado desde los inicios del desarrollo de la antropología de la salud. Como tal, el pluralismo médico implica la presencia de diversos sistemas médicos a los cuales recurre la gente dentro de una sociedad. Según Leslie (1980), se refiere no solo a la coexistencia de diferentes tradiciones terapéuticas, sino también a las interacciones y tensiones que involucra recurrir a diferentes formas de atención a la salud. Como señala Muñoz en su capítulo, hay tres tipos de pluralismo médico: experimental, político y teórico. El pluralismo médico permite abordar cómo las personas buscan respuestas a sus problemas de salud en contextos de diversidad y migración; también cómo los terapeutas afrontan las consultas de sus pacientes y las prácticas de atención. Muñoz en su texto recupera este concepto críticamente y opta por la noción de "nomadismo terapéutico", partiendo de sus estudios sobre mayas del sur de México con VIH y la atención a la salud mental de migrantes en Bélgica. El autor profundiza en esta noción a fin de comprender la perspectiva de los terapeutas y de quienes buscan solucionar sus problemas de salud. El nomadismo terapéutico refiere también a un nomadismo epistémico, en el cual se observan diversas transacciones, movimientos y desplazamientos geográficos en los cuales la estratificación social es una variable para considerar. Muñoz aporta una perspectiva que permite problematizar las diferencias sociales, culturales y epistemológicas de las personas que se atienden y los terapeutas, así como las complejas relaciones de poder y disputa que se dan en el espacio terapéutico.

Por su parte, César Ernesto Abadía-Barrero realiza un recorrido basado en su experiencia en contextos inter y transdisciplinarios en Colombia, recorrido que refleja la vigencia de la tradición de investigación-acción en dicho país, promovida en la década de 1970 por Fals Borda. El derrotero de Abadía Barrero muestra la compleja

intersección entre las determinantes sociales de salud, el capitalismo y las prácticas de cuidado. Abadía Barrero explora el impacto del cierre del hospital El Materno y de qué manera la desfinanciación de un hospital universitario se capilariza afectando desde la formación de estudiantes de medicina, a los trabajadores del hospital y la atención a las madres. Abadía Barrero destaca la "epistemología del cuidado" que emergió en El Materno a partir de un programa de salud para niños de bajo peso, un programa que dejó un legado que desafía el lucro que busca la biomedicina en contextos neoliberales. La trayectoria de Abadía Barrero recupera formas de sanación colectiva a partir de la larga historia de violencia en Colombia, recurriendo a la medicina indígena y al arte como tradiciones de sanar en contextos adversos.

Anigstein Vidal, Sepúlveda Matus y Biscarra Mc-Naughton aportan una mirada crítica a Una Salud (One Health), un abordaje a la salud global que propone la OMS, la FAO y otras agencias mundiales, cuyo objetivo es optimizar la salud de personas, animales y ecosistemas, con énfasis en la vigilancia epidemiológica, la resistencia antimicrobiana, la salud ambiental y la zoonosis. Una Salud es un enfoque que plantea la interdependencia de los seres humanos y el ecosistema. No obstante, las autoras ven limitaciones a este abordaje, en el sentido de su carácter biomédico y antropocéntrico, y reponen a lo largo de su capítulo la mirada decolonial y feminista, como así también posthumanista. Las autoras incorporan la contribución de la medicina social latinoamericana y del feminismo de las mujeres indígenas al introducir la noción de terricidio, que amplía el impacto sobre el ecosistema. La perspectiva crítica de Anigstein Vidal, Sepúlveda Matus y Biscarra Mc-Naughton dialoga con Abadía Barrero al enfatizar las propuestas socioecológicas del cuidado que sostienen miradas en las cuales los humanos y los no humanos coexisten en mutua interdependencia.

A continuación, se presentan tres capítulos que se inscriben en las perspectivas que analizan y reflexionan respecto de las tecnologías biomédicas, cercanas y herederas de los desarrollos decoloniales, feministas y del giro ontológico-materialista. Este campo se entrelaza con los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, en particular de la biomedicina, las biociencias, la salud y del cuerpo. Tanto las definiciones científicas, tales como los diagnósticos y condiciones genéticas, la propia formación de los profesionales de la salud, como en particular las intervenciones de la biomedicina, se encuentran atravesadas por el protagonismo de las tecnologías, cada vez más imprescindibles en todos los aspectos de la atención y el cuidado. En América Latina, en particular, la geopolítica del conocimiento habilita

reflexiones situadas en las trayectorias de la producción del conocimiento y prácticas locales. En las últimas décadas, un número creciente de investigaciones antropológicas se ha enfocado en la producción de conocimiento en biociencias y biosociabilidades expresadas en activismos y circulación de información científica emparentadas a derechos y demandas específicas de la salud, en las nuevas formas de regulación tecnocientífica, en diversas tecnologías –incluyendo los desarrollos de la industria farmacéutica– y en prácticas de intervención biomédicas (Rhoden et al, 2021; Roca y Dellacasa, 2015; Roca, 2021; Russo, 2021; Rose, 2012).

En este marco se ha estudiado la apropiación, la disputa y los usos cotidianos de tecnologías orientadas al cuerpo y la vida. El estudio de las innovaciones biomédicas contribuyó a renovar el campo de la antropología de la salud y el interés por cuestiones relacionadas con la aplicación de tecnologías reproductivas, el impacto de las tecnologías del diagnóstico por imagen, el crecimiento significativo de los campos de la medicina sexual y de la medicina estética, así como los estudios genéticos y sus implicancias políticas, entre otros fenómenos contemporáneos promovidos por la tecnociencia. Estas nuevas investigaciones empíricas, al tiempo que exigen una profundización de debates teóricos, establecen puentes analíticos con otros campos como la antropología de la ciencia y la tecnología y con la antropología política.

En primer lugar, Fabiola Rohden despliega algunas discusiones conceptuales respecto de los estudios sobre biomedicalización, optimización corporal y los procesos de subjetivación a partir de un trabajo de campo en Brasil sobre la introducción de artefactos farmaceúticos –productos en diversas fórmulas y presentaciones en base a testosterona, vinculados con el mejoramiento del desempeño físico, estético y sexual de las mujeres. La autora analiza la forma en que en las últimas décadas cobran relevancia formas de subjetivación centradas en la inversión personal a través de transformaciones corporales, en las que el consumo de artefactos biomédicos considerados innovadores se vuelve central, acercando las nociones de cuidado y producción de sí a un imperativo moral. A partir de los interrogantes que emergen desde su trabajo de campo, el artículo recorre y analiza críticamente algunos conceptos, en particular se focaliza en el debate sobre la noción de medicalización, biomedicalización y farmacologización desde las formulaciones de Conrad (1982, 2007), Clarke (2000), Clarke et al. 2003) y los aportes de Rabinow (1992, 1996) y Williams (2009), al tiempo que desarrolla las implicancias y los análisis que se proponen respecto del *marketing* farmacéutico y la optimización corporal referidas

por Dumit y Rose respectivamente. Rohden abre nuevos interrogantes y señala caminos de indagación absolutamente relevantes para una comprensión de la antropología de la salud y de la biomedicina contemporáneas explorando estas iniciativas presentes en los consumos de nuestras sociedades.

En segundo lugar, Alejandra Roca propone ciertas reflexiones con base en respecto de un trabajo de campo realizado en clínicas de fertilización asistida de la ciudad de Buenos Aires, focalizado en los procedimientos de alta complejidad (Fertilización in vitro) con biofragmentos donados u obtenidos en el mercado de materiales genéticos, llamados usualmente bancos. En estrecho diálogo con el capítulo de Rohden, se parte de un trabajo de campo que aborda prácticas biomédicas no estrictamente referidas a la salud o a la existencia de un diagnóstico certero. En particular se procura un debate conceptual sobre los dualismos ontológicos modernos que orientaron y posibilitaron el desarrollo de la biomedicina, en tanto la relación biología-sociedad, naturaleza-cultura constituyó uno de los principales núcleos cognitivos en la teoría antropológica durante más de 40 años**,** desde la célebre distinción levi-straussiana. En el artículo se aborda la liminalidad de estos embriones criopreservados en tanto híbridos, entidades de una frontera que se desplaza entre lo vivo y lo muerto, entre individuo y especie, entre naturaleza y artificio, ya que pueden ser entendidos como objetos naturales o como artefactos orgánicos íntegramente elaborados en el laboratorio. Los embriones son imaginados alternativamente como futuras personas o "puñados de células", saturados de significados corales, contradictorios e inestables. El artículo analiza la forma en que los argumentos y sentidos de los profesionales se desplazan por estas fronteras a pesar de los esfuerzos institucionales por estabilizar y producir certezas ante las prácticas del laboratorio. Tal como sentenció Jasanoff (2004), las instituciones preservan repositorios estables de conocimiento y poder, ofreciendo instrumentos acabados para poner las cosas en su lugar en tiempos de incerteza y desorden (2004, p.40). En tanto estas prácticas desestabilizan sentidos en muchos aspectos: la fragmentación de la concepción, la ruptura del "tiempo" lineal de la vida en la criopreservación de gametos y embriones y el deslizamiento de las referencias simbólicas y legales de los lazos de parentesco, producen subjetivaciones que tienden a conmover las representaciones sociales de la constitución misma de la persona. Lock (2004), Franklin (2006), Haraway (2013), Latour (1993), Law (1991) y Rabinow (1992, 1996) son autores que han explorado –en distintos contextos– cuestiones que invitan a revisar los límites de los dualismos ontológicos,

ampliando horizontes a partir de categorías de análisis como cyborg o híbridos que ponen en cuestión la noción universal y estable de naturaleza / cuerpo / dolencia que sustenta la ontología biomédica.

Estos dos capítulos desafían la tendencia a considerar las tecnologías y los artefactos como el producto neutro de una ciencia igualmente neutra, esotérica y aislada. Por otra parte, el concepto de medicalización ha desplegado una potencia creativa que logró dar visibilidad a procesos y prácticas que permanecían encubiertos por la autoevidencia del progreso tecnológico y la soteriología biomédica, que muchas veces ha forzado a interpretar toda intervención por el "bien" del paciente.

En tercer lugar, Soraya Fleischer analiza los vínculos de las personas y conjuntos sociales afectados por el virus Zika en Recife (Brasil) con la producción de conocimiento científico. Mientras que existe literatura antropológica disponible sobre los derechos, desafíos y cuidado requerido por la población infantil requieren, poco se sabe acerca de los modos en que la ciencia investiga e interviene sobre la misma en uno de los epicentros de la epidemia. Focalizando en el síndrome congénito generado por el virus Zika, en este capítulo se examina etnográficamente cómo estas poblaciones enfrentan e interpretan la coproducción de conocimiento con la/os científica/os, estableciendo intensos vínculos que oscilaban entre el altruismo y la expectativa de recompensas. De este modo, al mostrar las modalidades de participación en la construcción de la ciencia del Zika, su análisis busca contribuir a una antropología de la ciencia menos ligada al laboratorio: la ciencia no ocurre entre paredes, sino que es un ensamblaje de materiales heterogéneos (niños, mosquitos, términos de consentimiento, latas de leche y prestigio profesional). Fleischer indaga tanto en las instancias de cierto extractivismo, habitual en nuestras disciplinas, como en las articulaciones con la vida cotidiana que revela una ciencia doméstica centrada en padecimientos concretos.

A su vez, cuando pensamos en tecnologías "hechas carne", las intervenciones sobre los cuerpos de la biomedicina nos brindan la oportunidad de reflexionar de forma mucho más cruda sobre algunos procesos. De tal forma, las nociones de medicalización y biopoder encuentran en las intervenciones tecnológicas una materialidad incontestable. Tal vez lo más sugestivo de los campos empíricos abordados en estos capítulos es su manifiesta materialidad. Los artefactos y los saberes, tanto de la comunidad académica como de los destinatarios de estas prácticas, los actores humanos y no humanos invocados en sus redes, condensan un universo de significados y experiencias históricas

y colectivas latentes; nada puede pensarse como meramente "técnico" ni meramente "social" o como exclusivamente "material" o "simbólico". Podemos entonces imaginar la densidad de la experiencia humana como una trama que articula las dimensiones y relaciones de las palabras y las cosas que la componen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadía-Barrero, C. y Oviedo, D. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas En Salud*, Sup *9*, 86-102.

Baer, H. (2011). Medical Pluralism: An Evolving and Contested Concept in Medical Anthropology, En M. Singer & P. Erickson (Eds.) *A Companion to Medical Anthropology* (pp. 405-426). Blackwell.

Biehl, J. (2004). Ciencia, tecnología e saúde mental. En A. Leibing (Comp.), *Tecnologias do corpo. Uma antropologia das medicinas no Brasil* (pp. 19-35). Nau Editores.

Biehl, J. (2013). The Judicialization of Biopolitics. Claiming the Right to Pharmaceuticals in Brazilian Courts. *American Ethnologist, 40*(3), 419-436, https://doi.org/10.1111/amet.1203

Breilh, J. (2012). La subversión de la retórica del buen vivir y la política de la salud. *La Tendencia*, *(13),* 106-111.

Carvalho Mesquita Ayres, J. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, *13*(3), 6-29.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2014). *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos*.

Clarke, A. (2000). Maverick Reproductive Scientists and the Production of Contraceptives, 1915-2000+, En A. Saetnan, N. Oudshoorn, & M. Kirejczyk (Eds.), *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine* (pp. 37-89). Ohio State University Press.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. y Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, *68*(2), 161-194. https://doi.org/10.2307/1519765

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En D. Ingleby (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Crítica.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University.

Del Monaco, R. y Epele, M. (2025). Self-perception, Laws and Identities. Restricting the Relevance of Psy Knowledge among Sex-dissident Minorities in Argentina. C*ulture, Theory and Critique*. https://doi.org/10.1080/14735784.2025.2566803

Dumit, J. (2020). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define our Health*. Duke University Press. Ojo Interlínea.

Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica políticamente correcta. *Cuadernos de Antropología Social, 38*, 7-31.

Epele, M. (Comp.). (2020). *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi*. IIGG-CLACSO.

Epele, M. (2021). La multiplicación de las penas: cuestiones preliminares para el abordaje de acusaciones y denuncias de proximidad en tiempos de pandemia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, 44*, 119-144. https://doi.org/10.7440/antipoda44.2021.06

Escobar, A. (2018). *Otro posible es posible: Caminando hacia las transiciones desde Abya Yala/Afro/Latino-América*. Ediciones Desde Abajo.

Escobar, A. (2025) *Hilos del pensamiento crítico: cultura, ecología, posdesarrollo, pluriverso y transiciones*. Antología Esencial. CLACSO.

Fals Borda, O. (1970). La crisis, el compromiso y la ciencia. En *Ciencia propia y colonialismo intelectual*. Nuestro Tiempo.

Fals Borda, O. (1987). *Ciencia propia y colonialismo intelectual: Los nuevos rumbos*. 3a. edición. Carlos Valencia Editores.

Fals Borda, O. (1998). *Participación popular: retos del futuro*. ICFES-IEPRI Colciencias.

Fassin, D. (2012). *Humanitarian Reason. A Moral History of the Present*. University of California Press.

Ferreira, J., Fleischer, S. (2014). *Etnografias em serviços de saúde*. Garamond.

Franklin, S. (2006). The Cyborg Embryo. Our Path to Transbiology. *Theory, Culture y Society*, *23*(7-8), 167-187. https://doi.org/10.1177/0263276406069230

Gamlin, J., Ferreira, J. y Fleischer, S. (2014). *Etnografias em serviços de saúde*. Garamond.

García, G., Recoder, L. y Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad. Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Revista de Salud Colectiva, Instituto de Salud Colectiva, 13*(3), 391-409.

Gibbon, S., Sesia, P. M. y Berrio, L. (2020). *Critical Medical Anthropology Perspectives in and from Latin America*. UCL Press.

Greene, J., M., Basilico, H. K. & Farmer, P. (2013). Colonial Medicine and Its Legacies. En P. Farmer (Ed.), *Reimagining Global Health: An Introduction* (pp. 33-73). University of California Press.

Jasanoff, S. (2004). *States of knowledge: the co-production of science and social order*. Routledge.

Haraway, D. J. (2013). *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. Routledge.

Langdon, E. J. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. En E. J. Langdon e L. Garnelo (Orgs.), *Saúde dos povos indígenas Reflexões sobre antropologia participativa* (pp. 33-52). Contra Capa.

Latour, B. (1993). *Nunca hemos sido modernos*. Debate.

Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales, 37*, 1-10.

Law, J. (Ed.). (1991). *Sociology of Monsters*. Routledge.

Lock, M. (2004). Living Cadavers and the Calculation of Death. *Body & Society*, *10*(2-3), 135-152.

López Sánchez, O. (2019). *Extravíos del alma mexicana: Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*. Universidad Nacional Autónoma de México; Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

López Sánchez, O. (2022). Bienestar emocional: La simplificación de la vida afectiva en el paradigma hegemónico de la salud mental en tiempos pandémicos. En L. Anapios y C. Hammerschmidt (Coords.), *Política, afectos e identidades en América Latina* (pp. 283-303). CLACSO/CALAS.

Margulies, S. (2014). *La atención médica del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Editorial Facultad de Filosofía y Letras; Universidad de Buenos Aires.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva, 8*(1), 193-184.

Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice.* Routledge.
Muñoz, R. (2015). Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: Encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural. *Desacatos, 48*, 92-107.
Ortiz-Hernández, L., S. López Moreno, G. Borges (2007). Desigualdad económica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(6), 1255-1272.
Pié Balaguer, A. (Coord.). (2021). *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva*. Ed. UOC.
Rabinow, P. (1992). Severing the Ties: Fragmentation and Dignity in Late Modernity. En D. Hess y L. Layne (Eds.) *Knowledge and Society: The Anthropology of Science and Technology*. Jai Press Inc.
Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton University Press.
Roca A. (2021). Cuerpos, naturalezas y cosmovisiones: aportes de la antropología a los estudios sobre tecnología y poder. *Interface* (Botucatu), *25*. https://doi.org/10.1590/interface.210157
Roca, A, Ayala, E., Caruso, E. e Izrael, E. (2022). Parentalidades híbridas: circulación, apropiación y mercantilización de biomaterias primas. *Saúde e Sociedade*, 31(2). https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220077es
Roca, A., y Dellacasa, M. (2015). Tecno redención de cuerpos transexuales: Apropiación tecnológica y autogestión de identidades inconclusas. *Mediações-Revista de Ciências Sociais, 20*(1), 239-259.
Rohden, F., Pussetti, C. y Roca, A. (Orgs.). (2021). *Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: Saberes, práticas e desigualdades. ABA Publicações*. https://doi.org/10.48006/978-65-5973-030-8-1
Rose, N. (1996). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Free Association Books.
Rose, N. (2012). *Políticas de la Vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.
Russo, J. (2021). Biotecnología e de construção si. *(Syn)Thesis*. *14*(2), 6-14. https://doi.org/10.12957/synthesis.2021.64347
Scaglia, M. y Margulies, S. (2022). Eduardo Menéndez. La continuidad de sus aportes y debates. *Cuadernos de Antropología Social*, *55*. https://doi.org/10.34096/cas.i55.11364

Scheper-Hughes, N. y Bourgois, P. (Eds.) (2004). *Violence in War and Peace* (pp. 425-434). Blackwell Publishing.

Tarducci, M. y Daich, D. (2018). Antropólogas feministas por el derecho a decidir. Aportes para una lucha para la despenalización y legalización del aborto en Argentina. *Publicar, XVI*, 8-26.

Tronto, J. (1994). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.

Williams, S., Gabe, J. y Davis, P. (Eds.) (2009). *Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates*. Willey-Blackwell.

Corte Suprema versus necropolítica: la caótica judicialización de COVID-19 en Brasil*

João Biehl, Lucas E. A. Prates y Joseph J. Amon

INTRODUCCIÓN

En la primera semana de marzo de 2021, Brasil notificó más de 468.000 casos de COVID-19, el mayor número de casos en cualquier país del mundo, y el mayor registrado hasta ahora en Brasil (Dong, Du y Gardner, 2020). Desde el inicio de la pandemia hasta el 1ro de mayo de 2021, el país ha notificado más de 14 millones de casos y 400.000 muertes, y ello a pesar de las altas tasas de subnotificación (Lima, 2021). El sistema de salud pública universal del país (Sistema Único de Saúde), lo que una vez se anunció como un medio pionero de protección social, se está derrumbando. A medida que la pandemia asola el país, las disparidades regionales quedan trágicamente expuestas (Buss, Prete, Abrahim et al., 2021). En el Amazonas, por ejemplo, donde se estima que tres cuartas partes de la población de ciudades como Manaus han sido infectadas, no hay tubos de oxígeno disponibles, y los investigadores describen los hospitales como "cámaras de asfixia" donde los pacientes no pueden respirar y necesitan ser ventilados manualmente

* Este artículo fue publicado originalmente como: Biehl, J., Prates, L. E. A. y Amon, J. J. (2021). Supreme Court v. Necropolitics: The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. *Health and Human Rights*, *23*(1), 151–162. La presente constituye su primera traducción al español. Las referencias bibliográficas han sido adaptadas a las normas editoriales de esta publicación.

(Bergamo y Prestes, 2021; Cruz, 2021). Mientras tanto, existe una creciente preocupación de que la protección inmunológica conferida por la infección previa pueda estar disminuyendo o pueda no prevenir eficazmente la infección de nuevas variantes (Faria, Morales Claro, Candido et al., 2021; Sabino, Buss, Carvalho et al., 2021). Todo esto en un momento en que los esfuerzos de vacunación están muy politizados y sin planes operativos claros (Amâncio, 2020; Alves y Bottallo, 2020).

Voces críticas en todo el mundo señalan que la responsabilidad de esta calamidad recae en el presidente Jair Bolsonaro, ya que restó importancia al COVID-19 y saboteó sistemáticamente las medidas de control (promoviendo la inmunidad de rebaño por contagio).[1] Mientras se desarrollaba este escenario "necropolítico" (subyugando "la vida al poder de la muerte" y comprometiendo seriamente la salud de la población y los derechos humanos), se cristalizaron nuevas dinámicas de poder (Mbembe, 2003, p. 39; ver también Foucault, 1978). En medio de la crisis política y de salud pública sin precedentes en Brasil, y bajo una intensa presión social, otros actores estatales han tratado de articular respuestas eficaces, afirmar su autoridad y salvar el día.

Ninguna otra institución ha estado más directamente implicada en contrarrestar la catastrófica gestión de la pandemia por parte del ejecutivo brasileño que el Tribunal Supremo del país, el Supremo Tribunal Federal (STF). Tras la aprobación de la Ley Federal 13.979 por el Congreso en febrero de 2020, el tribunal ha venido desempeñando un papel político central cada vez más activo.[2] El poder legislativo actuó rápidamente al principio de la pandemia, declarando el "estado de calamidad pública" y creando el marco jurídico para la posterior acción política.[3] La Ley 13.979 estipulaba específicamente que la responsabilidad de responder a la emergencia se distribuía por toda la federación, es decir, no sólo estaba en manos del gobierno central, sino también de las autoridades del distrito federal y de los estados y municipios. De acuerdo con la Constitución brasileña (art. 24, XII), es

1 Human Rights Watch, Brazil: Events of 2020. https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/brazil

2 Brazil, Lei N. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 DOU 7.2.2020 (2020). https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm

3 Brazil, Decreto Legislativo N. 6, de 20 de marzo de 2020 DOU de 20.3.2020 (2020). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.html; ver también IBGE, "PNAD COVID19: 29,4 milhões de domicílios receberam auxílio emergencial em junho" (julio de 2020). https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28355-pnad-covid19-29-4-milhoes-de-domiciliosreceberam-auxilio-emergencial-em-junho

competencia concurrente de todas las esferas de gobierno (gobiernos federal y estatales, así como municipios) legislar en materia de salud (Constitución de la República Federal de Brasil, 1988). Desde marzo de 2020, el tribunal ha estado resolviendo disputas entre los gobiernos central y regionales sobre su competencia concurrente para actuar sobre el derecho a la salud y emitir medidas normativas (como en el caso del confinamiento) y, al mismo tiempo, reajustando los propios términos de su interacción.

Al hacerlo, el STF ha ejercido a menudo poderes discrecionales, aunque controvertidos, para la toma de decisiones (como la emisión de decisiones monocráticas, que son veredictos emitidos por un único juez), diseñando así nuevas formas de posicionarse en relación con los otros poderes del Estado y el público en general (Godoy y Chueiri, 2020). El STF también ha recuperado y resuelto estratégicamente litigios difíciles que habían permanecido inactivos, y se ha anticipado a las disputas (como en el caso de la vacunación), remodelando así el campo político y consolidando su poder de formulación de políticas (Cerioni, 2020).

Los críticos han calificado esa búsqueda activa de poder por parte del Tribunal Supremo como una expresión de "supremocracia". Para el jurista Oscar Vilhena Vieira, el término se refiere a los esfuerzos del tribunal por consolidar "su autoridad en relación con otros niveles del poder judicial brasileño" y ampliar "su autoridad en detrimento de los poderes legislativo y ejecutivo" (Vilhena, 2018; ver también Vilhena, 2008). Sin embargo, la etiqueta de supremocracia puede ser rebatida por quienes ven las acciones de la Corte Suprema como una respuesta adecuada a una crisis sin precedentes. Independientemente de la perspectiva, la pandemia ha colocado al STF en el centro de la escena política, teniendo la última palabra sobre las decisiones tomadas por los poderes ejecutivo y legislativo en relación con una amplia gama de cuestiones políticas, económicas, morales y sociales. [4]

En lo que sigue, investigamos la forma y el alcance del poder judicial en un momento de crisis de salud pública y autoritarismo necropolítico. Destacamos el papel biopolítico del poder judicial brasileño durante la pandemia e investigamos el efecto que la judicialización del COVID-19 está teniendo en la separación de los poderes y en los derechos humanos, la responsabilidad y la gobernanza democrática

4 Sobre el fenómeno más amplio de la judicialización de la política en Brasil, véase Vianna, Carvalho, Melo y Burgos, 1999; Vianna, Burgos y Salles, 2007, pp. 39-85. Sobre la judicialización de la biopolítica, véase Biehl, 2013, pp. 419-436.

en general. En concreto, examinamos las respuestas del tribunal a la vulnerabilidad de los grupos marginados (incluidos los presos, los pueblos indígenas y los trabajadores esenciales) y las medidas necesarias para su protección, incluida la protección de los derechos civiles, políticos y socioeconómicos, así como el papel emergente del tribunal en la configuración de la política de vacunación y el acceso. En otras palabras, en el contexto de un gobierno ejecutivo federal que ha hecho poco para promover la protección de los derechos humanos, examinamos cómo un Tribunal Supremo envalentonado, en un momento de crisis de salud pública sin precedentes, puede contrarrestar y promover la protección de los derechos y la aplicación de intervenciones basadas en pruebas, y las repercusiones negativas que puedan surgir.

CONTEXTO Y MÉTODOS

El sistema jurídico brasileño deriva del sistema de derecho civil vigente en los países europeos (por ejemplo, Portugal, Francia y Alemania) y se basa principalmente en estatutos (elevando la importancia del derecho codificado por encima del precedente judicial) (Syam, 2014). Dada la amplia gama de derechos ciudadanos y deberes estatales especificados por la Constitución democrática del país de 1988, el Tribunal Supremo analiza un gran número de casos, sin sentar precedentes (Pillati, 2016). Con más de 73.000 nuevos casos en revisión sólo en 2020, el STF es la última instancia para los recursos legales.[5]

El confinamiento pandémico y los desafíos del acceso legal en línea no han limitado el funcionamiento general del poder judicial brasileño, que revisó más de 1.000 millones de actos procesales y emitió más de 22 millones de sentencias entre marzo y diciembre de 2020.[6] Desde el comienzo de la pandemia, los tribunales de todo el país se han visto inundados de casos relacionados con el COVID-19. Los casos han incluido demandas de acceso a la justicia y a los tribunales de primera instancia. Los casos han incluido demandas de acceso a unidades de cuidados intensivos, tratamientos no aprobados y sin

5 Ver Federal Supreme Court, About the court. https://www2.stf.jus.br/portalStfInternacional/cms/verConteudo.php?sigla=portalStfSobreCorte_en_us&idConteudo=120647

6 Associação dos Magistrados Brasileiros, Confira a produtividade do Poder Judiciário durante a pandemia. https://www.amb.com.br/campanhas/confi raprodutividade-do-poder-judiciario-durante-pandemia/

licencia, asistencia económica, la excarcelación temporal de presos y la adjudicación de disputas sobre las obligaciones de la salud pública y los poderes del gobierno y del sistema privado de salud. Solo la Corte Suprema recibió más de 7.000 casos relacionados con COVID-19 en 2020.[7] Todo esto ocurrió en un contexto en el que la judicialización de la salud (y especialmente de los medicamentos) ha crecido de manera exponencial en todo el país (Biehl, Socal y Amon, 2016a, 2016b; Biehl, Amon, Socal y Petryna, 2012; Biehl, Petryna, Gertner et al., 2009; Biehl, Socal, Gauri et al., 2019; Socal, Amon y Biehl, 2020). Los datos del Consejo Nacional de Justicia muestran que en 2017 había casi 1,8 millones de casos judiciales relacionados con el derecho a la salud en revisión en Brasil (Lima Jr. y Schulze, 2018).

Para comprender la escala y el impacto de la judicialización de la pandemia de COVID-19, estamos llevando a cabo un estudio exploratorio multimétodo que incluye (1) el seguimiento de la legislación relacionada con COVID-19, las sentencias judiciales y las órdenes ejecutivas y su aplicación (utilizando principalmente el Boletim Direitos na Pandemia, Conectas/CEPEDISA-USP); (2) el seguimiento de la cobertura de prensa de la pandemia y el rastreo de las reacciones en las redes sociales de las autoridades gubernamentales y la sociedad civil; (3) análisis de casos legales representativos disponibles en el Observatório Nacional do Conselho Nacional de Justiça, el Painel de Ações COVID-19, la plataforma COVID-19 Processos Judiciais, la plataforma Dados Auxílio Emergencial, y bases de datos oficiales de tribunales federales y estatales; y (4) la realización de entrevistas en línea con académicos clave y actores judiciales y políticos y la asistencia a conferencias relacionadas con COVID-19 organizadas por el Observatório Nacional do Conselho Nacional de Justiça (Consejo Nacional de Justicia) y el Colegio de Abogados de Brasil. A medida que este trabajo continúa, presentamos aquí un análisis descriptivo inicial de casos representativos, y de alto perfil, que ilustran las tensiones entre la autoridad ejecutiva federal y estatal/municipal y las formas en que el STF ha intervenido en respuesta al COVID-19.

Mientras que en trabajos anteriores intentamos comprender los factores que impulsan la judicialización a nivel individual y comunitario, aquí nos interesan los factores institucionales, en particular la medida

7 Supremo Tribunal Federal, Painel de Ações COVID-19. https://transparencia.stf.jus.br/single/?appid=615fc495-804d-409f-9b08-fb436a455451&sheet=260e1cae-f9aa-44bb-bbc4-9d8b9f2244d5&theme=simplicity&opt=currsel%2Cctxmenu&select=clearall

en que la judicialización consolida la autoridad del poder judicial frente a los otros poderes del Estado brasileño (Biehl et al., 2012, ver nota 21; Biehl et al., 2016, ver nota 21; Socal et al., 2020, ver nota 21). Esta tensión entre el poder ejecutivo, el legislativo y los tribunales –a nivel estatal y federal– es de especial interés en relación con las medidas y políticas gubernamentales que vulneran derechos, en las que el poder judicial tiene una función específica a la hora de evaluar si dichas medidas cumplen las normas de legalidad, necesidad basada en pruebas, proporcionalidad, no discriminación y gradualidad.[8] En términos más generales, el análisis de la respuesta del poder judicial a las medidas del poder ejecutivo contribuye a nuestra comprensión de la justiciabilidad de los derechos sanitarios en general y durante las emergencias de salud pública en particular.

LO JUDICIAL COMO SITIO CLAVE DE LA POLÍTICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Como reflejo del impacto generalizado de la pandemia de COVID-19 en Brasil, nuestro análisis reveló una gran diversidad en todos los ámbitos clave examinados. En primer lugar, identificamos una diversidad de litigantes, desde pacientes individuales y sujetos en riesgo hasta municipios y estados e instituciones públicas y privadas (tanto del sector sanitario como no sanitario), representados por abogados públicos y privados. En segundo lugar, encontramos una diversidad de cuestiones consideradas "de emergencia", como la falta de camas hospitalarias y respiradores, los derechos laborales y el acceso a ayuda económica, el confinamiento y la aplicación de cuarentenas, las operaciones comerciales y las exenciones fiscales. En tercer lugar, a diferencia del fenómeno más individualizado del derecho a los medicamentos, descubrimos que los casos del COVID-19 tendían a referirse a problemas estructurales de mayor envergadura que afectaban a poblaciones enteras, cuyas sentencias afectaban más directamente a la gobernanza y a la interfaz entre los sectores público y privado.

8 United Nations Economic and Social Council, The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Pro visions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985), sec. I.A.12; Human Rights Committee, General Comment No. 27, Freedom of Movement (Art. 12), UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.9 (1999).

Durante la pandemia, el país ha sido testigo de enfrentamientos entre la Corte Suprema y el poder ejecutivo federal con una frecuencia y en una escala nunca vistas después del período de redemocratización. Algunos de los principales conflictos han girado en torno a la autonomía de los estados, los municipios y el distrito federal; la protección de las poblaciones vulnerables; y cuestiones relacionadas con la infraestructura y la tecnociencia. Un examen detenido de casos concretos revela importantes contradicciones jurídicas e ideológicas y sesgos sociales en la labor del poder judicial, que determinan avances progresistas e impedimentos conservadores.

SUPREMOCRACIA VERSUS NECROPOLÍTICA

Tres casos ilustran vívidamente cómo el Tribunal Supremo se ha opuesto a la administración Bolsonaro y ha reforzado el poder de decisión de otras esferas de gobierno. Al principio de la pandemia, el partido político de izquierda Rede Sustentabilidade presentó una acción directa de inconstitucionalidad (ADI 6.343) contra el gobierno federal. El demandante pidió al STF que suspendiera un decreto presidencial provisional que centralizaba en el gobierno federal todas las acciones relacionadas con el transporte de personas y mercancías, impidiendo así la aplicación de medidas locales de prevención. El tribunal accedió a la petición del demandante y subrayó la autoridad de los estados y municipios para aplicar medidas de control de la pandemia, exigiendo también que las futuras medidas tuvieran una base científica.[9]

En abril de 2020, el Colegio de Abogados de Brasil hizo lo mismo y presentó una demanda de incumplimiento (ADPF n. 672) contra el gobierno federal, exigiendo que el Tribunal Supremo obligara al presidente a mantener las medidas de control del COVID-19 aplicadas por los estados, los municipios y el distrito federal. El Colegio de Abogados también le pidió al tribunal que exigiera al presidente la aplicación de medidas económicas de emergencia para ayudar a la población. El STF aceptó parcialmente los argumentos del Colegio de Abogados, determinando que el gobierno federal no podía invalidar las políticas que los estados, municipios y el distrito federal aplicaban contra el COVID-19.[10] Sin embargo, el STF dejó pasar la oportunidad

9 Supremo Tribunal Federal, ADI 6343, Inteiro Teor do Acórdão. http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344984917&ext=.pdf

10 Supremo Tribunal Federal, ADPF 672, Inteiro Teor do Acórdão. http://portal.stf.

de obligar al gobierno de Bolsonaro a cambiar su curso de negación de la gravedad de la pandemia en nombre de poner la "economía en primer lugar". En palabras del ministro Alexandre de Moraes, era constitucionalmente "inaceptable" que el tribunal ordenara al presidente la formulación de políticas.[11]

Ese mismo mes, el estado nororiental de Maranhão, entonces epicentro de la pandemia del país y gobernado por el izquierdista Partido Comunista do Brasil, solicitó al STF que detuviera los esfuerzos del gobierno de Bolsonaro por confiscar y redistribuir docenas de respiradores de UCI adquiridos por el estado. La medida del gobierno federal reveló la precariedad de la infraestructura de salud pública del país y fue vista por el público brasileño como un ataque partidista y de represalia contra un estado que proporcionó a Bolsonaro poco apoyo político. El tribunal acabó fallando a favor del estado de Maranhão, impidiendo la incautación de los respiradores.[12]

Estos tres casos evidencian la gran concurrencia de actores y entidades políticas que recurren a la judicialización en sus esfuerzos por enfrentar el impacto directo que el poder judicial ha tenido sobre la gobernabilidad en medio de la pandemia. Al exponerse y oponerse a la negativa del gobierno de Bolsonaro de implementar medidas de control adecuadas y detener su gobierno depredador (como en el intento de confiscar equipos), el STF actuó tácticamente en tándem con el poder legislativo, buscando tanto rectificar la política de salud pública fatalista del gobierno federal (minimizando la prevención para mantener la economía abierta) como limitar su autoridad. Al hacerlo, "el poder judicial ha dado poder a los estados", como nos dijo conmovedoramente un interlocutor[13]. Dada la grave situación económica de la mayoría de los estados y su dependencia de los fondos federales, en la práctica este poder ha tenido un efecto limitado. El hecho es que el gobierno de Bolsonaro ha exigido a los gobiernos locales que apoyen el negacionismo del presidente para recibir fondos de emergencia críticos para mantener la economía en marcha.

---

jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344826938&ext=.pdf

11 Supremo Tribunal Federal, ADPF 672, Decisão Liminar. http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf

12 Supremo Tribunal Federal, ACO 3385, Tutela Provisória na Ação Cível Originária 3.385 Maranhão. http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342938537&ext=.pdf

13 Comunicación personal con un estratega político (enero 2021).

Mientras tanto, estas tres sentencias fueron ampliamente difundidas por la prensa y en las redes sociales, generando un acalorado debate público sobre la falta de un plan de acción federal para combatir la pandemia y sobre la autoridad política del máximo tribunal del país. También ha cristalizado en el proceso una guerra retórica entre el presidente Bolsonaro y los gobernadores y alcaldes del país sobre liderazgo, constitucionalidad, eficacia y responsabilidades. En este punto inicial de la pandemia, el Tribunal Supremo, utilizando su forma maleable de autoridad, consolidó su imagen de resolución de problemas. Y al hacerlo, el STF ayudó a instaurar una forma informal y paralela de poder político que opera en contra y en tándem con el autoritarismo necropolítico de Bolsonaro, desafiando su autoridad, pero sin forzarlo directamente a efectuar una biopolítica adecuada a la situación.

JUSTICIA SELECTIVA

Las numerosas intervenciones del Tribunal Supremo brasileño durante la pandemia también han estado marcadas por contradicciones y fisuras internas, especialmente en lo que se refiere a la garantía de los derechos humanos por mandato constitucional. Si bien se apresuró a afirmar su autoridad para promover la capacidad de los estados, los municipios y el distrito federal para aplicar las medidas del COVID-19, el STF respondió de manera desigual al impacto de la pandemia en las minorías raciales, como resultado del racismo sistémico histórico y generalizado del país (ver Ribeiro, 2019; Werneck, 2016, pp. 535-549; Araújo y Silva, 2015, pp. 12-15; Araújo y Caldwell, 2020; Biehl, Prates y Amon, 2021, pp. 151-162).

Por ejemplo, dos tercios de la población reclusa de Brasil son negros, y la gran mayoría son pobres.[14] El tristemente célebre sistema penitenciario del país se está desmoronando y está superpoblado, lo que sin duda expone a los reclusos a un alto riesgo de infección (Conectas Direitos Humanos, 2020; Moura, 2021). Más del 75% de todos los casos relacionados con el COVID-19 presentados ante el STF entre marzo y mayo de 2020 eran habeas corpus (en su mayoría presentados por defensores públicos), en los que se solicitaba la puesta en libertad de reclusos de edad avanzada y de reclusos con problemas de salud subyacentes que los exponían a enfermedades graves y a la muerte.

14 Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Anuário brasileiro de segurança pública 2020, pp. 306-307.

Sin embargo, el STF rechazó más del 90% de estos pedidos, fallando decisivamente en contra del derecho a la salud de esta población (Balthazar y Mariani, 2020).

Entre las demandas colectivas destaca la ADPF 347. Presentada por el partido político Socialismo e Liberdade, la demanda pedía al tribunal que considerase "inconstitucional" el "infernal" y "negligente" sistema penal del país y, por tanto, solicitaba al tribunal que actuase de inmediato, conmutando o reduciendo las penas.[15] En marzo de 2020, ante la rápida propagación de la pandemia entre la población vulnerable, el juez Marco Aurélio dictó una medida cautelar (válida para todos los reclusos del país) en la que pedía a los jueces de los tribunales penales que evaluaran la situación de los reclusos con riesgo de contraer COVID-19 en sus jurisdicciones.[16] Sin embargo, la mayoría de los jueces revocó rápidamente la medida cautelar del juez Aurélio.

La tendencia punitiva del poder judicial, reflejada en esta acción, también se ha manifestado claramente en declaraciones públicas. En varias ocasiones, el actual presidente de la Corte Suprema, Luiz Fux, afirmó que no era posible liberar a los presos en el contexto de la pandemia debido al riesgo de que cometieran más delitos (Fux, 2020). Este discurso conservador se alinea con uno de los lemas clave del bolsonarismo -"un bandido bueno es un bandido muerto"- y apela al electorado del presidente que apoya la idea de que "la cultura de los derechos humanos ha terminado y ahora es el turno de los buenos humanos" (Jardim, 2018; véase también Silva, 2019, pp. 133-153; Solano, 2018, pp. 1-29). [17]

En sus acciones en respuesta a la pandemia del COVID-19, se puede considerar que el STF está consiguiendo el apoyo del público al elegir qué causas patrocinar y qué batallas librar. Bajo el ataque coordinado de grupos de extrema derecha, el tribunal está claramente preocupado por su autonomía y relevancia política en un vacío de gobernanza efectiva y amenazado por las represalias de Bolsonaro (Caram y Saldaña, 2020). Por lo tanto, cuando se trata de decidir sobre causas impopulares, como los derechos de los presos a la salud y a la vida, el tribunal es cauteloso. Esto es evidente en la decisión más reciente del

15 Supremo Tribunal Federal, ADPF 347, Petição Inicial. http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4783560

16 Supremo Tribunal Federal, ADPF 347, Tutela Provisoria Incidental. https://images.jota.info/wp-content/uploads/2020/03/adpf-347-tpi-1.pdf?x61980

17 Comunicación personal del interlocutor (junio de 2019).

juez Edson Fachin que pide a los jueces penales conmutar las sentencias sólo de aquellos presos que hayan cometido "delitos sin violencia" (Teixeira, 2020).

En contraste con su falta de voluntad para proteger a los presos, el Tribunal Supremo ha sido más proactivo y decisivo en el caso de los derechos indígenas (también difamados en la retórica depredadora de Bolsonaro y las políticas neoextractivistas) (Ferrante y Fearnside, 2019). El ejemplo más significativo aquí es la adopción por parte del tribunal de la demanda ADPF 709, en la que la Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil, una organización indígena apoyada por seis partidos políticos de izquierda, pidió al STF que ordenara al gobierno de Bolsonaro implementar una serie de medidas de protección específicas para los pueblos indígenas durante la pandemia.[18] En su sentencia de agosto de 2020, el STF reconoció la validez de la mayoría de estas peticiones y exigió al gobierno que, entre otras cosas, introdujera barreras sanitarias para proteger las aldeas indígenas, que convocara un grupo de trabajo de emergencia con la participación de todas las partes interesadas y que presentara un plan de acción integral (Shalders, 2020).

Fue una sentencia histórica. Nunca antes el poder judicial había reconocido la legitimidad de una organización indígena para presentar demandas ante el máximo tribunal del país. Como dijo el abogado y antropólogo indígena Eloy Terena, "por primera vez, los [pueblos] indígenas acuden al poder judicial en su propio nombre" (APIB 2020). A principios de 2021, el gobierno de Bolsonaro ya había presentado varias versiones del plan de acción requerido: todas ellas fueron rechazadas por el STF por considerarlas inadecuadas y porque el gobierno seguía "poniendo en riesgo la vida y la salud de los pueblos indígenas" (Vargas, 2021).

Al avanzar de forma pragmática en la causa indígena (como le encomendaba debidamente la Constitución) durante la pandemia, el tribunal evaluó una vez más de forma táctica el impacto político de su postura. Ciertamente, a los jueces no se les escapó que los reclamos de los pueblos indígenas vulnerables estaban respaldados por una fuerte movilización social y mediática y que el presidente Bolsonaro ya estaba siendo acusado internacionalmente de incitar al genocidio (Poirier, 2019; Phillips, 2019). Los líderes indígenas amazónicos, con

18 Supremo Tribunal Federal, ADPF 709, Petição Inicial. http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5952986

renovada valentía, han presentado desde entonces un nuevo caso contra Bolsonaro ante la Corte Penal Internacional (Milhorance, 2021).

VALORES NEOLIBERALES Y POPULISMO JUDICIAL

El sesgo conservador del tribunal hacia los presos se alinea con el razonamiento consecuencialista neoliberal adoptado por la mayoría de los jueces cuando resuelven casos relacionados con los derechos socioeconómicos. Durante la pandemia, esto fue claramente visible cuando la mayoría se alineó con las políticas del gobierno de Bolsonaro que permitieron la reducción de salarios y la suspensión de contratos sin el consentimiento de los sindicatos (ADI 6.342 y ADI 6.363).[19] Según el juez Luiz Fux, "en situaciones de crisis grave, el Tribunal Supremo debe actuar de una manera marcada por los preceptos de la prudencia, la deferencia a los juicios técnicos realizados por otros poderes y el consecuencialismo, entendido como un intento de prever las consecuencias sistémicas de una determinada decisión antes de que se tome".[20]

En su voto discrepante, la jueza Carmen Lúcia dejó al descubierto los fundamentos neoliberales excluyentes de dicha sentencia:

> No estamos hablando de lo ideal. Estamos hablando de atenernos a principios constitucionales que nos permitan interpretarlos de tal manera que garanticen el valor del trabajo y de los trabajadores. Si pierdes tu trabajo, puede tener otra consecuencia... no podrás aislarte socialmente porque saldrás a buscar trabajo. Eso es la vida, eso es lo que garantiza la supervivencia de cada persona, especialmente de las más vulnerables socialmente. (p. 120)

El reconocimiento de la relación entre la posición económica y la vulnerabilidad a la infección (y la enfermedad grave) durante las emergencias de salud pública ha estado ausente no sólo en la opinión mayoritaria del Tribunal Supremo de Brasil, sino también en muchos (si no en la mayoría) de los países, y no se le ha prestado suficiente atención en las normas de derechos humanos (Ventura, 2009). Como señalan Leonard Rubenstein y Matthew Decamp, la vulnerabilidad de

19 Supremo Tribunal Federal, Case law compilation: COVID-19 (Brasília: STF, 2020).

20 Supremo Tribunal Federal, ADI 6363, Inteiro Teor do Acórdão, p. 113. http://portal.stf.jus.br/proces sos/downloadPeca.asp?id=15345059901&ext=.pdf

los trabajadores esenciales no se tiene debidamente en cuenta en el artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al más alto nivel posible de salud, y en los Principios de Siracusa, que no contemplan circunstancias en las que las excepciones a las restricciones de derechos (como el derecho a la circulación) ponen en peligro la salud en lugar de protegerla (Rubenstein y Decamp, 2020). En estos casos, las personas que, como los trabajadores esenciales, no están sujetas a restricciones de derechos pueden necesitar igual o mayor apoyo del gobierno que las que están sometidas a confinamientos o cuarentenas impuestas por el Estado.

ANTICIPANDO LA GUERRA POR LAS VACUNAS

La postura del Tribunal Supremo sobre la vacunación COVID-19 es emblemática de su capacidad tanto para contrarrestar las (in)acciones del gobierno de Bolsonaro como para dar forma al juego político por venir (aunque no altere sustancialmente la política federal rezagada). En diciembre de 2020, el Tribunal Supremo dictaminó por amplia mayoría (10 a 1) que la vacunación obligatoria es constitucional y que puede ser llevada a cabo por cualquier esfera de gobierno. El tribunal dejó de lado las preocupaciones sobre el consentimiento informado y la autonomía corporal y rechazó el razonamiento de inconstitucionalidad presentado por el partido de centro-derecha Partido Trabalhista Brasileiro (partidario del gobierno de Bolsonaro) en ADI 6.587. En cambio, el STF estuvo de acuerdo con los argumentos de gobernanza local y bien público presentados por el Partido Democrático Trabalhista, de izquierda, en ADI 6.586 (Biehl, Prates y Amon, 2021, p. 161).[21] Al tiempo que consolidó la autoridad biopolítica de estados, municipios y el distrito federal (en línea con la primera sentencia descentralizadora de la legislatura), el tribunal también reforzó su imagen de basarse en principios científicos y exponer la apropiación derechista del lenguaje de los derechos humanos. Dicho esto, el fallo sobre la

21 Supremo Tribunal Federal, ADI 6587, Petição Inicial. http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6034076; Supremo Tribunal Federal, ADI 6586, Petição Inicial. http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6033038

vacunación básicamente reforzó los elementos obligatorios de las célebres campañas de vacunación infantil masiva del país de las últimas cuatro décadas (Barreto, Teixeira, Bastos et al., 2011).

La autoridad tecnojurídica del Tribunal Supremo se ha visto ciertamente reforzada por la guerra política en torno a la inmunización. Desde diciembre de 2020, el STF se ha visto inundado de demandas relacionadas con la vacunación y ha dictaminado, por ejemplo, que los estados y municipios podían comprar vacunas aunque no hubieran sido autorizadas por ANVISA (la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil).[22] Dada la campaña del presidente y sus aliados para desacreditar las vacunas, las sentencias sobre estas demandas agudizaron el antagonismo entre el poder judicial y el *bolsonarismo* en general.

Curiosamente, el tribunal anticipó –y, hasta cierto punto, orquestó– este enfrentamiento. Ya en octubre de 2020, el STF comenzó a señalar que actuaría en la cuestión de la vacunación COVID-19. En sintonía con la creciente polarización social sobre el valor o el peligro de la inmunización (fomentada por el presidente Bolsonaro y sus partidarios), el juez-presidente Luiz Fux dijo a los periodistas: "Tomen nota de mis palabras: habrá una judicialización de la vacunación, y creo que esto es algo necesario" (Martins, 2020).[23] Según Fux, la cuestión debe ser resuelta por el STF porque el tribunal es la institución más importante para garantizar la seguridad jurídica del país (es decir, la transparencia, la estabilidad y la previsibilidad jurídicas). Por lo tanto, el movimiento del tribunal buscaba tanto impedir la erosión autoritaria del Estado de Derecho como engendrar nuevas reglas para el campo político (en un momento en el que las vacunas en sí mismas aún no se habían materializado). Este modus operandi anticipatorio creó las condiciones para nuevas confrontaciones y reposicionamientos políticos. A raíz de la desastrosa gestión de la planificación de la vacunación y de la producción y distribución de vacunas por parte del

22 Supremo Tribunal Federal, ADPF 754, Inteiro Teor do Acórdão. http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345880260&ext=.pdf; Supremo Tribunal Federal, ADPF 756, Inteiro Teor do Acórdão. http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15346042868&ext=.pdf; Supremo Tribunal Federal, ADPF 770, Inteiro Teor do Acórdão. http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345861511&ext=.pdf; Supremo Tribunal Federal, ADI 6625, Inteiro Teor do Acórdão. http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15346127091&ext=.pdf

23 En cuanto a la negativa inicial del Gobierno federal a firmar contratos para la adquisición de vacunas, véase Gaspar (2021).

gobierno, se ha producido una caída significativa del índice de aprobación del gobierno y cada vez hay más peticiones de destitución del presidente. Dicho esto, la eficacia de esta acción anticipatoria del Tribunal Supremo (considerada por muchos como precipitada) es también bastante limitada, ya que un plan de vacunación eficaz necesita un proceso centralizado de compra y distribución para ganar escala.

CONCLUSIÓN

En todo el mundo, los gobiernos han reaccionado ante la pandemia de COVID-19 con órdenes y políticas de emergencia que restringen los derechos de circulación, reunión y educación y que han afectado profundamente a la vida cotidiana y los medios de subsistencia de las personas. Entre ellas se incluyen los confinamientos, las órdenes de permanecer en casa y las restricciones a las reuniones públicas, las escuelas, los restaurantes y otros negocios. En ocasiones, estas órdenes incluyen duras sanciones penales y la aplicación de medidas policiales o militares. Algunas de ellas han sido arbitrarias u oportunistas, como el levantamiento o la relajación de las normativas medioambientales o la restricción del acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (incluido el acceso al aborto y a la anticoncepción) (Amon y Wurth, 2020; Amon, 2020; Conectas y CEPEDISA, 2021). Sólo se han documentado algunas de las innumerables repercusiones de estas acciones en la salud física y mental; sin duda, todas las consecuencias serán significativas y se concentrarán en comunidades ya vulnerables y marginadas.

Reconociendo el potencial de daño de las restricciones a los derechos humanos en tiempos de emergencia, el derecho internacional exige que dichas restricciones se consideren en relación con las normas clave, tal y como se codifica en los Principios de Siracusa. Sin embargo, esta tarea requiere la capacidad de prever daños específicos que pueden ser difíciles de evaluar o inconvenientes para los intereses políticos. Por lo tanto, los tribunales desempeñan un papel importante a la hora de controlar la posibilidad de que se produzcan abusos durante tales emergencias, cuando el temor a una enfermedad infecciosa emergente grave y poco conocida puede provocar una reacción exagerada y un atropello discriminatorio o indiscriminado de los derechos. Como complemento de esta función de control de los abusos derivados de las respuestas de emergencia que restringen los derechos, los tribunales tienen la responsabilidad de defender el derecho a la salud y el Estado

la obligación de aplicar medidas de prevención y tratamiento basadas en pruebas científicas y de garantizar que las poblaciones vulnerables puedan acceder a los servicios de salud.

Durante la crisis del COVID-19 en Brasil, la mayoría de las acciones de la Corte Suprema han estado en tensión con el ejecutivo (tanto confrontando algunas de sus omisiones como descentralizando su autoridad). El STF ha actuado para apoyar a los estados y municipios en su deseo de implementar medidas de prevención y ha impedido que la administración Bolsonaro interfiera en tales esfuerzos. Estas acciones legales pueden ser vistas como un correctivo necesario (pero insuficiente) a la necropolítica en curso y también como un contrapunto mínimo a los esfuerzos del presidente por socavar los procesos democráticos. Es importante señalar que el Tribunal no ha sido coherente en sus intervenciones en apoyo del derecho a la salud, ya que ha defendido los derechos de los pueblos indígenas y, al mismo tiempo, ha optado por no actuar en favor de los presos o los trabajadores esenciales. En estos casos, la Corte Suprema puede verse menos preocupada por los derechos garantizados en la Constitución y los tratados internacionales y más movilizada por un proyecto político propio, que incluye su autopreservación frente a los constantes ataques del ejecutivo y de las fuerzas de derecha asociadas a él.

En suma, la judicialización generalizada del COVID-19 ha brindado al STF una oportunidad para fortalecer su capacidad de enfrentar y rectificar el fracaso del ejecutivo, al tiempo que apoya sus propios esfuerzos por concentrar mayor poder. En los pleitos analizados en este estudio inicial, el STF actuó con firmeza para prohibir que el ejecutivo federal sustituyera a la autoridad estatal y local, ya fuera en relación con la aplicación de medidas de control de la salud pública (confinamientos), el control de medios vitales para el tratamiento (respiradores) o la política de vacunación. Además, el tribunal dictaminó qué poblaciones con alto riesgo de contraer el COVID-19 recibían ayuda y cuáles no, reforzando así la autoridad del STF como una especie de comandante en jefe en varios frentes. De hecho, la mayoría de las acciones del tribunal han ido en detrimento del ejecutivo, tanto enfrentándose a su omisión como configurando directamente la agenda de gobierno durante la pandemia (*realpolitizando* con el legislativo y, en ocasiones, exacerbando el caos general en la formulación de políticas) (Ferraz, 2021). De esta forma, el STF ha ampliado su papel como control del poder ejecutivo federal. Esta creciente autoridad del STF ha sido reconocida y apoyada por diversos actores sociales, políticos y económicos (desde grupos marginados hasta partidos políticos y

corporaciones). En otras palabras, los justiciables parecen bien conscientes de que la política depende hoy de la judicialización y, en última instancia, del STF.

Mientras Brasil se enfrenta a la tormenta perfecta que supone la intersección de crisis sanitarias, económicas y políticas, el STF avanza de forma contundente y astuta (oscilando entre imperativos progresistas, valoraciones neoliberales y decisiones conservadoras), orquestando el campo político y explorando la plasticidad de la separación de poderes y los límites de la constitucionalidad. De este modo, el Tribunal está extendiendo el ejercicio de sus funciones básicas a la gobernanza real, con un amplio impacto político y resultados sociomédicos desiguales (ya que el Tribunal sólo aborda tangencial y estratégicamente causas impopulares que hablan de las desigualdades históricas del país).

De hecho, el Tribunal Supremo se ha convertido en un locus político decisivo: no sólo para las deliberaciones y decisiones de otros jueces u otros poderes, sino para cualquier impasse biopolítico durante la calamidad desplegada. En medio de gritos de "supremocracia" y creciente judicialización, el curso de acción correcto para frenar la necropolítica de Bolsonaro sigue sin determinarse. Mientras que el tribunal abre una maniobra jurídico-política distinta frente al autoritarismo durante la pandemia, la capacidad del poder judicial para abordar de manera significativa las precarias infraestructuras de cuidado de Brasil, y para avanzar con firmeza en la protección de los derechos humanos, aún está por verse.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a Heloísa Krüger, Arbel Griner, Miqueias Mugge, Miguel Lago y Marcelo Medeiros por sus opiniones críticas y su ayuda editorial. También agradecemos a los revisores anónimos y al honorable Michael Kirby sus comentarios y sugerencias. Por último, agradecemos al Center for Health and Wellbeing de la Universidad de Princeton su apoyo a la investigación y su ayuda con las tasas de publicación en acceso abierto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, G. y Bottallo, A. (2020, 5 de diciembre). Brasil aposta em poucas vacinas contra a Covid-19 e fica para trás em corrida.

Folha de S. Paulo. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/brasil-aposta-em-poucasvacinas-contra-a-covid-19-e-fica-para-tras-em-corrida.shtml

Amâncio, T. (2020, 14 de diciembre). Em meio a 'guerra da vacina', Doria diz que governo Bolsonaro insiste no negacionismo. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/doria-rebate-ministerio-da-saude-e-poe-presidente-de-conselho-nacional-para-falar-sobre-vacinacao.shtml

Amon, J. J. (2020). COVID-19 and detention. *Health and Human Rights Journal, 22*(1), 367–370.

Amon, J. J. y Wurth, M. (2020). A virtual roundtable on COVID-19 and human rights with Human Rights Watch researchers. *Health and Human Rights Journal, 22*(1), 399–413.

APIB (2020, 3 de agosto). Essa ação é a voz dos povos indígenas no STF. Recuperado de https://apiboficial.org/2020/08/03/essa-acao-e-a-voz-dos-povos-indigenas-nostf/

Araújo, E. M. de y Silva, H. P. da. (2015). Apresentação dossiê "Saúde da População Negra". *Revista ABPN, 7*, 12–15.

Araújo, E. M. y Caldwell, K. (2020). COVID-19 is deadlier for Black Brazilians, a legacy of structural racism that dates back to slavery. *The Conversation*. Recuperado de https://theconversation.com/covid-19-is-deadlier-for-black-brazilians-a-legacy-of-structural-racism-that-dates-back-to-slavery-139430

Associação dos Magistrados Brasileiros. Confira a produtividade do Poder Judiciário durante a pandemia. Recuperado de https://www.amb.com.br/campanhas/confira-produtividade-do-poder-judiciario-durante-pandemia/

Balthazar, R. y Mariani, D. (2020, 25 de mayo). STF resiste a pressões para soltar presos durante pandemia. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/stf-resiste-a-pressoes-para-soltar-presos-durante-pandemia.shtml

Barreto, M. L., Teixeira, M. G., Bastos, F. I. et al. (2011). Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet, 377*(9780), 1877–1889.

Bergamo, M. y Prestes, M. (2021, 14 de enero). Oxigênio acaba em hospitais de Manaus; pesquisador diz que leitos viraram câmara de asfixia. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2021/01/

oxigenio-acabou-e-hospitais-de-manaus-viraram-camara-de-asfixia-diz-pesquisador-da-fiocruz.shtml
Biehl, J. (2013). The judicialization of biopolitics. *American Ethnologist, 40*(3), 419–436.
Biehl, J., Amon, J. J., Socal, M. P. y Petryna, A. (2012). Between the court and the clinic: Lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health and Human Rights Journal, 14*(1), 1–17.
Biehl, J., Petryna, A., Gertner, A. et al. (2009). Judicialisation and the right to health in Brazil. *The Lancet, 373*, 2182–2184.
Biehl, J., Prates, L. E. A. y Amon, J. J. (2021). Supreme Court v. necropolitics: The chaotic judicialization of COVID-19 in Brazil. *Health and Human Rights Journal, 23*(1), 151–162. Recuperado de https://www.hhrjournal.org/2021/06/16/supreme-court-v-necropolitics-the-chaotic-judicialization-of-covid-19-in-brazil/
Biehl, J., Socal, M. P. y Amon, J. J. (2016a). On the heterogeneity and politics of the judicialization of health in Brazil. *Health and Human Rights Journal, 18*(2), 269–271.
Biehl, J., Socal, M. P. y Amon, J. J. (2016b). The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health and Human Rights Journal, 18*(1), 209–220.
Biehl, J., Socal, M. P., Gauri, V. et al. (2019). Judicialization 2.0: Understanding right-to-health litigation in real time. *Global Public Health, 14*(2), 190–199.
Brasil, Decreto Legislativo N. 6, 20 de marzo de 2020 DOU de 20.3.2020 (2020). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.html
Brasil, Lei N. 13.979, de 6 de febrero de 2020 DOU 7.2.2020 (2020). https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm
Buss, L. F., Prete Jr., C. A., Abrahim, C. M. M. et al. (2021). Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. *Science,* 371(6526), 288-292.
Caram, B. y Saldaña, P. (2020, 24 de mayo). Bolsonaro ataca STF e participa de aglomeração com faixas contra Congresso e Judiciário. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/bolsonaro-rebate-stf-descumpre-regra-da-pandemia-e-participa-de-aglomeracao-com-faixas-contra-congresso-e-judiciario.shtml

Cerioni, C. (2020, 30 de octubre). Sem precedentes: A judicialização precoce da vacinação contra a Covid-19 no STF. *JOTA*. Recuperado de https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/sem-precedentes/sem-precedentes-judicializacao-precoce-vacinacao-covid-19-stf-30102020

Conectas y CEPEDISA (2021). *Boletim Direitos na Pandemia 10*.

Conectas Direitos Humanos (2020, 9 de marzo). *Unsanitary conditions, overcrowding and lack of healthcare favor epidemics in prisons*. Recuperado de https://www.conectas.org/en/news/unsanitary-conditions-overcrowding-and-lack-of-healthcare-favor-epidemics-in-prisons

Constitución de la República Federal de Brasil (1988).

Cruz, E. S. (2021, 27 de enero). Desespero e solidariedade em Manaus. *Piauí*. Recuperado de https://www.piaui.folha.uol.com.br/desespero-e-solidarie dade-em-manaus/

Dong, E., Du, H. y Gardner, L. (2020). An interactive web based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infectious Diseases* 20(5), 533–534.

Faria, N. R., Morales Claro, I., Candido, D. et al. (2021, 12 de enero). Genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in Manaus: Preliminary findings. Recuperado de https://virological.org/t/genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-manaus-preliminary-findings/586

Federal Supreme Court, About the court. Recuperado de https://www2.stf.jus.br/portalStfInternacional/cms/verConteudo.php?sigla=portalStfSobreCorte_en_us&id Conteudo=120647

Ferrante, L. y Fearnside, P. (2019). Brazil's new president and "ruralists" threaten Amazonia's environment, traditional peoples and the global climate. *Environmental Conservation, 46*(4), 261–263.

Ferraz, A. (2021, 7 de marzo). Nas disputas entre Bolsonaro e governadores, STF decide a favor dos Estados. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,crise-federativa-faz-stf-decidir-em-favor-dos-estados,70003639120

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2020). *Anuário brasileiro de segurança pública 2020* (pp. 306–307). São Paulo: FBSP.

Foucault, M. (1978). *The history of sexuality*, vol. I. New York: Pantheon Books.

Fux, L. (2020, 27 de julio). Repercussões jurídicas e sociais da pandemia. Presentación en el I Congresso Digital Covid-19: Repercussões Jurídicas e Sociais da Pandemia.
Gaspar, M. (2021, 5 de febrero). Bolsonaro recusou três ofertas de vacina. *Piauí*. Recuperado de https://www.piaui.folha.uol.com.br/bolsonaro-recusou-tres-ofertas-de-vacina/
Godoy, M. G. de y Chueiri, V. K. de (2020, 3 de diciembre). O STF na corda bamba da E/exceção? *JOTA*. Recuperado de https://www.jota.info/stf/supra/stf-pandemia-coronavirus-03122020
Human Rights Committee (1999). General Comment No. 27, Freedom of Movement (Art. 12), UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.9
Human Rights Watch, Brazil: Events of 2020. Recuperado de https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chap ters/brazil
IBGE (2020, julio). PNAD COVID19: 29,4 milhões de domicílios receberam auxílio emergencial em junho. Recuperado de https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28355-pnad-covid19-29-4-milhoes-de-domiciliosreceberam-auxilio-emergencial-em-junho
Jardim, L. (2018, 4 de marzo). Ibope: 50% dos brasileiros acham que 'bandido bom é bandido morto'. *O Globo*. Recuperado de https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/ibope-50-dos-brasileiros-acham-que-bandido-bome-bandido-morto.html;
Lima Jr., A. H. S. y Schulze, C. J. (2018, 10 de noviembre). Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018. *Consultor Jurídico*. Recuperado de https://www.conjur.com.br/2018-nov-10/opiniao-numeros-judicializacao-saude-2018
Lima, B. (2021, 9 de enero). Brasil tem a semana com maior número de casos desde o início da pandemia. *Correio Braziliense*. Recuperado de https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/01/4899310-brasil-tem-semana-commaior-numero-de-casos-desde-o-inicio-da-pandemia. html
Martins, L. (2020, 23 de octubre). Fux diz que "a questão da vacinação" será analisada em breve pelo STF. *Valor Econômico*. Recuperado de https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/10/23/fux-diz-que-a-questo-da-vacinao-ser-analisada-em-breve-pelo-stf.ghtml
Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture 15*(1).
Milhorance, F. (2021, 23 de enero). Jair Bolsonaro could face charges in The Hague over Amazon rainforest. *Guardian*. https://www.theguardian.com/world/2021/jan/23/jair-bolsonaro-could-face-charges-inthe-hague-over-amazon-rainforest

Moura, M. de (2021, 20 de enero). A epidemia particular das prisões. *Piauí*. Recuperado de https://www.piaui.folha.uol.com.br/epidemia-particular-das-prisoes/

Phillips, D. (2019, 27 de noviembre). Indict Jair Bolsonaro over indigenous rights, international court is urged. *Guardian*. Recuperado de https://www.theguardian.com/world/2019/nov/27/jair-bolsonaro-international-criminal-court-indigenous-rights

Pillati, A. (2016). *A Constituinte de 1987-1988: Progressistas, conservadores, ordem econômica e regras do jogo*, 2nd ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Poirier, R. (2019, 9 de mayo). Terra Livre mobilization propels Brazil's indigenous movement to the forefront of resistance to Bolsonaro. Amazon Watch. Recuperado de https://www.amazonwatch.org/news/2019/0509-terra-livre-propels-brazils-indigenous-movement-to-the-forefront-of-bolsonaro-resistance;

Ribeiro, D. (2019). *Pequeno manual antirracista*. São Paulo: Companhia das Letras.

Rubenstein, L. y Decamp, M. (2020). Revisiting restrictions of rights after COVID-19. *Health and Human Rights Journal, 22*(2), 321–324.

Sabino, E. C., Buss, L. F., Carvalho, M. P. S. et al. (2021). Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *Lancet* 397(10273), 452-455.

Shalders, A. (2020, 5 de agosto). O que está em jogo no julgamento do STF sobre povos indígenas na pandemia. *BBC Brasil*. Recuperado de https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53659554

Silva, E. da (2019). Os direitos humanos no "bolsonarismo": "Descriminalização de bandidos" e "punição de policiais". *Conhecer: Debate entre o Público e o Privado, 9*(22), 133–153.

Socal, M. P., Amon, J. J. y Biehl, J. (2020). Right-to-medicines litigation and universal health coverage: Institutional determinants of the judicialization of health in Brazil. *Health and Human Rights Journal, 22*(1), 221–235.

Solano, E. (2018). Crise da democracia e extremismos de direita. *Análise, 42*, 1–29.

Supremo Tribunal Federal, ACO 3385, Tutela Provisória na Ação Cível Originária 3.385 Maranhão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342938537&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADI 6343, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344984917&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADI 6363, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/proces sos/downloadPeca.asp?id=15345059901&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADI 6586, Petição Inicial. Recuperado de http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6033038.

Supremo Tribunal Federal, ADI 6587, Petição Inicial. Recuperado de http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6034076

Supremo Tribunal Federal, ADI 6625, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15346127091&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADPF 347, Petição Inicial. Recuperado de http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4783560

Supremo Tribunal Federal, ADPF 347, Tutela Provisoria Incidental. Recuperado de https://images.jota.info/wp-content/uploads/2020/03/adpf-347-tpi-1.pdf?x61980

Supremo Tribunal Federal, ADPF 672, Decisão Liminar. Recuperado de http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADPF 672, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344826938&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADPF 709, Petição Inicial. Recuperado de http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5952986

Supremo Tribunal Federal, ADPF 754, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345880260&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADPF 756, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15346042868&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, ADPF 770, Inteiro Teor do Acórdão. Recuperado de http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345861511&ext=.pdf

Supremo Tribunal Federal, Case law compilation: COVID-19 (Brasília: STF, 2020).
Supremo Tribunal Federal, Painel de Ações COVID-19. Recuperado de https://transparencia.stf.jus.br/single/?appid=615fc495-804d-409f-9b08-fb436a455451&sheet=260e1cae-f9aa-44bb-bbc4-9d8b9f2244d5&theme=simplicity&opt=currsel%2Cctxmenu&select=clearall
Syam, P. (2014). Major differences between the Brazilian and U.S. legal systems. Recuperado de https://www.onlinelaw.wustl.edu/blog/major-differences-brazilian-u-s-legal-systems/
Teixeira, M. (2020, 17 de diciembre). Fachin concede habeas corpus a presos de grupo de risco que estão em presídio superlotado. *Folha de S.Paulo*. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/12/fachin-concede-habeas-corpus-a-presos-de-grupo-de-risco-que-estao-em-presidio-superlotado.shtml
United Nations Economic and Social Council, The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985), sec. I.A.12.
Vargas, M. (2021, 14 de enero). Covid: Cobrado pelo STF e após 11 meses de pandemia, Pazuello planeja testagem entre indígenas. *O Globo*. https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,covid-cobrado-pelo-stf-e-apos-11-meses-de-pandemia-pazuello-planeja-testagem-entre-indigenas,70003581302
Ventura, D. (2009). Pandemias e Estado de Exceção. En M. Catoni & F. Machado (Orgs.), *Constituição e processo: A resposta do constitucionalismo à banalização do terror* (pp. 159–181). Belo Horizonte: Del Rey/IHJ.
Vianna, L. W., Burgos, M. y Salles, P. (2007). Dezessete anos de judicialização da política. *Tempo Social 12*(2), 39-85.
Vianna, L. W., Carvalho, M. A. R. de, Melo, M. P. C. y Burgos, M. B. (1999). *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan
Vilhena, O. V. (2008). Supremocracia. *Revista Direito GV, 4*(2), 441-464.
Vilhena, O. V. (2018). *A batalha dos poderes*. São Paulo: Companhia das Letras.
Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade, 25*(3), 535–549.

Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares*

Eduardo L. Menéndez

INTRODUCCIÓN

Si bien la actual pandemia de coronavirus no ha generado hasta ahora una catástrofe demográfica similar a la de 1918 (Barry, 2004; Beberidge, 1997), sin embargo, lo que ha producido para la mayoría de los analistas, es la crisis económica más profunda sufrida por el capitalismo, así como una modificación inédita de los comportamientos sociales cotidianos de los sujetos y microgrupos, y especialmente del grupo familiar. Lo que está teniendo consecuencias negativas en

---

* Este artículo fue elaborado a partir de la conferencia virtual de Eduardo Luis Menéndez en el Panel "Salud, COVID-19 y políticas estatales en Argentina y México", realizada el 27 de noviembre de 2020 y organizada conjuntamente por Investigaciones Socio-Históricas Regionales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Rosario (ISHIR CONICET-UNR); el Instituto Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires (ICA-CONICET-/UBA); el Núcleo de Estudios del Trabajo y la Conflictividad Social) NET-UNR); la Escuela de Antropología (FHyA, UNR) y la Sección Antropología Social (SEANSO-UBA).

En la misma participaron como panelistas Susana Margulies (ICA-UBA); Rosa María Osorio (CIESAS-México) y Eduardo Luis Menéndez Spina (CIESAS-México).

Este artículo fue originalmente publicado en la *Revista de la Escuela de Antropología*, Universidad Nacional de Rosario, NRO XVIII AÑO 2021 PERÍODO ene-jun https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.137

los sujetos y en las relaciones entre los mismos, debido a un 'encierro' social impuesto o sugerido por los gobiernos, y aceptado con mayores o menores "trasgresiones" sociales por las personas y grupos sociales.

Pese a que todavía no sabemos si viviremos una catástrofe demográfica a nivel mundial, lo que si observamos es que, una vez más, los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención (de ahora en adelante procesos de SEAP) han evidenciado las limitaciones, contradicciones, conflictos, y orientaciones de los sistemas sociales y de los gobiernos y, en particular del Sector Salud de los mismos; así como ha visibilizado las condiciones de desigualdad socioeconómica, pobreza, informalidad a nivel mundial, y especialmente en los países latinoamericanos.

Asimismo, la pandemia de COVID-19 ha posibilitado que pasen a primer plano actividades cotidianas consideradas generalmente como secundarias o incluso banales, pese a ser básicas para la reproducción social y biológica de sujetos y grupos, como es el caso de los procesos de autoatención; procesos que la casi totalidad de los comentaristas ha ignorado respecto de su papel central en esta pandemia. Es decir, como solía proponer E. Becker (1969,1980), la realidad ha puesto una vez más de manifiesto lo obvio pero sin que lo asumamos en el caso de la autoatención, pese a que ha sido y sigue siendo la actividad que más hemos desarrollado durante la pandemia los sujetos y microgrupos en los diferentes contextos en los que se ha dado el COVID-19.

EL PROCESO DE AUTOATENCIÓN

Como lo estamos observando, la pandemia evidenció toda una serie de procesos mas muy especialmente la hegemonía de la biomedicina más allá de sus problemas y limitaciones, ya que en todos los contextos de los que tenemos información la medicina que aparecía actuando en países europeos, americanos, asiáticos o africanos ha sido la biomédica. Pues todo indica que en China, India o Japón no fueron la medicina mandarina, la ayurvédica o la sintoísta las que fueron utilizadas por sus respectivos Sectores de Salud (SS), sino que utilizaron básicamente la biomedicina. Y lo mismo podemos decir de las medicinas tradicionales en Latinoamérica, ya que las mismas, al igual que las medicinas alternativas y complementarias (MAC), casi no aparecieron señaladas como formas de atención y prevención del nuevo padecimiento. Lo que no niega que los sujetos y microgrupos de los diferentes sectores sociales utilizaran medicinas tradicionales y/o alternativas, sino que

subrayamos que las expectativas de solución se pusieron exclusivamente en acciones y concepciones biomédicas, reforzando aún más su hegemonía.

En este texto no voy a analizar por qué una vez más la biomedicina hegemonizó los procesos de SEAP, pese a enfrentarse con una enfermedad que evidenció –sobre todo inicialmente– su escasa eficacia y carencia de medios específicos. Aunque sí presentaré algunos de sus mecanismos de hegemonización, pero no referidos a las otras medicinas académicas ni a las MAC sino a los procesos de autoatención dado que, apenas reconocida la pandemia, dichos procesos emergieron a nivel mundial como los únicos decisivos para contenerla. Pero pese a que los procesos de autoatención son parte estructural de la vida de los microgrupos y sus sujetos, sin embargo, estos procesos no aparecieron como tales, sino que fueron difundidos exclusivamente como una estrategia de prevención biomédica donde lo determinante estaba en la biomedicina y no en los sujetos y grupos sociales. De tal manera que hasta que se lograra una vacuna, todas –y subrayo todas– las medidas básicas de prevención impulsadas por la OMS, los SS, y la biomedicina se concentraron en las formas de autoatención que debían utilizar los microgrupos y sus sujetos.

Ahora, si bien en el caso de esta pandemia, los contenidos y tipo de acciones de la autoatención han sido indicados por los aparatos médico/sanitarios, sin embargo, fueron aplicados y desarrollados por personas y microgrupos que actúan con autonomía o, por lo menos, con autonomía relativa. De tal manera que la biomedicina recomendó el uso de cubrebocas, la sana distancia, o el quedarse en casa; los que constituyen comportamientos de sujetos y microgrupos donde el papel del personal de salud es mínimo o inexistente y todo está concentrado en el quehacer de la población. La biomedicina, sobre todo respecto de actividades de prevención, ha acuñado o se ha apropiado de una serie de conceptos desde la década de los 60', que buscaron tener un efecto en los individuos –aunque no en los grupos– para modificar comportamientos que limitaran el riesgo de contraer sobre todo enfermedades crónico/ degenerativas. Y para ello, desarrollaron o resignificaron los conceptos de riesgo, de estilo de vida y de autocuidado, donde sobre todo los dos últimos, refieren al individuo, excluyendo a los sujetos no solo de sus relaciones sociales y pertenencias culturales en general sino localizando en el individuo sus riesgos y sus responsabilidades (Ayres, 2005; Coreil et al., 1985; Menéndez, 1998).

Correlativamente, entre finales de la década de los 60'y mediados de la de los70', se desarrolló la propuesta de modelos de atención que

incluye el modelo de autoatención (Menéndez, 1982, 1983, 2003) pensado en términos colectivos y relacionales y no en términos individuales. Es decir, el modelo de autoatención no refiere a individuos como el concepto de autocuidado ni pone el peso en la responsabilidad individual como hace la biomedicina sino que refiere a sujetos en tanto miembros de microgrupos y de relaciones sociales, y que pueden ser no solo responsables –como quiere la biomedicina que seamos a través de sus nociones de responsabilidad– sino que dicho modelo asume que también podemos ser no responsables o irresponsables como ocurre con nuestros comportamientos en la vida cotidiana. Por lo que necesitamos buscar la racionalidad tanto de la responsabilidad, de la no responsabilidad y de la irresponsabilidad de los sujetos y microgrupos en las condiciones de su vida cotidiana.

La autoatención es un proceso estructural que, en el caso de los padecimientos surge para enfrentarlos, en la medida que los microgrupos y sujetos los reconozcan como tales; desarrollando representaciones y prácticas que pueden ser correctas o incorrectas, eficaces o ineficaces, pero que corresponden a un proceso que surge estructuralmente. Y es por ello que necesitamos asumirla, pues inevitablemente van a emerger comportamientos de autoatención respecto de padecimientos que reconozcamos como tales, que implica inclusive no hacer nada frente a la nueva enfermedad o inclusive negarla como ha ocurrido con el COVID-19. Subrayando que, si bien la autoatención es estructural, las acciones y orientaciones a través de las cuales opera dependerán de los saberes, del contexto y de los medios a los que pueden acceder las personas y los conjuntos sociales.

Por lo tanto, las formas de autoatención respecto de los padecimientos están basadas en los saberes, es decir, en las representaciones y prácticas de los diferentes microgrupos donde los sujetos desarrollan sus vidas, y que no solo remiten a los grupos familiares sino al conjunto de los diferentes microgrupos donde vivimos. Y es con estos saberes que los sujetos y microgrupos no solo enfrentarán las enfermedades, sufrimientos y discapacidades de todo tipo, sino que es a partir de estos saberes que los sujetos y microgrupos se relacionarán en forma directa e indirecta con los saberes de los curadores tradicionales, alternativos y biomédicos existentes en sus contextos, realimentando continuamente las formas de autoatención. Por lo que, es en los procesos de autoatención donde los sujetos y microgrupos sintetizan y articulan los distintos y dispares saberes que van encontrando, buscando y utilizando para enfrentar los padecimientos que sufren. Lo que implica que los sujetos y microgrupos articulan saberes que, para las lecturas

biomédicas pueden aparecer como contradictorios y para ciertas orientaciones indigenistas e interculturales como incompatibles; mientras que los sujetos y microgrupos los utilizan pragmáticamente en función de sus necesidades y, por lo tanto unificando en su acción, los saberes que para otros resultan contradictorios o incompatibles.

Ahora bien, el desarrollo de la pandemia confirmó el carácter relacional y grupal del proceso de autoatención, sobre todo en términos de prevención. Como sabemos, una de las consecuencias de la pandemia, fue el 'encierro' de los sujetos que podían hacerlo en sus hogares obligándolos a una relación real y/o imaginaria con otros sujetos en forma permanente, y cuyo objetivo era el cuidado de todos y no solo el de uno mismo, como lo reconocieron la OMS y el SS mexicano desde el principio. Apareciendo en toda su evidencia el papel del otro para cada sujeto, ya que según los funcionarios del SS mexicano y de la OMS, lo decisivo en las relaciones de contagio, no es solo el sujeto sino sobre todo la relación y el quehacer con los otros. La autoatención, implica, por lo tanto, la relación yo/otros, como parte de un todo que somos nosotros.

Por lo que, es importante asumir que desde el primer día de reconocida la existencia del virus y su posible contagio, la Organización Mundial de la Salud, y los Sectores Salud de todos los países afectados, propusieron las actividades de autoatención como la principal estrategia de prevención. Sin embargo, este proceso que es estructural en nuestras vidas, ha sido ignorado como la forma propia de los grupos sociales, y no solo por el SS y los analistas, sino por los mismos que la practicamos. De tal manera que la mayoría de nosotros no reconoce el papel que estamos desempeñando en términos de autoatención, y no solo en la prevención sino también en el diagnóstico o en la convalecencia de esta enfermedad que, para algunos sujetos, es larga y dolorosa. Papel que implica asumir y no solo reconocer, que el 'poder' no solo social sino técnico frente a la pandemia, está en gran medida en nosotros, por lo menos hasta que se genere una vacuna y/o fármacos que limiten y/o eliminen los daños. Lo cual, sin embargo, no reducirá el papel de la autoatención sino que lo resignificará; ya que, por ejemplo, encuestas realizadas en varios países indican que una parte de la población ha decidido no vacunarse, lo que se articula con las decisiones de gobiernos de países como México, donde la vacunación contra el COVID-19 no será obligatoria.

Y es por la importancia decisiva de la autoatención, que lo básico que nos indicó, y siguen indicando, el SS y la OMS son actividades de autoatención: lavarse las manos en forma profunda y frecuente, no

tocarnos la cara, limpiarnos los zapatos al entrar a casa o a cualquier lugar cerrado, no abrazarnos ni besarnos, etc. Pero además, recomendó también no automedicarse con fármacos, ni con otras sustancias que presuntamente tuvieran alguna eficacia, así como rechazar los mensajes por internet u otros medios que indujeran a determinados comportamientos y usos. Más aún, el Sector Salud nos indicó cuáles eran los principales síntomas de esta enfermedad, para que nosotros hiciéramos un primer diagnóstico y decidiéramos ir o no ir al médico. Todo lo cual es parte de la autoatención, pero una autoatención que aparece como una estrategia propia de la biomedicina, en lugar de ser asumida como la estrategia básica de los sujetos y sus microgrupos; lo que constituye, uno de los más claros ejemplo de la hegemonización biomédica.

Ahora bien, para evitar equívocos, aclaro que no proponemos una autoatención realizada por los grupos subalternos que es siempre correcta, responsable y eficaz y que, inclusive da una atención mejor que la biomédica, como en forma explícita o más frecuentemente implícita sostienen los que interpretan esencialmente los saberes de los sectores sociales subalternos, y especialmente los de los pueblos originarios. Aclaro también, que no propongo una autoatención autónoma que decida la realidad, por más cuota de micropoder que tenga. Sino que asumimos que los sujetos y microgrupos que están ejerciendo la autoatención de los padecimientos operan transaccionalmente con los sujetos y grupos que están operando las acciones y orientaciones del SS así como de las MAC. Y que, por lo tanto, las características y posibilidades de la autoatención y sus consecuencias solo podemos establecerlas si las remitimos a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales de los microgrupos y sus sujetos. Y así, por ejemplo, para establecer la responsabilidad / irresponsabilidad / no responsabilidad de los comportamientos de autoatención necesitamos ver cuáles son las condiciones de vida que posibilitan, limitan o imposibilitan las conductas de los sujetos y microgrupos. Mientras el concepto biomédico de autocuidado, como ya señalamos, solo remite a lo individual; el concepto de autoatención, como también propuse, remite a las condiciones sociales y relacionales de vida. Y por lo tanto esta pandemia no solo evidenció las condiciones de desigualdad socioeconómica de la población, sino que puso de manifiesto quiénes podían y quiénes no podían llevar a cabo las autoatenciones recomendadas por la OMS, los gobiernos y sus SS. Ya que, por ejemplo, la mayoría de los que trabajan en la informalidad no pueden quedarse en sus casas, pues tienen que salir a trabajar. Esto, en un país como México en donde más del 50 %

de la población realiza tareas informales como su ocupación básica sin contar con ningún salario básico ni ningún tipo de seguridad social, se ve dificultado. La recomendación de lavarnos las manos no puede ser realizada porque gran parte de la población pobre carece de agua o solo tiene agua durante algunas horas al día, calculándose que a nivel mundial un 40 % de la población tiene problemas para abastecerse de agua. Más aún, gran parte de los 'pobres' viven hacinados en uno o dos espacios, de tal manera que les es imposible mantener la" sana distancia".

Por lo que, gran parte de las principales medidas de prevención basadas en la autoatención, no pueden ser aplicadas por una parte de la población, que en varios países periféricos constituye la mayoría de la población. Estas dificultades e impedimentos forman parte de lo que los SS y los gobiernos de todos los países saben, sin proponer la mayoría alternativas realistas a esta situación; o más frecuentemente desarrollan una política comunicativa, en la que a nivel de discurso se recomienda la autoatención ideal, y a nivel de prácticas se acepta que la gente haga lo que pueda. Lo que ha conducido a que en todos los países de los que tenemos información específica, sean los pobres, los marginales, los que trabajan en la informalidad, los que tienen las mayores tasas de mortalidad por COVID-19, luego del personal de salud.

LA VIDA COMO CONTINUIDAD

Si algo evidenció la pandemia es que la vida individual y colectiva es en gran medida rutina y repetición, lo que suelen rechazar gran parte de las tendencias teóricas actuales; aunque el confinamiento que estamos viviendo lo está evidenciando en forma que hace difícil ignorarlo. Por eso, pese a que la cuarentena y las diversas formas que éste adquiere evidencian las capacidades inventivas de los sujetos y microgrupos para generar formas de recreación, de no aburrimiento, de convertir el trabajo en entretenimiento, etc. Sin embargo, lo que también se evidencia es que gran parte de nuestras vidas es rutina y repetición, en gran medida ejercidas a través de la autoatención. Y si bien los esparcimientos de fin de semana, o la "pasión" por el futbol, el alcohol, la marihuana, el sexo y últimamente Netflix impiden o limitan asumirlo, ocurre que durante la pandemia –en forma reflexiva o no– puede emerger la visibilización de la vida como rutina y repetición, constituyendo una de las bases de posibles angustias, ansiedades, depresiones y/o violencias.

Señalando que lo propuesto no niega que en nuestras vidas se generan y/o generamos cambios, pero que una vez generados se convierten necesariamente en nuevas rutinas y repeticiones, en la vida cotidiana necesitamos desarrollar saberes que opacan, normalizan, niegan que la vida sea sobre todo rutina y repetición, y que éstas constituyen uno de los procesos estructurales de nuestras vidas individuales y colectivas. Lo que no vamos a analizar en este texto, aunque si subrayar es la necesidad que tenemos de 'ignorar' individual y colectivamente que, en gran medida, somos rutina y repetición.

Junto con la rutina y repetición, necesitamos reconocer que los procesos de autoatención no pretenden ser unilateralmente positivos como connota el concepto de autocuidado aliado frecuentemente al de resiliencia, sino que la autoatención puede tener, como ya lo he señalado, también consecuencias negativas y ambivalentes. Pero una cuestión es que parte de la autoatención pueda ser negativa, y otra convertir casi toda autoatención desarrollada autónomamente por los sujetos y microgrupos en negativa. De hecho, han sido generalmente los aspectos negativos los que la biomedicina ha subrayado unilateralmente respecto de la autoatención convirtiendo, por ejemplo, a la automedicación en una actividad exclusivamente negativa. Esta mirada de la biomedicina es algo que cuestionamos dado que la automedicación puede ser negativa como también positiva, como la mayoría de los procesos de nuestras vidas colectivas en la medida en que los pensemos y analicemos como procesos y no los escindamos en partes separadas ideológica y/o metodológicamente. Actitud constante de la biomedicina, al estigmatizar y tratar de ilegalizar gran parte de la automedicación en lugar de reconocer que hay automedicaciones que pueden tener consecuencias negativas mientras que otras no solo son positivas sino necesarias.

De igual modo, la biomedicina no solo tiende a escindir la realidad sino que opaca o directamente niega la constante articulación entre la automedicación de sujetos y microgrupos y los saberes de los curadores, incluidos los biomédicos. Articulación, que una vez más se puso de manifiesto durante esta pandemia, dado que apenas el SS señalaba un dispositivo positivo para enfrentar la pandemia, el mismo era demandado por los sujetos y microgrupos, tal como ocurrió con el cubrebocas o el alcohol en gel, así como también con los diferentes fármacos que se indicaban para aliviar e inclusive curar el coronavirus. Recordando que gran parte de dichos fármacos fueron propuestos por médicos, pese a ser ineficaces y en varios casos negativos, como lo denunció el SS mexicano y también la OMS.

Correlativamente, la biomedicina y el SS deberían asumir que los mensajes explícitos e implícitos que envían a la población, inclusive a través de las relaciones personal de salud/paciente, suelen ser poco claros, confusos y hasta contradictorios, lo que se evidenció constantemente durante esta pandemia, y no respecto de cuestiones secundarias sino de aspectos básicos como el uso o no uso de los cubrebocas o sobre el papel decisivo o secundario de los casos asintomáticos. Lo que condujo no solo a desconfianzas de la población sino a no saber bien qué hacer y, por lo tanto, a tomar decisiones de autoatención. Proceso que en países como los EEUU y México fue reforzado porque sus presidentes se negaron a utilizar cubrebocas, y hasta cuestionaron su uso.

No obstante, lo cual necesitamos reconocer que, por lo menos una parte de dichas confusiones generadas en el saber médico –e inclusive a nivel científico– son esperables respecto de enfermedades con las cuales no se sabe técnicamente muy bien qué hacer, y respecto de las que el propio personal de salud está aprendiendo cómo actuar al mismo tiempo que intenta curarla y prevenirla. Lo que ameritaba que dichas limitaciones y desconocimientos profesionales fueran informados clara y sencillamente a la población reconociendo las dudas e incertidumbres con que trabaja el personal sanitario, en lugar de ser denunciados por las redes sociales y por otros medios.

Nuestros análisis indican que la biomedicina ve conflictiva y competitivamente a la autoatención, ya que sabe de su papel asistencial y preventivo; pero también sabe de la tendencia de la autoatención operada por sujetos y microgrupos a autonomizarse respecto de la biomedicina y de toda otra forma de atención. Y es por eso, que pese a que todas las medidas preventivas básicas aplicadas por la OMS y los sectores salud respecto del COVID-19 están basadas en la autoatención que practica la población; ni los SS ni la OMS hablaron nunca de autoatención como parte estructural de la vida de los microgrupos y sujetos, y menos aún señalaron los aspectos de dicho proceso que estoy tratando de visibilizar respecto de la pandemia.

Por lo que considero que la autoatención en términos autónomos o articulada con la biomedicina y con otras formas de atención/ prevención es fundamental para enfrentar no solo esta pandemia, sino la mayoría de los padecimientos. Más aún, considero necesario impulsar, favorecer, utilizar las diferentes formas de autoatención desarrolladas estructuralmente por los micro y mesogrupos, dado que dichas formas constituyen el real primer nivel de atención de los padecimientos, que no solo debe ser reconocido y usado durante contingencias como la actual pandemia, sino que debe ser parte integral de las políticas de

salud pública, y de la mayoría de las políticas sociales, pero a partir de reconocer la autonomía, por lo menos relativa, de los saberes de autoatención. Los organismos de salud necesitan reconocer que las actividades de prevención que ellos proponen –o en algunos contextos imponen– a la población, serán resignificadas y utilizadas a partir de los procesos de autoatención que operan los sujetos y microgrupos, y que por lo tanto debieran conocerlos en profundidad para establecer las posibilidades de trabajar conjuntamente, y lograr una mayor eficacia.

AUTOATENCIÓN, AUTOGESTIÓN Y OTRAS POSIBILIDADES

Desde hace más de cuarenta años sostengo que el SS debiera enseñar a los sujetos y microgrupos a autoatenderse, incluyendo enseñar a automedicarse bien, por varias razones, pero especialmente por dos hechos obvios. En primer lugar, para contribuir a solucionar el problema de salud del sujeto y su grupo; y, en segundo lugar, porque la gente seguirá automedicándose pese a las críticas de la biomedicina y a las prohibiciones que se les impongan. Pero además, porque la biomedicina y el Sector Salud envían constantemente mensajes contradictorios respecto de la autoatención incluida la automedicación ya que, por ejemplo, por una parte proponen que las mujeres aprendan a palparse los senos para detectar posibles nódulos, así como consideran necesario que determinados tipos de diabéticos aprendan a autoinyectarse insulina, al mismo tiempo que cuestionan el uso autónomo de antibióticos y estigmatizan el uso de medicinas tradicionales, no reflexionando que para los sujetos y microgrupos todas –y subrayo todas– estas actividades son parte de una misma estructura de autoatención. Por lo que la biomedicina necesitaría reconocer que los sujetos y microgrupos, especialmente lo subalternos, son pragmáticos pero no esquizoides.

Ahora bien, pese a que la OMS y los SSs de todos los países necesitaron recurrir a la autoatención como su principal y casi único recurso de prevención y de atención inicial para evitar una posible catástrofe demográfica, –como ya lo señalamos– dicho papel no ha sido reconocido como parte de los saberes estructurales de los grupos y sus sujetos, no solo por los gobiernos, la biomedicina ni los expertos, sino tampoco por quienes la ejercen, es decir por los sujetos y microgrupos que la realizan como parte de su vida cotidiana. Lo que una vez más me lleva a proponer la necesidad de trabajar con los micro y mesogrupos no solo para que sepan autoatenderse mejor, sino para que reconozcan, por lo menos, que una parte del poder está en ellos mismos.

Pese a esta posibilidad, la autoatención no solo es manejada contradictoriamente por el SS y la biomedicina, sino que una parte de la medicina social crítica cuestiona la autoatención, pues ve en ella dos posibles procesos negativos, que no cabe duda que son posibles. Por un lado, el interés de la industria químico/ farmacéutica en que los sujetos se automediquen, dado que favorece el desarrollo de dicha industria; y, por otro, el hecho de que la autoatención puede ser utilizada por los Servicios de Salud para descargar sus responsabilidades en los sujetos y microgrupos, y por lo tanto reducir sus inversiones económicas para enfrentar las enfermedades, en términos asistenciales y preventivos.

Y no niego la pertinencia de estos cuestionamientos, y especialmente del segundo, que genera críticas muy similares a las que determinados sectores políticos e intelectuales generaron desde por lo menos la década de 1920 a las propuestas autogestionarias referidas a la producción y al trabajo. Por lo que, si bien reconozco que en los hechos se dan ambas posibilidades, dichas críticas no analizan las alternativas autogestionarias que están implicadas en la autoatención y que fueron en parte las que me llevaron a interesarme en los procesos de autoatención, como aparece explícitamente propuesto en alguno de mis trabajos (Menéndez, 1983). En este sentido, considero que en la autoatención están implícitos los principales núcleos de la autogestión colectiva, pero que se expresan a través de la autoexplotación que se puede dar a través de los procesos de autoatención, y cuyo ejemplo paradigmático es el caso de la mujer en su rol de esposa/madre, ya que la producción y la reproducción del grupo familiar están basadas en las acciones de autoatención realizadas por la mujer a partir de su explotación/ autoexplotación así como de su subalternización.

Esta situación se ha visualizado una vez más durante la pandemia de COVID-19, ya que el confinamiento evidenció que casi todas las tareas que tienen que ver con el funcionamiento del grupo familiar las llevan a cabo las mujeres. Lo que sobre todo opera en los sectores sociales subalternos, en los que la mujer es la encargada de asear el hogar, lavar y planchar la ropa, hacer la comida, criar a los hijos desde parirlos y amamantarlos hasta cuidarlos. Más aún la mujer es la encargada de diagnosticar, atender y prevenir enfermedades de todo el grupo familiar; y por eso los saberes sobre los padecimientos está concentrados casi exclusivamente en la mujer. Lo que también se puso de manifiesto durante esta pandemia.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México, la carga del "trabajo doméstico y de cuidados" siempre ha estado concentrada en la mujer, y se caracterizan por ser actividades no

remuneradas. Para 2019, el INEGI calcula que las labores domésticas y de cuidados equivalen a 5,6 billones de pesos mexicanos, es decir un 22,8 % del PIB, señalando que el 75 % de dichas tareas no remuneradas las realizan las mujeres, por los que están aportaron el 16,8 % al PIB, mientras los hombres solo el 6 %. Según el INEGI, esta situación diferencial se habría incrementado durante la pandemia, dado que la mayoría del trabajo doméstico y de cuidado recayó en las mujeres. Es importante señalar que mientras las mujeres de menores ingresos contribuyeron con un equivalente de 68.041,00. pesos anuales, las de mayor ingreso generaron el equivalente de 56.507,00. pesos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020; La Jornada, 2020).

Esta información ha sido confirmada y ampliada por el estudio realizado por Jimenez Chavez (2020) el cual evidencia el papel decisivo de la mujer comparado con el varón en la producción y cuidado de la vida humana, a través de actividades no remuneradas. En México respecto de actividades no remuneradas dedicadas a la preparación de la comida y a la limpieza de vivienda, las mujeres dedican entre 10 y 16 horas en localidades rurales y entre 10,2 y 12,6 en localidades urbanas. Mientras que los varones rurales dedican entre 3,9 y 4,2 y los urbanos 4,9. Además, estas diferencias entre mujeres y hombres se dan en todos los rangos de edad (ver también Rodriguez, 2020).

La mujer de los estratos subalternos era –y todavía lo es en numerosos contextos– la que fabricaba parte de las vestimentas que usaban los miembros del grupo; ellas tejían, cosían y zurcían las ropas, y todas estas tareas se convertían en "trabajo" como costurera o modista o como lavandera o planchadora, cuando el grupo familiar necesitaba mayores ingresos. Es decir, estos y otros procesos, indican que la posibilidad de reproducción del grupo familiar y de sus sujetos está basada en el trabajo de la mujer, y muy secundariamente en el trabajo del varón, quien históricamente ha tenido el papel de 'proveedor'. y no mucho más, pese a ser el 'jefe' de la familia, dado que, si bien opera como corrector de comportamientos no deseados en los hijos a través de infringir castigos, sin embargo, la mayoría de las acciones correctivas son también desempeñadas por la mujer.

Ahora bien, este papel decisivo de la mujer aparece no solo 'ocultado' sino devaluado frente al papel del varón, y ello no solo de la denominada cultura 'occidental' sino a nivel de todas las culturas de las que tenemos información, Es decir, pese a que el rol de la mujer es decisivo, ya que son sus actividades de autoatención las que posibilitan la producción y reproducción del grupo familiar, sin embargo al ser culturalmente normalizadas como comportamientos subalternos,

pasan a ser consideradas como comparativamente banales no solo por los varones. sino por las propias mujeres que las desarrollan.

Y esta desvalorización sistemática opera respecto de procesos a través de los cuales la mujer impulsa procesos de autogestión familiar para asegurar el funcionamiento del grupo, lo que podemos sobre todo observar en el caso de las familias extensas, ya que generalmente la hija mayor en ciertos grupos, se ocupaba de cuidar a lxs nuevxs hijxs para posibilitar que la madre/esposa pudiera cumplir las múltiples funciones que debe realizar. Asumiendo que dicha autogestión era básica para que pudieran funcionar y seguir reproduciéndose familias extensas que podían incluir entre diez y veinte personas, evitando, eliminado o resolviendo, por ejemplo, los conflictos que podían generarse entre algunos de los sujetos que constituyen el grupo familiar. Pero, y es uno de los aspectos que me interesa seguir subrayando, esta situación de subalternidad y de desvalorización de la mujer, está normalizada y legitimada por la "cultura", que convierte en natural las relaciones dominantes a través de las normas, reglas y cosmovisiones.

De allí que la mujer y los movimientos femeninos debieran cuestionar las culturas donde viven, dado que estás son las que justifican la opresión, devaluación, explotación a que están sometidas, legitimando básicamente el papel de un varón que aparece normalizado como el género superior. Y así podemos observar que en las comunidades etnográficas las autoridades políticas son masculinas al igual que los principales curadores; así como en las sociedades con mayor desarrollo económico político las autoridades políticas, militares, científicas, artísticas o deportivas también son masculinas. Y aunque esto se ha ido modificando en algunas sociedades, todavía los varones siguen siendo los dominantes en todos los contextos.[1]

Podríamos incluir más información que evidencie lo que estamos sosteniendo respecto del papel subalterno de la mujer, así como también respecto de los mecanismos ideológico/culturales que devalúan el papel de los procesos de autoatención, que inclusive incluye algunas orientaciones que tratan de defender el rol de la mujer. Lo que podemos observar, por ejemplo, en una parte de los Estudios de Género y de las propuestas feministas que consideran el papel de la mujer en la autoatención, como el núcleo de su situación negativa, ya que serían

1 Considero que es importante analizar en qué sociedades la mujer ha logrado mayores posibilidades de igualdad con el varón, expresada a través de hechos específicos, y en cuáles no.

dichos procesos los que ocupan gran parte de su tiempo de vida, restándole además autonomía, y reduciendo sus potencialidades. Lo que en gran medida es correcto pero que conduce a eliminar gran parte de los procesos que dan a las mujeres determinadas particularidades que posibilitan desarrollar formas de subjetividad que reducirían o eliminarían las violencias así como posibilitarían relaciones sociales más comprensivas.[2] Por lo que, considero que a la autoatención deberíamos pensarla como una alternativa a partir de la cual la mujer –conjuntamente con el varón– impulse un desarrollo social colectivo e intergenérico que avance hacia la autoatención/autogestión. Es decir, necesitamos recuperar intergenéricamente los procesos de autoatención focalizados casi exclusivamente en la mujer.

Hasta ahora, por lo menos en las sociedades capitalistas, el varón ha operado respecto del 'trabajo' de la mujer dentro del grupo familiar, como el dueño de los medios de producción opera respecto del trabajador, es decir niega, oculta, devalúa el papel decisivo que cumplen las actividades femeninas; pero además dicha situación de hegemonía/subalternidad está legitimada a través de la cultura. Considero que lo que estoy señalando se expresa casi paradigmáticamente en el caso del aborto, que siendo un proceso que implica tanto a la mujer como al varón, se ha focalizado exclusivamente en la mujer, de tal manera que los sufrimientos físicos, mentales, sociales y económicos refieren exclusivamente a la mujer que aborta, excluyendo totalmente al varón. Lo que ha conducido a que la lucha por la permisión del aborto se ha convertido en una lucha casi exclusivamente femenina cuando debiera incluir necesariamente al varón. Y recordando que toda una serie de luchas son parte de la autoatención, hasta ahora han contribuido más al 'aguante' y a la supervivencia más que a la transformación.

De lo que venimos analizando, surge que la autoatención es tan obvia que no solo no la asumimos sino que la negamos, pese a ser parte estructural de nuestras formas de estar en el mundo, lo que una vez más se ha puesto de manifiesto durante la pandemia de COVID-19,

---

2 El hecho de que la mujer se vea obligada a realizar toda una serie de actividades sumamente diversificadas a través de su papel como esposa/ madre en el grupo familiar le da, entre otras características, una flexibilidad, reflexividad, pragmatismo, capacidad de conciliación que el varón no tiene, dado que es su sujeto especializado. Por lo que, el Feminismo y los Estudios de Género necesitan reflexionar sobre lo que la mujer –y la sociedad– perdería con la generación de otro género también especializado. Subrayando, para evitar malos entendidos, que no propongo que la mujer permanezca en estas actividades de autoatención sino que se impulse una participación intergenérica.

puesto que constituye la forma básica de enfrentarla basada en los sujetos y microgrupos. Paradójicamente no solo el SS y la biomedicina no lo reconocen, sino que nosotros tampoco. Por lo que, reitero, uno de los objetivos del trabajo, especialmente con los sectores sociales subalternos, es que ellos reconozcan su papel central en la autoatención más allá de que la misma tenga consecuencias positivas o negativas: la cuestión nuclear es que los sectores subalternos reconozcan dónde reside, por lo menos, una parte de su poder, así como también los mecanismos de ocultamiento de dicho poder. Pero planteándolo no en forma abstracta y académica, sino a través de los propios procesos dentro de los cuales subalternos y no subalternos estamos viviendo la pandemia.

Para concluir, considero que la pandemia ha generado una situación que debiera ser utilizada por los estratos subalternos respecto de algunas de sus principales necesidades socioeconómicas. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, pero también la ONU, la CEPAL, el FMI, el BID así como la mayoría de los gobiernos locales han reconocido reiteradamente, durante estos pandémicos meses, que son las condiciones de pobreza y de extrema pobreza, de desigualdad socioeconómica, del dominio del trabajo 'informal', de las condiciones de hacinamiento, de la carencia de agua potable, las que impiden a la población desarrollar los comportamientos de autoatención que reducirían los contagios y las muertes como ningún otro factor podría hacerlo, cuestión que se pone de manifiesto en que la mayoría de los que están muriendo por el COVID-19 son pobres. Por lo que, los sectores sociales subalternos deberían exigir que dichas posibilidades planteadas no por ellos sino por las autoridades políticas, económicas y de salud nacionales e internacionales se concreten a través de políticas salariales, de vivienda, de equidad, de salud que permitan solucionar tanto la pandemia como los problemas sociales que la misma evidenció.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayres, J. (2005). *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Lugar Editorial.

Barry, J. (2004). *The great influence: the epic history of the deadliest plague in history*. Vicking Book.

Beberidge, W. (1997). *Influenza: the lost great plague*. Heinemann

Beckerr, E. (1969). La psicología de Mills y la gran conversión histórica en el problema de la alienación. En I. L. Horowitz (Comp.), *La nueva sociología. Ensayos en honor a C. Wright Mills* (vol. I, pp. 131-159). Amorrortu.

Beckerr, E. (1980). *La estructura del mal. Un ensayo sobre la unificación de las ciencias del hombre.* Fondo de Cultura Económica.

Coreil, J., Levin, J. S. y Gartly E. (1985). Life-style, an emergent concept in the sociomedical science. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *9*, 243-247. https://link.springer.com/article/10.1007/BF00049232

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Trabajo no remunerado de los hogares. Valor económico de las labores domésticas y de los cuidados no remunerados*. México.

Jiménez Chávez, L. F. (2020). *Perfiles etarios del consumo, la producción remunerada y no remunerada en contextos rurales y urbanos de México*. CONAPO.

Menéndez, E. L. (1982). Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva. En E. L. Menéndez (Ed.), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"* (pp. 4-52). CIESAS.

Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. CIESAS.

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos, XVI* (46), 37-67.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva, 8* (1), 193-184.

Rodríguez, G. (2020, 4 de diciembre). Edad, género y uso del tiempo. *La Jornada*.

Entre a vulnerabilidade e os improvisos: a experiência de médicos de família e comunidade no Rio de Janeiro

Octavio Bonet y Natália Helou Fazzioni

INTRODUÇÃO: SOBRE A IDEIA DE UMA INSTABILIDADE PERMANENTE

Na Constituição de 1988 se instituem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) dando início a um processo de implementação que continua até nossos dias. Conjuntamente com esse processo pode-se observar que diversos setores interessados iniciaram um movimento contrário buscando uma recentralização do sistema e um desfinanciamento do setor público de saúde, que desembocou no que Diniz Barros chamou de "movimento anti-SUS" (Diniz Barros, 1997, p. 114) e que, também, continua até hoje, processo cristalizado e agravado pela PEC 95 chamada do teto de gastos, por exemplo.[1]

Considerando esses dois processos paralelos experienciados na constituição do SUS, queremos propor que, para além deste momento de desmonte atual, o "modo de existência" do SUS seria de uma pendulação permanente entre os ataques que sofre de seus detratores e uma permanente defesa realizada por seus profissionais e apoiadores. Essa pendulação gera uma permanente instabilidade e escassez de recursos materiais e humanos, uma forte circulação dos profissionais e,

1 PEC é a abreviatura de proposta de emenda à constituição. A PEC do teto de gastos estabelecia um limite aos gastos públicos federais, dispositivo que teve um impacto direto nos gastos em saúde.

ao mesmo tempo, a necessidade de criar recursos cotidianos que deem alguma resolutividade às clínicas da família.

O objetivo deste capítulo é mostrar como no contexto dessa instabilidade se criam situações que permitem visualizar com ainda mais nitidez as vulnerabilidades experimentadas pelos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, bem como a manifestação de improvisações criativas por parte destes mesmos profissionais diante deste cenário. O interesse das nossas pesquisas etnográficas se centrou nos serviços de Atenção Primária à Saúde, denominados no Rio de Janeiro de "Clínicas da Família", e especificamente nos médicos de família.

As pesquisas etnográficas que sustentam este trabalho foram realizadas em dois contextos diferentes; uma pesquisa, realizada entre 2012 e 2014, se centrou numa residência de formação em Medicina de Família e Comunidade e na malha de Clínicas da Família associadas a ela; a outra pesquisa foi realizada entre 2015 e 2017 em uma unidade localizada em um dos maiores conjuntos de favelas da cidade do Rio de Janeiro. A amplitude temporal nos permite cobrir um período de seis anos nos quais se experimentou um aumento significativo na cobertura assistencial no município do Rio de Janeiro, com o consequente aumento de profissionais médicos contratados, até o ano de 2017, quando começamos a perceber o início do período de falta de investimento, marcado por cortes nos orçamentos voltado à manutenção de recursos humanos, infraestrutura das unidades, medicamentos, entre outros. Tal processo foi reflexo simultâneo de uma mudança tanto na esfera federal, marcado pelo impeachment de Dilma Roussef e início do governo de seu vice Michel Temer, no ano de 2016, quando se propuseram mudanças significativas na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), como na esfera municipal, com o fim da gestão de Eduardo Paes e início do governo de Marcelo Crivella, em 2017, que impôs diversos cortes ao orçamento voltado à gestão das unidades de APS.

O percurso argumental que seguiremos neste capitulo se inicia com a apresentação dos dois campos de pesquisa; continuamos com a historiografia da constituição da Estratégia Saúde da Família e do programa de agentes comunitários associada ao crescimento da medicina de família; seguidamente adentramos outras situações dos trabalhos etnográficos enfatizando as experiências práticas dos médicos de família, as soluções criativas em contextos de "vulnerabilidades múltiplas", para finalmente refletir sobre o que significa ser médico de família no Brasil e sua relação com a noção proposta de instabilidade do SUS, afirmando ainda o importante papel das pesquisas em antropologia para o princípio da integralidade nas práticas em saúde.

APRESENTANDO OS CAMPOS

Diante deste contexto de um recrudescimento da instabilidade política e do desmonte das políticas de Atenção Primária à Saúde, as experiências etnográficas aqui exploradas ilustram bem as questões que permeiam o complexo cenário da prática de medicina de família e comunidade no Brasil. No primeiro caso, tratamos de uma residência associada a um serviço de medicina de família e comunidade, e sediada em um hospital-escola ligado a uma universidade. Embora faça parte de um hospital, no qual se realizam atendimentos ambulatoriais no serviço de medicina de família, os residentes cumprem parte da sua atividade cotidiana na malha de clínicas de família, que dependem da Secretaria de Saúde do Município.[2] Desse modo, parte da sua carga horária é despendida nos consultórios das clínicas de família, ou em visitas domiciliares dentro da área de cobertura do hospital, quando a situação do usuário ou da família assim o requer.

No cotidiano do hospital, os residentes, além do atendimento em consultório e das visitas domiciliares, recebem aulas teóricas sobre as ferramentas técnicas que empregarão no cuidado dos usuários, suas famílias e a comunidade. Essas atividades de formação se dividem entre os residentes de primeiro e de segundo ano, e são ministradas ou por docentes do serviço, preceptores, ou por professores convidados para temáticas especiais. Finalmente, uma vez ao mês, promovem um encontro em que todo o serviço discute casos clínicos segundo a abordagem familiar e comunitária. Essas discussões clínicas são apresentadas por um residente e pelo preceptor que o acompanhou no atendimento; posteriormente, abrem a discussão em que, coletivamente, tentam responder às dúvidas e, também, sugerir condutas a serem tomadas.

Como anteriormente mencionamos, as atividades de atendimento nas consultas se complementam com as visitas domiciliares aos usuários da área de cobertura. Estas visitas são efetivadas pelos residentes, geralmente em duplas e, dependendo da complexidade da situação, eles são acompanhados por preceptores e/ou por docentes do serviço. Esta atividade extramuros, além do atendimento, tem como objetivo transmitir/adquirir habilidades para lidar com a visão comunitária, atentando para os problemas populacionais que se apresentam na área de cobertura.

---

2 O Convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro e o Departamento de Medicina de Família e Comunidade da universidade foi assinado em 2012.

Já no segundo caso, tratamos dos médicos que trabalham em uma "Clínica da Família" em uma das maiores favelas da cidade. Ali, ao longo do período de investigação, prevaleceu uma alta rotatividade de profissionais, incluindo desde um único médico especialista em medicina de família e comunidade que trabalha na unidade há 15 anos, passando por três médicos cubanos provenientes do programa Mais Médicos[3] e inúmeros médicos recém-formados, sem residência ou experiência profissional. No ano de 2017, o último da pesquisa, os cubanos já haviam sido desligados e nenhum novo médico brasileiro recém-contratado permaneceu por mais de três meses na unidade, todos pediram demissão ou transferência para outra unidade. Até julho do mesmo ano, ao menos dez médicos entraram e saíram da unidade, a maior parte deles era recém-formado ou nunca havia atuado na APS.

Associar e comparar as duas pesquisas permitiu alcançar uma maior profundidade temporal das observações etnográficas, mas sobretudo, nosso objetivo foi refletir sobre as diferenças observadas nas práticas dos profissionais, quando era levado em conta não só à formação que tinham quando começavam a práticas nas clínicas, mas também às trajetórias e os contextos de prática que incidia fortemente nas possibilidades diagnósticas e de tratamento.

Assim, a distinção fundamental nos dois contextos descritos se configura em torno do fato de ser, no primeiro caso, um contexto de formação de residentes e de estar associado a um hospital escola e, no segundo caso, configurar um contexto não associado a ensino-institucionalizado. Essa característica tem consequências importantes tanto no que diz respeito a quem são e como atuam os médicos que trabalham nas unidades de Atenção Primária à Saúde na cidade, mas também, em relação à infraestrutura que apoia sua prática profissional. Em outras palavras, essa característica se associa à trajetória e ao modo em que entendem as práticas de cuidado em que participam, e à resolutividade dessas práticas.

No primeiro caso, temos um contexto que oferece ferramentas técnicas e teóricas mais propícias para o desempenho de uma prática médica coerente com os princípios da Medicina de Família e

3 O Programa Mais Médicos, criado em 2013 pelo governo federal brasileiro, teve como objetivos ampliar a presença de profissionais de saúde em regiões com carência de médicos, investir na infraestrutura da APS e fortalecer a formação médica nacional. Uma de suas frentes mais conhecidas foi a cooperação internacional com Cuba, realizada por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que possibilitou a atuação de milhares de médicos cubanos em áreas remotas e periferias urbanas do Brasil.

Comunidade e com a Estratégia Saúde da Família. No segundo caso, temos uma situação mais próxima do que estamos chamando aqui de instabilidade permanente, marcada por constantes improvisos, e que irá se aprofundar ao longo dos anos seguintes, com a radicalização desse processo de embate político e econômico em torno dos recursos associados ao SUS.

Assim, lançaremos mão de algumas situações etnográficas de modo a perceber a complexidade dos encontros vividos entre os profissionais e os usuários em cada um desses contextos. Mais do que compará-los, ao dizer que pretendemos analisar as situações a partir de uma perspectiva complexa, significa que pensamos esses contextos como mundos múltiplos, que coexistem e que estão em processos permanentes de transformação. Esses mundos estabelecem entre eles conexões múltiplas e parciais, isto quer dizer que não podem ser entendidas como relações binárias e simplificadas (Law e Mol. 2002, p.20). No livro *Complexities*, John Law e Annemarie Mol expressam que cada caso estudado pode ser instrutivo para além da sua situação específica; entretanto, uma condição tem que ser aceita: as similaridades e diferenças não podem ser dadas como garantidas, mas tem que ser vistas, experimentadas e investigadas (Law e Mol, 2002, p. 15). Seguindo essas ideias é que trataremos as práticas dos médicos de família a partir da ideia de situação-centrada, como já foi desenvolvido em outro texto (Bonet et al., 2009). Esta perspectiva de situação-centrada, ou atentando para a posicionalidade dos sujeitos e dos pesquisadores não é nova na antropologia, dado que todos estamos incluídos nessa situação-centrada (Duarte, 1986; Abu-Lughod, 1991). Assim, toda posição é uma posição de "dentro" e toda identidade é complexa, assim produzindo as situações, as categorias e os saberes.

A perspectiva de situação-centrada "permite pensar em sujeitos que estão numa permanente reconstrução de seus discursos e de suas posições no cotidiano. Esta perspectiva sobre o usuário se diferencia da ideia de usuário-centrado e nos aproxima da ideia de usuário como mediador; é mediador porque ele próprio, suas ações e seu mundo dependerão da configuração posicional e, portanto, relacional, que os outros mediadores adquirirão numa estrutura conjuntural específica" (Bonet et al., 2009, p. 243).

A ideia de mediador, que traz implicitamente reminiscências à figura de Latour (2012), pode ser estendida para além do usuário, a fim de incorporar o profissional e o antropólogo enquanto mediadores. Tanto os usuários, os profissionais médicos e os pesquisadores antropólogos, estão mobilizando modos distintos de produção da verdade,

transportando e transformando; a característica de nós, antropólogos, sermos mediadores fica bem explícita na situação relacionada à ferramenta da prática da medicina de família denominada Escala de Coelho-Savassi.

A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A EMERGÊNCIA DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA

O processo de construção do SUS e especificamente da Atenção Primária à Saúde (APS) que mencionamos no começo deste capítulo teve um momento fundamental em que se realizou uma reorientação das diretrizes do sistema. A Atenção Primária à Saúde tal como a conhecemos hoje, se inseriu nesse processo de reorientação do Sistema Único de Saúde, firmado pela Norma Operacional Básica –NOB 96. Como aponta Bonet (2014, p. 133), tal reorganização– que ficou conhecida como a "reforma da reforma" –teve ênfase em dois programas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que começaram em 1991 e 1994, respectivamente, com prioridade de recursos para ambos.[4]

No Rio de Janeiro e em boa parte do Brasil, no entanto, o PSF, depois chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF),[5] avançou timidamente ao longo dos anos 2000 e mais intensamente na década seguinte, estando atualmente presente em praticamente todos os municípios do país, alcançando mais da metade da população nacional.[6] Esse movimento de reorientação do SUS, a partir de 1996, inspirou-se em uma discussão já vigente na medicina desde a passagem dos anos 1960 para os 1970, no qual se buscava um foco em modelos de atenção à saúde que visassem à superação de um modelo fragmentado de medicina. Tais princípios ganharam evidência em todo o mundo a partir da conferência mundial de saúde de Alma-Ata (Cazaquistão) em 1978,

4 A reorganização do SUS começou em 1991 através das Normas Operacionais Básicas (NOB), mas é a NOB 96 que reorienta a aplicação dos recursos para os programas de Atenção Primária à Saúde.

5 O Programa saúde da família (PSF) é, a partir de 2006, denominado estratégia saúde da família (ESF). Essa mudança foi estabelecida com a Portaria nº 648 do Ministério da Saúde que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

6 Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde informou que a cobertura nacional pela Estratégia Saúde da Família era de 53,4 % (Malta, 2016).

que proclamava a centralidade da Atenção Primária à Saúde para os sistemas de saúde.

No Brasil, contudo, de acordo com Bonet (2014), enfrentou-se um importante dilema sobre a formação dos médicos que atuariam na APS, considerando que o país vivia, desde a década de 1920, um adensamento na formação profissional em medicina voltada para especialistas e não generalistas.[7] Na década de 1970, algumas iniciativas isoladas no país começaram a resgatar a prática da Medicina geral e comunitária, com a criação de centros de saúde nas periferias de grandes cidades, como Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife, culminando ainda com a criação de uma residência médica em Medicina Geral e Comunitária em Murialdo, Porto Alegre (Bonet, 2014).

No final da década de 1970, diferentes propostas para o modelo de sistema de saúde no Brasil foram trazidas à tona entre aqueles envolvidos no processo da Reforma Sanitária. Mas nesse período, a APS se desenvolveu no Brasil, nomeadamente, dentro do modelo médico tradicional, com especialistas em pediatria, clínica médica, ginecologia-obstetrícia e odontologia.

A proposta de um modelo baseado nos médicos de família voltou à cena, no final da década de 1980, a partir da consolidação em Cuba de uma ampla reformulação do modelo de APS a partir da figura do médico de família, o que, segundo Vasconcelos (2000), ajudou a quebrar resistências a essa proposta, sobretudo por parte dos profissionais de saúde de esquerda no Brasil. Já nos anos 1990, a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará ganhou destaque nacional e, em 1993, o governo reuniu especialistas para criar o PSF. O modelo criado aliou, por fim, tanto a experiência dos programas de saúde comunitária, como o PACS à centralidade da figura do médico de família.

Nos anos 1990, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no país, portanto, configurou um momento chave no qual novas ideias passaram a ganhar espaço, sobretudo aquelas que giravam em torno do conceito de *integralidade*, ampliando a noção de uma prática médica com foco no corpo e nas doenças apenas, mas visando a "uma concepção de saúde relacionada à qualidade de vida; à noção de equipe de saúde; à intervenção desta na família e na comunidade e à ação intersetorial" (Favoreto, 2002, p. 15). A emergência do PSF

7 Bonet remonta o campo das especialidades em medicina no Brasil sobretudo a partir do Congresso dos Práticos, em 1922, onde os generalistas perdem espaço e os especialistas tornam-se hegemônicos no país (2014, p. 113).

teve importantes desdobramentos. O primeiro foi a reorganização da categoria médica, que teria como foco de atuação a APS, em torno da denominação Medicina de Família e Comunidade (incluindo a Medicina Geral e Comunitária e separando-se, definitivamente, da Medicina Preventiva e Social) e, consequentemente, a criação e o fortalecimento de sua associação, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). O segundo foi a criação de novas residências médicas em Medicina de Família e Comunidade em todo o país e abrir a discussão sobre a necessidade de mudança nos currículos das faculdades de medicina.

No entanto, enquanto esses processos se desenvolviam, um problema se tornava latente a partir do crescimento do PSF no país: quem seriam os médicos a atuarem no PSF, se quase não havia médicos de família formados? Não seria possível esperar que os médicos de família tivessem completado a formação para que pudessem atuar no programa. Um dos encaminhamentos, na época, foi o de que houvesse também cursos de especialização, mais curtos do que a residência, como uma solução provisória para que os médicos não iniciassem o trabalho sem contato nenhum com a medicina que se propunha nesse modelo (Bonet, 2014).

Apesar disso, anos depois do início do PSF no país, o problema persiste. Se por um lado encontram-se experiências bem-sucedidas de profissionais com titulação em Medicina de Família e Comunidade ou até dos que ainda são residentes na área,[8] por outro, sobretudo nas áreas mais longínquas do país ou nas periferias dos centros urbanos, os postos de trabalho para médicos de família na APS são difíceis de serem preenchidos. E, assim, comumente não se exige nenhuma formação específica na área de medicina de família e comunidade, fazendo com que esses cargos sejam, quando preenchidos, ocupados sobretudo por jovens recém-formados, sem formação na área de medicina de família e comunidade, excetuando o período de internato.

A ausência de médicos dispostos e interessados em atuar na APS no Brasil se tornou uma questão de conhecimento geral no país quando da criação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), do Governo Federal, em 2013, cujo um dos eixos centrais foi a parceria com o governo de Cuba, ocasionando a vinda de mais de 11 mil médicos cubanos ao Brasil. Os outros dois eixos de ação do Mais Médicos

8 Ver por exemplo Bonet (2015), Fazzioni (2018) e Wenceslau (2017) sobre experiências de médicos em residência nessa área.

–menos desenvolvidos– foram os investimentos na infraestrutura nas unidades básicas de saúde e a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país (Oliveira et al., 2015).

Antes do Mais Médicos, outros programas tentaram atrair e fixar profissionais em localidades "remotas" ou "vulneráveis", entre os quais se destaca sobretudo o PROVAB, Programa de Valorização dos Profissionais da APS, implementado em 2011. Uma série de incentivos, incluindo uma bolsa, foi oferecida a médicos que ocupassem as vagas nessas localidades (Oliveira et al., 2015). Entretanto, foi apenas por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013, que o problema foi provisoriamente solucionado, enquanto os profissionais cubanos estiveram no país, já que o programa foi descontinuado de modo progressivo a partir de 2019.

Tal processo nacional, somado às questões locais que presenciamos durante nossos trabalhos de campo na cidade do Rio de Janeiro, compõem o que estamos chamando de um momento de crise no processo de "instabilidade permanente do SUS", como já demonstraram outros trabalhos.

O processo de formação do SUS e sua posterior transformação com a priorização da Estratégia Saúde da Família, derivou em uma série de pesquisas etnográficas que, desde a perspectiva da antropologia da saúde, enriqueceram a compreensão dos serviços de saúde (Ferreira e Fleischer, 2014). Assim, podemos mencionar as etnografias sobre as relações práticas entre as equipes de saúde e os usuários do sistema (Victora et al., 2008; Santos, 2012; Bonet, 2014; Fazzioni, 2018; Oliveira, 2018; Goldenzwieg, 2020; Maia, 2023). A relação das equipes de saúde com os usuários do sistema ganha contornos interessantes na pesquisa proposta Tavares (2015) ao associar a ESF nos contextos de pluralismos religiosos e terapêuticos experimentados nas comunidades quilombolas em Itaparica (BA), ou nas pesquisas realizadas em contexto dos distritos sanitários indígenas (DSI), os quais também podem ser entendidos como contextos de intermedicalidade (Pellegrini, 2004; Langdon, 2004).

Ainda em pesquisas associadas à ESF, pode se mencionar os trabalhos associados aos atendimentos oferecidos às moradoras do bairro de Guariroba, no Distrito Federal, vivendo com doenças de longa duração trabalhados por Fleischer (2012); as pesquisas realizadas por Longhi (2021) sobre o cuidado de idosos na Paraíba, ou a etnografia realizada por Andrade e Franch (2012) sobre a emergência da temática da sexualidade na terceira idade nas equipes de saúde da ESF.

Também ganha destaque nessas etnografias a problematização da família, associadas às questões de gênero, pobreza e as percepções sobre o cuidado, que tensionam as concepções sobre os lugares nas famílias, sobretudo da mulher que a ESF associa fundamentalmente ao cuidado (Santos, 2005; Sarti, 2010; Nascimento e Melo, 2014; Garcia e George, 2017).

Não é objetivo deste capítulo uma revisão teórica da produção da antropologia da saúde associada a ESF, mas quisemos sinalizar, sumariamente, como paralelamente com o processo de reestruturação do SUS e da formação da ESF foi se produzindo um importante campo de conhecimento com o qual pretendemos aqui contribuir.

OS MÉDICOS DE FAMÍLIA NO BRASIL: ENTRE A POLÍTICA, O COTIDIANO E A "VULNERABILIDADE"

As mudanças políticas e suas consequências administrativas que configuram o momento atual de desestruturação da APS explicitadas na seção anterior se manifestam em inúmeras situações vividas pelos profissionais das equipes de saúde, médicos ou não e que configuram o que denominaremos neste texto de "vulnerabilidade múltipla".

Uma situação que explicita claramente essa vulnerabilidade foi performada (*enacted*) numa das clínicas da família que integra o segundo contexto da pesquisa etnográfica. Marina é uma jovem médica, com menos de 30 anos e recém-formada.[9] Ela trabalhava na unidade de APS ligada ao segundo contexto há pouco mais de um mês e já havia sido designada para treinar outra médica, também recém-formada e recém-chegada à unidade, Laura. Adentrou na sala um paciente de 40 anos, Carlos, acompanhado da esposa e da filha, um bebê de oito meses, queixando-se fortemente de dor anal, dificuldade para evacuar e sangramento. Marina o recebeu bastante impaciente, disse que já o tinha recebido naquela semana e que ele deveria aguardar que o medicamento indicado fizesse efeito. O paciente se queixava de muita dor, relatando que o medicamento não tinha surtido resultado algum, solicitando o tempo todo para que a esposa confirmasse sua situação. A nova médica, Laura, refez a anamnese do paciente procurando encontrar um diagnóstico. Laura estava empenhada em encontrar a causa

9 Todos os interlocutores aqui citados terão nomes fictícios.

do problema, enquanto Marina, bastante impaciente, parecia apenas querer que o paciente se desse por satisfeito e fosse embora.

Laura então mencionou que, em casos como esse, o procedimento correto seria realizar o exame de toque e perguntou se Marina já havia feito. Ela respondeu que não e as duas passaram a discutir sobre se era realmente necessário e qual das duas faria. Elas perguntaram ao paciente se ele aceitaria fazer e ele disse que sim, que faria qualquer coisa para resolver aquele incômodo. A partir daí, Carlos começou a falar de sua vida e, como não encontrava o olhar das duas jovens médicas ao falar –elas estavam anotando informações no prontuário ou pesquisando sobre o diagnóstico em aplicativos no celular–, passou a olhar para a antropóloga que os acompanhava na consulta e contar sobre a sua vida. Narrou que era novo no trabalho de vigilante noturno e tinha medo de perder o emprego por conta de uma possível doença. Olhou para a filha pequena e disse que ela era tudo para ele, "foi um presente de Deus, ele me deu depois que perdi meu filho de 21 anos...". Enquanto ele falava, emocionou-se. As médicas, ainda focadas em discutir o caso, haviam decidido que Laura faria o exame de toque, pois já o havia feito anteriormente, enquanto Marina nunca havia feito. O assunto sobre a vida de Carlos foi interrompido com a informação de que fariam o exame de toque, o que causou bastante apreensão no paciente.

Laura então realizou o exame –no qual foi possível observar que tanto ela, quanto Carlos estavam nervosos– e constatou-se que não havia nada, o resultado do exame não apresentara qualquer alteração. Após o exame, as médicas receitaram uma pomada para dor e pediram para que ele seguisse com a medicação prescrita anteriormente. Quando o paciente finalmente saiu, Marina se certificou de que a porta estava bem fechada e proferiu como se estivesse desabafando, pausadamente, um sonoro xingamento. Em seguida, começou a nos contar que o paciente já havia ido a uma consulta nessa semana e que ela sabia que o real motivo de seu incômodo era que ele não queria ir ao trabalho. Ela contou que em um mês trabalhando ali, já havia notado que muitas pessoas procuravam o serviço de saúde "apenas para pegar atestado e não trabalhar".

Laura não concordou explicitamente, mas também não se opôs. Embora parecesse mais empenhada do que a colega, ela estava ali "aprendendo" com ela sobre como atuar na unidade de saúde, onde só havia atuado antes durante o internato, sob supervisão. Assim, naquela situação, as jovens médicas utilizaram-se dos elementos epistêmicos dos quais dispunham (o que aprenderam em suas faculdades e

os manuais de medicina disponíveis em aplicativos de celulares) mas também de uma visão de mundo e de uma concepção específica sobre aquele indivíduo, para que pudessem conduzir a consulta e encontrar um diagnóstico para a dor anal de Carlos. Mas talvez não tenham conseguido olhar para suas outras dores, indo na contramão do que é preconizado pela Medicina de Família e Comunidade, e consequentemente para a Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Obviamente, não pretendemos dizer se Carlos, o paciente, tinha um problema para evacuar ou nenhuma vontade de trabalhar. Tampouco trata-se de um julgamento moral sobre a atuação das médicas, que além de não terem formação específica de atuação na área, depararam-se ali com um contexto marcado por alta demanda de atendimento, pouco tempo para realização das consultas e uma população considerada com alto índice de "vulnerabilidade". Trata-se sim de uma tentativa de entender que as causas de sofrimento de Carlos eram mais do que uma e menos do que muitas. Isso quer dizer, nos termos de Mol (2002) que a realidade, assim como o corpo, pode ser múltipla, mas não fragmentada. Em outras palavras, a multiplicidade aponta para o modo em que as diferentes facetas da realidade se interferem; desse modo, podemos entrever as limitações que a implementação das políticas impõe nas situações cotidianas. Essas limitações interferem com as trajetórias profissionais e pessoais dos médicos e com as violências estruturais em que as situações se desenvolvem, vividas tanto pelos profissionais quanto pelos usuários das clínicas da família.[10] Há sempre uma vinculação entre as diferentes "ontologias políticas" que são performadas (*enacteds*) sobre um fenômeno, distanciando-se da ideia de "verdade" (Mol, 2002, p. 55).

A situação vivida por Carlos, Laura e Marina, vai de encontro a outras observadas em campo, que nos permitem definir o que chamaremos de "o problema da vulnerabilidade". O conceito de vulnerabilidade em saúde foi um termo introduzido na área pelos teóricos da saúde coletiva nos anos 1990, sobretudo ligados aos estudos em torno da epidemia de HIV/AIDS, visando substituir a noção de *risco*, comumente utilizada pela epidemiologia (Ayres et al., 2009). A ideia de vulnerabilidade social buscava superar a dicotomização criada entre "grupo de risco" e "população geral", antes utilizada para pensar sobre a epidemia de HIV, tirando o foco do indivíduo e de possíveis "comportamentos de

10 A ideia de violência estrutural foi desenvolvida por Paul Farmer (2004, 2009) para se referir ao tipo de violência corporificada nos sujeitos e que é derivada de processos sociais historicamente estruturados de desigualdade social.

risco", que geravam preconceito e estigmatização. A despeito do debate acadêmico em torno dos dois termos, encontramos no cotidiano do serviço de saúde etnografado um entrelaçamento das duas categorias, sendo que os profissionais parecem considerar que o significado de *vulnerabilidade* seja basicamente igual ao de *pobreza*. Logo, a pobreza tornava-se um fator que precisava ser levado em conta nas práticas de saúde, de um ponto de vista meramente epidemiológico, crucial no *aumento do risco* de adoecer, mas não como algo que marcava de modo mais amplo as experiências de vida e sofrimento.

Ainda, percebemos na situação etnográfica apresentada um emaranhamento entre uma dimensão técnica, que se associa ao diagnóstico e à conduta terapêutica consequente (o toque), uma dimensão moral, relacionada às supostas segundas intenções que motiva o incômodo de Carlos, e uma dimensão estrutural, que situa duas profissionais jovens, com pouca experiência em um contexto de alta vulnerabilidade.

Essa configuração situacional reflete, ainda, um distanciamento social entre os usuários e os profissionais, que embora implícito mostra seus efeitos nas relações estabelecidas entre os diferentes mediadores. Essa característica permite estabelecer relações com o trabalho de Fátima Tavares (2015), anteriormente mencionado, sobre o processo de implantação da ESF em comunidades quilombolas em Itaparica, Bahia. A autora faz menção ao sentimento de distanciamento social que a população sentia em relação aos profissionais médicos, que em algumas situações impedia a geração de um vínculo produtivo entre eles. Esse sentimento era gerado por determinadas atitudes dos profissionais, mas era lido por estes como produto de uma "questão cultural" como também se apresenta implícitamente na cena etnográfica relatada.

Lila Abu-Lughod (2012) ao discutir a guerra ao terror que os EUA começaram após o 11/9 se pergunta se as mulheres muçulmanas precisam de salvação. Através da pergunta, a autora explícita a sua oposição ao que chama de um "recurso ao cultural", que reproduziria a reificação de uma separação entre nós e eles e que traria implícito a ideia de que um saber sobre a cultura de uma determinada região seria mais útil do que explorar as questões políticas e históricas que levaram a desigualdade. A questão fundamental, para Abu-Lughod, que subjaz ao texto, é a de como lidar com os "outros" culturais parece estar "ecoando" no estranhamento de Marina.

Esse recurso ao cultural como justificativa, que anteriormente mencionamos, se associa à pobreza como recurso explicativo, como bem demonstra Claudia Fonseca quando se refere ao trabalho de Oscar

Lewis (1961). A autora afirma que ao dar pouca atenção ao contexto de vida das pessoas, Lewis desconsideraria as influências que as estruturas econômicas e políticas abrangentes exercem sobre a população pobre; isto teria como consequência que "o autor alimenta a impressão (apesar de seus protestos) de que a 'cultura da pobreza' explica tudo. Há, no argumento, uma boa dose de psicologia individual: as pessoas criadas em famílias desorganizadas reproduziriam comportamentos disfuncionais apreendidos dos próprios pais. A análise parece vacilar entre a patologia e a inadaptação — esta última devido a atitudes tradicionais, atrasadas (imediatismo, etc.), mal adaptadas às exigências da sociedade moderna" (Fonseca, 2004, p. 30).

AS FERRAMENTAS E OS IMPROVISOS: A PROPÓSITO DA ESCALA DE COELHO-SAVASSI

O tema da vulnerabilidade que apareceu de forma tão determinante nas situações descritas acima é também um fio condutor entre os dois contextos etnográficos, quando associado a uma ferramenta da prática dos médicos de família, a Escala de Coelho-Savassi, utilizada justamente para medir o índice de vulnerabilidade das famílias atendidas. A Escala é um instrumento de estratificação de risco familiar que foi desenvolvido no município de Contagem, Minas Gerais; visa avaliar o risco social e de saúde de um núcleo familiar a partir de sentinelas de risco (Coelho e Savassi, 2004; Savassi, Lage e Coelho, 2013). Aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde utiliza dados da ficha A do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), refletindo o potencial de adoecimento do núcleo familiar. Cada um desses sentinelas recebe um valor, os quais devem ser somados para obter o escore de risco do grupo familiar. Segundo os idealizadores da escala, esta deve ser aplicada na primeira visita domiciliar pelo Agente comunitário de saúde (ACS).

Os chamados sentinelas de risco, que integram a ficha A, se referem, por exemplo, ao fato do núcleo familiar ter um membro acamado (3), ou baixas condições de saneamento (3), membros com deficiência física (3), membros com deficiência mental (3), desnutrição grave (3), drogadição (2), desemprego (2), analfabetismo (1), membros com menos de seis meses de vida (1) ou com mais de 70 anos de idade (1), membro com hipertensão arterial sistêmica (1), com diabetes mellitus (1), relação morador/cômodo maior que 1 (3), relação morador/cômodo igual a 1 (2), relação morador/cômodo menor que 1 (0). A

pontuação de cada sentinela de risco é calculada levando em consideração a relevância epidemiológica, a relevância sanitária e o impacto na dinâmica familiar, sendo que cada sentinela é observado em relação a cada indivíduo do grupo familiar. Com a somatória desses escores se chega a um valor que se for entre 5 e 6 se considera R1, ou risco menor, entre 7 e 8 R2 ou risco médio e, finalmente, acima de 9 R3 ou risco máximo. Segundo Savassi, Lage e Coelho, a ferramenta "oferece acesso na medida em que prioriza a atenção no domicílio e favorece a integralidade e equidade das ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família" (Savassi, Lage e Coelho, 2013, p. 181).

A primeira vez em que foi mencionada a Escala de Coelho-Savassi em campo no primeiro contexto (associado à residência em Medicina de Família e Comunidade) foi quando um dos médicos residentes do segundo ano em uma reunião previa às visitas domiciliares (VD) perguntou para a ACS: "qual família visitaremos hoje? Após a resposta perguntou "Como você priorizou? Como fez a sua escolha?" Seguidamente, Mario, o residente, apresentou e ensinou como se usa a escala para a ACS e para nós. O modo como realizaram a avaliação demonstrou o que dissemos anteriormente sobre como as ferramentas e categorias são performatizadas, porque a primeira visita avaliada deu como resultado um risco baixo, mas a ACS diz "ela quer ser visitada"; assinalando mais um fator (que talvez poderíamos chamar de emocional-afetivo) que não estava incluído na escala. Outro grupo familiar composto por quatro pessoas que moravam em dois cômodos, no qual os dois adultos estavam desempregados e tinham uma criança de sete meses doente alcançou um escore alto na escala. As outras duas visitas planejadas foram as casas de pessoas idosas acamadas e que tinham tido acidente vascular cerebral. Em todos os casos se apresentava mais de um sentinela de risco, dada a vulnerabilidade, não só pela precariedade das moradias mas também por uma forte comorbidade.

É importante salientar que não é nosso intuito enfatizar a escala de Coelho-Savassi enquanto uma ferramenta de uma qualidade diferente de outras que os profissionais utilizam ao classificar e realizar atendimentos domiciliares ou em consultório; mas a escala nos permitiu, em primeiro lugar, analisar como nos dois contextos da pesquisa se lida com as ferramentas teóricas; e, em segundo lugar, permite abordar uma dimensão metodológica da pesquisa antropológica que se gera quando informações de um campo etnográfico se deslocam para outro.

Este exemplo também permite que analisemos as situações nos contextos em que se produzem, queremos dizer que, em primeiro lugar, a situação da equipe era relativamente tranquila dado que a ACS e

o médico concordaram em visitar um grupo familiar, embora o escore na escala fosse baixo. Isso evidencia que a equipe não estava com uma micro-área com muitas situações críticas (pelo menos nessa semana). Em segundo lugar, demonstra também a questão da trajetória e da formação do profissional médico. Independentemente de que o modelo de prática da MFC inclua a dimensão afetiva como uma parte importante da relação médico-usuário e da importância desta dimensão no desenvolvimento das itinerações de cuidado e da resolução dos padecimentos, Mario era um profissional que prezava por uma visão integralizada dos usuários e que estabelecia relações afetivas com eles. Podemos afirmar isso, porque outros residentes que também compartilharam a passagem pela mesma residência, não demonstravam a mesma preocupação. Estabelecendo relacionamentos mais "burocráticos".

A segunda situação associada à Escala de Coelho-Savassi que queremos mencionar é interessante porque tem implicações metodológicas diretas, no sentido de como nós utilizamos as referências dos médicos. A ferramenta foi mencionada em uma das apresentações que se realizam nas residências para discutir casos clínicos numa perspectiva centrada na pessoa. O caso que estava sendo discutido era o de Ariel, um homem de 39 anos, solteiro, diagnosticado com hipertensão, tabagismo, usuário de drogas e com epilepsia. Mora junto com o irmão que tem tuberculose, também solteiro. Após uma briga com este último passou a morar num cômodo sob a laje da casa do irmão, sem janelas e sem ventilação. Numa crise convulsiva fraturou uma vértebra lombar, o que ocasionou problemas para andar. Na visita, o médico solicitou um exame de urina, que deu positivo e começam o tratamento com antibiótico. A preocupação do médico era como organizar o cuidado. Quando o irmão sai para trabalhar, Ariel fica deitado na cama e se o irmão não deixar o almoço, não come até ele voltar. Quando começa a apresentação o residente se refere a Escala de Coelho-Savassi dizendo que tem um "índice de vulnerabilidade tipo 1", mas que se desce para o espaço onde ele mudou depois da briga, a vulnerabilidade cresce para tipo 3. Na apresentação do caso continuaram incluindo dados da situação de saúde do Ariel e do seu irmão, os quais conformavam uma rede de apoio social muito estreita.

Dissemos que esta apresentação tinha implicações metodológicas, porque esse relato do primeiro contexto de campo, remete à aparição da ferramenta Escala de Coelho-Savassi em uma situação no segundo contexto. Neste cenário, a escala apareceu em uma visita domiciliar na qual acompanhávamos a equipe quando Cláudio, o médico que trabalhava há mais anos na unidade, explicava que apenas uma das equipes

possuía um número reduzido de pessoas cadastradas. Tratava-se da equipe responsável pela micro-área com maior "vulnerabilidade". Ao ouvir o termo, a pesquisadora que acompanhava o grupo composto pelo médico e duas ACS, questionou sobre como se media o grau de vulnerabilidade. O médico respondeu prontamente: "temos um índice para medir, são os ACS que medem. Como é mesmo que vocês fazem?", perguntou às agentes que nos acompanhavam. Uma delas então respondeu: "Medimos pela área que tem mais beneficiários do Bolsa Família". Um pouco constrangido, o médico disse que não era a isso que ele se referia e sim a uma escala, que não conseguia lembrar o nome e que eles usavam "lá no começo, quando iniciamos o PSF aqui no Alemão". A ACS, também antiga na unidade, disse que não se lembrava dessa escala e que o que o critério usado atualmente era o Bolsa Família. Poucos dias depois, o médico entrou em contato com a pesquisadora pelo Whatsapp dizendo que havia se lembrado do nome da escala que utilizavam para medir vulnerabilidade, tratava-se da Escala de Coelho-Savassi.

Na verdade, a escala já era conhecida pela pesquisadora, justamente pela situação etnografada na residência médica que havia sido descrita em outro artigo (Bonet, 2015). A curiosidade em torno de como era a feita a medição do grau de vulnerabilidade pelos profissionais daquela unidade tinha como pano de fundo, saber se eles conheciam a escala e se a utilizavam. A desconfiança de que outras técnicas eram utilizadas para medir a vulnerabilidade neste contexto provinha das conversas já estabelecidas entre nós que revelavam a enorme diferença existente da medicina de família que se exercia em um e noutro contexto. Na Estratégia de Saúde de Família no segundo contexto, as Visitas Domiciliares ocorriam sempre com base em uma listagem feita pelos ACS sobre quais eram os pacientes de sua área acamados, deficientes ou domiciliados, priorizando aqueles que haviam solicitado a visita pessoalmente ou através de um parente ou vizinho que havia encontrado o agente. Em alguns casos, levava-se em conta também um comentário feito por algum morador sobre o estado de saúde ruim de um vizinho ou vizinha, mesmo que este não tivesse pedido para solicitar a visita.

Cláudio era o único médico que discutia essa listagem com a agente que o acompanharia no dia, alterando a ordem das visitas ou até incluindo algumas casas, já que conhecia bem a área e as famílias. Embora ele tenha se esforçado em lembrar da escala quando foi indagado sobre a ferramenta de medida –preocupado em afirmar que conhecia as ferramentas próprias da MFC– Cláudio não a utilizava em

seu dia-a-dia provavelmente porque não teria condições práticas de fazê-lo considerando a dimensão do território e equipe que com ele trabalhava; contudo o conhecimento que possuía das famílias aliado ao trânsito cotidiano dos ACS pelo território, eram o suficiente para ordenar as visitas e possivelmente em um contexto de pouco tempo para realizar o trabalho, essa era uma maneira mais ágil de organizar a rotina. Isso, no entanto, só ocorria no caso desse médico, que possuía mais de doze anos de experiência na clínica. No caso dos outros médicos, a maior parte deles quase não realizava visitas, somente em casos de extrema urgência, devido à falta de tempo, à situação de violência e ao acúmulo de demanda em suas equipes.[11]

As situações narradas acima demonstram que existem diferentes maneiras de se performatizar a medicina de família, como nos casos citados acima. Mario opta por incluir uma casa na visita mesmo que ela não atenda ao critério da escala. Claudio conhece a escala e os critérios, que talvez estejam presentes em sua prática indiretamente, ou como um conhecimento corporificado, mas não se lembra do nome da escala quando questionado e tampouco a utiliza explicitamente para definir as visitas. Ambos os médicos são mediadores nessas situações e se utilizam de um acúmulo de experiência profissional e formação específica na área para desempenhar seus trabalhos, contando em algumas situações com improvisos e decisões não previstas na escala ou em outras ferramentas como essa.

Com isso, não pretendemos afirmar que a Escala de Coelho-Savassi fosse mais ou menos eficaz que outras ferramentas existentes, apenas demonstrar que em um contexto mais precarizado de implementação da política de saúde em questão, sua aplicação nem sempre é possível. Se por um lado isso não necessariamente implica em uma prática menos efetiva, como demonstra o caso de Cláudio, em outros casos quando as ferramentas não estão disponíveis e tampouco conta-se com a experiência do médico, o resultado pode ser mais problemático, como no caso de Marina e Laura.

Ainda, essas situações etnográficas em torno da Escala Coelho-Savassi podem ser interpretadas utilizando as perspectivas propostas por Annemarie Mol (2002) e Roy Wagner (2010); queremos dizer, na performatização (*enacment*) das categorias, elas são "inventadas" no

11 A maneira pela qual a violência urbana do território atravessava o cotidiano dos profissionais e usuários da unidade foi melhor desenvolvida em outros textos que apresentam e refletem sobre os resultados da pesquisa (Fazzioni, 2018; Fazzioni, 2019).

sentido proposto por Wagner. Nas diferentes situações em que a questão era a vulnerabilidade das famílias, modos diferentes de entender e performar a escala foram acionadas. Isso não fala de más ou boas práticas profissionais ou más ou boas medicinas de família, mas fala de modos criativos de lidar com as situações cotidianas da vida.

Tanto a vulnerabilidade, quanto a Escala de Coelho-Savassi, não estavam em jogo enquanto categoria ou ferramenta, que seriam acionadas do mesmo modo por qualquer mediador, mas como práticas que eram performatizadas segundo interesses específicos acionados pelos diferentes mediadores em cada situação.

ESTIGMA, PROJETO E DIFICULDADES

Quando remonta o processo de constituição do campo das especialidades médicas no Brasil, Bonet (2003) relembra que um dos problemas enfrentados pelos médicos generalistas foi o estigma e o preconceito por não serem considerados "especialistas" e, por isso, médicos menos importantes que os demais. O termo "médico de postinho" é uma conhecida expressão que remete a não valorização deste trabalho, o que informa sobre dois fenômenos.

Primeiro, o fato de que tais profissionais praticam uma medicina voltada "para os pobres" e segundo, de que seriam médicos menos importantes e especializados dentro de uma hierarquia profissional. Em muitos casos, tal estigma faz com que esses profissionais, ao chegarem ali por acaso, sem um desejo real de atuarem nesses espaços, sejam eles próprios reprodutores da ideia de que esse tipo de medicina seria menor ou menos importante, mesmo após a consolidação da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Cynthia Sarti (2010) aponta para o fato de que, para a maior parte dos profissionais médicos, a atuação na APS figura como um projeto profissional "transitório", enquanto para os profissionais de enfermagem, por exemplo, constituiria um "projeto de vida". Embora esse aspecto não possa ser visto como determinante nas práticas de cada um dos médicos, é importante atentar para a força do conceito de "projeto individual" (Velho, 1981), como um fator crucial na compreensão dos processos de individuação nas sociedades complexas.[12]

12 Gilberto Velho postula que existe uma dimensão de "escolha" na vida social, calculada por meio dos projetos pessoais, embora deixe claro que estes estão "sujeitos à ação de outros atores e às mudanças sócio-históricas" (Velho, 1981, p. 27).

O último caso analisado aqui remete justamente a este ponto. Jéssica, era uma médica que estava no segundo ano de residência de Medicina de Família e Comunidade pela UERJ e atuava em uma unidade de saúde no centro da cidade. Quando começamos a conversar, ela me revelou que aquele não havia sido seu plano inicial de carreira assim que se formou. Jéssica foi bolsista no curso de medicina em uma universidade privada no Rio de Janeiro e tinha como "projeto profissional" retornar ao local onde nasceu e foi criada para trabalhar, a favela do Complexo do Alemão. Seus pais já não viviam lá, haviam se mudado para uma outra favela mais próxima do centro, mas ela e o namorado resolveram se mudar para Olaria, um bairro próximo, para que ela estivesse próxima do trabalho em uma das Clínicas da Família que atendiam o Alemão. Jéssica já havia sido interna nessa mesma clínica durante a graduação, mas ser médica ali, ela relatou, foi muito mais difícil. Ela ressaltava aspectos como o número de atendimentos que fazia por dia, as situações de estresse que enfrentava com a equipe e com os usuários agravadas pela alta demanda, além da sensação de frustração por sentir que os problemas daqueles usuários eram muito profundos pela situação de pobreza e violência e, por isso, sua atuação ali tinha sempre baixíssimos resultados.[13] Sobre a experiência no Alemão, ela ainda revelou: "Sabe, eu cresci lá, eu era pobre, mas a minha casa tinha comida, tinha banheiro, tudo direitinho. E lá eu vi que muita gente não tinha essas condições mínimas de vida".

A jovem médica revelou ainda que queria dar o seu "melhor" no trabalho, por isso era sempre a primeira médica a chegar e a última a ir embora e, além disso, se envolvia intensamente com os problemas de seus pacientes. Depois de dois meses, começou a chegar todos os dias em casa aos prantos. Nesse meio tempo, recebeu a notícia de que havia sido aprovada na residência em MFC, mas já havia decidido não ir. No último dia para inscrição, contudo, mudou de ideia e acabou entrando. Posteriormente, na clínica onde atuou como residente, que também atendia uma grande região de favela, ela disse se sentir muito melhor: "Eu não sei, é diferente aqui, não sei se é porque é no centro, mas você não vê tantos problemas juntos e são menos atendimentos

13 Jéssica fazia referência a todos esses problemas como "pressão assistencial", termos que outros de seus colegas residentes que conheci na mesma ocasião também utilizavam. Encontrei pouca informação sobre a origem do termo, a própria Jéssica também não soube dizer quando a questionei: "Ah, todo mundo usa lá na residência". Chamou minha atenção, no entanto, a existência de mais um termo fazendo referência à ideia de pobreza, assim como vulnerabilidade, já explorada anteriormente.

por dia. Aqui também tem uma equipe de apoio maior, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)[14] é mais presente".

A itineração da Jéssica é interessante porque mostra as diferentes pressões que operam nos dois contextos de pesquisa; na primeira unidade que não envolve um contexto de formação, as condições práticas para fazer medicina de família são muito mais precárias do que no segundo contexto em que ela própria percebe como tem mais apoio da estrutura da malha de atenção. Tudo isso fica explícito na sua argumentação, na qual Jéssica aliava um contexto social no entorno, bem como uma estrutura própria da unidade onde atuava, para explicar por que entendia que ali poderia desempenhar melhor seu trabalho. Demonstrando que a ideia dessa instabilidade permanente perpassa não apenas um contexto interno do sistema de saúde, como também do próprio desenvolvimento da sociedade como um todo, que retroalimenta as desigualdades e cronifica ainda mais a situação de precarização do sistema.

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: CONSIDERAÇÕES FINAIS E APONTAMENTOS SOBRE O PAPEL DA ANTROPOLOGIA NO FORTALECIMENTO DO SUS

Nesse capítulo buscamos pensar sobre a experiência e a história da medicina de família e comunidade no Brasil enquanto um caso significativo para pensar um movimento que entendemos ser característico da consolidação do Sistema Único de Saúde nas últimas décadas, marcado por um movimento de reforma e "contra-reforma", como mencionado no início do texto, caracterizando o que chamamos de uma instabilidade permanente.

Em meio a este processo, buscamos refletir sobre um conjunto de elementos que perpassam a experiência prática de ser médico de família e comunidade no Brasil a partir de dois trabalhos etnográficos realizados com foco nesta categoria profissional. O que a trajetória

14 O NASF, criado em 2008, é formado por uma equipe multiprofissional que visa subsidiar as equipes de saúde da família com o objetivo de ampliar a resolutividade e capacidade de respostas das equipes. A equipe do NASF deve realizar ações conjuntas com a equipe de saúde da família e de acordo com a quantidade de equipes a que está vinculada se configuram três tipos diferentes de NASF (o número varia entre 1 e 9 equipes).

desta modalidade médica específica pode nos dizer sobre o SUS e sua construção?

O SUS tem como pilares três princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade. Entendemos que sobre este último repousam os principais desafios para com os quais a antropologia é capaz de contribuir. Como relembra Ricardo Ayres:

Entre os princípios que têm norteado a reconstrução do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é talvez o mais difícil de definir e, no entanto, aquele sobre o qual repousam os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS e de suas elevadas missões. Como já disse em outro lugar: "o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um" (Ayres, 2009, p. 11).

Os casos trazidos à tona neste capítulo, ilustram os desafios da prática da medicina de família e comunidade no Brasil à luz de uma reflexão antropológica. Ali, pudemos observar que entre a precarização do sistema e a desigualdade que marca a vida da população atendida, multiplicam-se vulnerabilidades não somente na vida dos usuários atendidos pelos médicos, mas também dos próprios profissionais, dos seus espaços de trabalhos, dos seus saberes e práticas e do próprio sistema. Essa situação, os direciona para a busca de soluções criativas a fim de resolverem as questões apresentadas no cotidiano da prática e da vida.

Seguindo os passos de Lila Abu-Lughod (2012), compreendemos que o papel da antropologia deve ser o de lançar luz sobre a diferença. Lembrando, como afirma a própria autora: "o trabalho duro envolvido em reconhecer e respeitar as diferenças – precisamente como produtos de diferentes histórias, como expressões de diferentes circunstâncias e como manifestações de desejos diferentemente estruturados" (Abu-Lughod, 2012, p. 462). Do mesmo modo, concordamos com Tim Ingold, quando sustenta que a antropologia é impulsionada por um engajamento prático com os outros; isto é, por uma ética do cuidado (Ingold, 2014, p. 72), mas do que por alguma demanda de conhecimento.

Se de acordo com Abu-Lughod e Ingold o papel da antropologia seria o de seguir uma ética do cuidado que leva à sério as diferenças que nos atravessam, também acreditamos ser esta a principal contribuição da antropologia diante das questões que perpassam o campo da saúde. Uma antropologia comprometida com a construção e o fortalecimento

do SUS no Brasil deve ser uma antropologia preocupada com o respeito às diferenças e preocupada, sobretudo, com o princípio da integralidade, no sentido de um saber prático sobre o que e como se pode ajudar. Os casos aqui analisados mostram, que, em que pese a situação de permanente instabilidade em que o SUS se encontra, profissionais, usuários e pesquisadores se engajam em interações que misturam, negociam e ressignificam as vulnerabilidades e as criatividades vividas no cotidiano dos serviços.

Ao nos engajar nessas misturas, a partir da antropologia da saúde, quizas possamos, timidamente, contribuir para uma reflexão sobre um fazer médico mais atento às diversidades e diferenças que, se não puder eliminar, ajude a mitigar as consequências negativas das vulnerabilidades múltiplas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abu-Lughod, L. (1991). Writing against culture. En R. Fox (Ed.), *Recapturing anthropology: working in the Present* (pp. 137-154). School of American Research Press.

Abu-Lughod, L. (2012). As mulheres muçulmanas precisam realmente de salvação? Reflexões antropológicas sobre o relativismo cultural e seus Outros. *Revista Estudos Feministas, 20*(2), 451-470.

Andrade, M. A. R., e Franch, M. (2012). Eles não estão mais pra nada: sexualidade e processos de envelhecimento na dinâmica do Programa Saúde da Família. *Mediações. Revista de Ciencias Sociais, 7*(2), 41-56.

Ayres, R., França Junior, I., Calazans, G. J. e Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. En D. Czeresnia e C. Machado De Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 121-145). Fiocruz.

Bonet, O. (2003). Os Médicos da Pessoa. *Um Estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional*. [Tese Doutorado em Antropologia Social]. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Bonet, O. (2014). *Os médicos da pessoa. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Editora 7Letras.

Bonet, O. (2015). Sentindo o Saber. Educação da Atenção e Medicina De Família. *Horizontes Antropológicos, 44*, 253-277.

Bonet, O., Tavares, F., Saraiva Campos, E. M., Bustamante Teixeira, M. T. e Rodrigues, M. G. (2009). Situaçao-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. En R. Pinheiro e P. H. Martins (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* (pp. 242-250).CEPESC-IMS/UERJ; Ed Universitária UFPE; Abrasco.

Coelho, F. L. G., Savassi, L. C. M. (2004). Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 1*(2), 19-26. https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104

Diniz Barros, M. (1997). Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. En A. M. Canesqui, (Org.). *Ciências Sociais e Saúde* (pp. 113-133). Abrasco.

Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Zahar.

Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology, 45*(3), 305-325.

Farmer, P. (2009). On Suffering and Structural Violence: A View from below. En A. Kleinman, V. Das, M. Lock (Eds.), *Social Suffering* (pp. 1-24). University of California Press.

Favoreto, C. (2002). *Programa de Saúde da família no Basil: do discurso e das práticas*. [Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade estadual do Rio de Janeiro -Instituto de Medicina Social.

Fazzioni, N. H. (2018). *Nascer e morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. [Tese Doutorado em Antropologia Cultural. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fazzioni, N. H. (2019). Tiro que mata, tiro que "cura", tiro que fere: notas etnográficas sobre violência armada e direito à saúde. *Revista Antropolítica, 47*, 167-190.

Ferreira, J. e Fleischer, S. (2014). Etnografias em serviços de saúde. Garamond.

Fleischer, S. (2012). Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF. *Saúde e Sociedade, 21*(2), 410-423. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200014

Fonseca, C. (2004). *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Editora da UFRGS.

Garcia, Y. e Georges, I. (2017). *As "novas" políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência: produção local do serviço e relações de gênero*. Ed. Traço Fino.

Goldenzweig, R. (2020). *As doenças da cidadania: a integração dos pobres nos mundos da saúde*. [Tese Doutorado em Antropologia]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional.

Ingold, T. (2019). *Antropologia. Para que serve?* Editora Vozes.

Langdon, E. J. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. En E. J. Langdon e L. Garnelo (Orgs.), *Saúde dos povos indígenas Reflexões sobre antropologia participativa*. (pp. 33-52). Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia.

Latour, B. (2012). *Reagregando o social. Uma introdução à Teoria do Ator-Rede.* EDUFBA.

Law, J. e Mol, A. (2002). *Complexities. Social studies of knowledge practices*. Duke University Press.

Lewis, O. (1961). *Antropología de la Pobreza: cinco famílias*. FCE.

Longhi, M. (2021). "Eu tô fazendo certo, tô não?": envelhecimento, políticas de saúde e relações de cuidado. En S. Maluf e É. Silva (Orgs.), *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. (pp. 183-198). Editora da UFSC.

Maia, O. F. L. C. (2023). O agente comunitário de saúde e o antropólogo: o caminho etnográfico no SUS "da ponta". *Anuário Antropológico, 48*(3), 132-148.

Malta, D. (2016). A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(2), 327-338.

Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press.

Nascimento, P. e Melo, A. (2014). Esse povo não está nem aí. As mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. En J. Ferreira e S. Fleischer (Orgs.), *Etnografias em serviços de saúde*. (pp. 267-298). Garamond.

Oliveira, E. de (2018). *Doentes e parentes. Composições de governo na estratégia Saúde da Família*. Alameda Editorial.

Oliveira, F. P., Vanni, T., Pinto, H. A., Ribeiro dos Santos, J. T., Medeiros de Figueiredo, A., Queiroga de Araújo, S., Martins Matos, M. F. e Goldfarb Cyrino, E. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface, 19*(54), 623-634. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142

Pellegrini, M. (2004). As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. En E. J. Langdon e L. Garnelo

(Orgs.), *Saúde dos povos indígenas Reflexões sobre antropologia participativa*. (pp. 233-243). Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia.

Santos, D. (2005). *Programa de Saúde da Família: Família é assunto de saúde?* [Dissertação Mestrado em Antropologia]. Universidade Federal de Pernambuco.

Santos, S. (2012). *Entre "biomédicos" e agentes comunitários: etnografia do Programa Saúde da Família no contexto de uma unidade de saúde de Curitiba*. [Dissertação Mestrado em Antropologia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

Sarti, C. (2010). O Lugar da Família no Programa Saúde da Família. En L. A. B. Trad (Org), *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas* (pp. 91-103). Editora Fiocruz.

Savassi, L. C. M., Lage, J. L. e Coelho, F. L. G. (2013). Sistematização de Instrumento de Estratificação de Risco Familiar: A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC, 3*(2), 179-185. https://doi.org/10.14295/jmphc.v3i2.155

Tavares, F., Caroso, C. e Santana, C. (2015). Mediações do cuidado no âmbito do Programa Saúde da Família em Itaparica, Brasil. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia, 19*(3), 489-513.

Vasconcelos, E. (2000). A Priorização das Famílias nas Políticas de Saúde. *Saúde em Debate, 23*(53), 29-31.

Velho, G. (1981). *Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.* Zahar.

Victora, C., Knauth, D. e Oliveira, F. (2018). A ambiguidade dos agentes comunitários de saúde: análise de uma experiência pioneira. En C. Caroso (Org.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina. Perspectivas antropológicas*. (pp. 247-258). EDUFBA.

Wagner, R. (2010). *A invenção da Cultura*. Cosac Naify.

Wenceslau, L. (2017). *Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro*. [Tese Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Instituto de Medicina Social.

Determinaciones socioculturales y desigualdad afectiva: una experiencia investigativa desde la salud mental colectiva*

Oliva López Sánchez

INTRODUCCIÓN

El informe del año 2022 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló un aumento del 25 % en la prevalencia de ansiedad y depresión en el mundo en el primer año de la pandemia ocasionada en el 2020 por el virus del SARS-CoV2. Las poblaciones más afectadas fueron las mujeres, los jóvenes y los adultos mayores. En el caso de México, en los meses iniciales de la pandemia, el 27 % de las personas mayores de 18 años reportaron síntomas de depresión y el 32 % mostró señales inexorables de ansiedad. De acuerdo con algunas investigaciones en México, en 2021, se estimaron 18.1 millones de personas con algún trastorno mental, lo que representó un incremento del 15,4 % respecto del 2019 (Medina-Mora et al., 2023). Los trastornos depresivos y de ansiedad aumentaron de manera notable entre 2019 y 2021 por causa del confinamiento, la pérdida

* El trabajo es un producto directo del Proyecto: "Características psicosociales y procesos socioemocionales en comunidades estudiantiles universitarias frente al aislamiento sanitario por COVID- 19: hacia una política institucional del cuidado, autocuidado y autoatención" financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (DGAPA-UNAM), registro IN301021. Número de registro CE/FESI/082020/1361 del Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM.

de ingresos, el aumento de la violencia y los duelos vividos por la COVID-19 (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria [Centro de Investigación Económica y Presupuestaria], 2020).

La depresión y la ansiedad, así como una combinación de estos trastornos afectivos (Luque y Berrios, 2011) –como formalmente les denominó la psiquiatría a inicios del siglo XX– son los que acumulan las tasas más altas de padecimientos emocionales en el siglo XXI y representan las principales cargas de enfermedad (Años de Vida con Discapacidad y Años de Vida Saludables perdidos).

En este trabajo me interesa reflexionar sobre cómo el concepto de *Determinaciones Sociales*, pilar epistémico del Modelo de Salud Colectiva, permite argumentar por qué y cómo la depresión y la ansiedad pueden entenderse como trastornos mentales resultantes de una *desigualdad afectiva*. La salud, la enfermedad mental y la atención (s/em/a) son procesos sociales atravesados por las relaciones de poder y la organización social estructuralmente ordenada por la clase, el género, la etnicidad y la cultura. Las enfermedades no solo son la manifestación de síntomas y signos, sobre todo, reflejan las contradicciones y conflictos sociales que atraviesan a las poblaciones. Desde una mirada socio antropológica, la depresión y la ansiedad tienen que ser pluralizadas porque no pueden ser entendidas únicamente como alteraciones psíquicas individuales, sino sobre todo como expresiones de estas complejas interacciones micro-meso y macroestructurales marcadas por las desigualdades sociales (Madariaga, 2022a; Menéndez, 1984).

En un primer momento analizo los enfoques neopositivistas de la salud mental que no jerarquizan la razón sobre la emoción, sino que ponderan unas emociones por encima de otras. Algunas, como la felicidad, son exaltadas por su asociación con el bienestar, la autonomía, el rendimiento, la vida productiva, la capacidad de adaptación y la salud mental; mientras que otras, como la tristeza y el desánimo, son devaluadas por relacionarse con la debilidad, el descontrol y la patología. Esa lógica emocional diferenciada construye una normatividad que legitima un clúster jerarquizado de sentimientos respecto de otros que requieren ser corregidos a través de la psicoterapia y, en casos extremos, mediante la farmacología psiquiátrica.

En un segundo momento describo el empobrecimiento ontológico de los modelos biopsicosociales de la salud mental actuales respecto de la vida afectiva y su consecuente despolitización, a pesar de sumar la dimensión social a la ecuación porque reducen a contexto el mundo social y colectivo en el que acontecen y se interconectan las emociones y los afectos.

En el tercer apartado, compartiré la experiencia y datos de una investigación-acción colectiva en la que se exploraron los *procesos socioemocionales* de estudiantes en México en el nivel universitario durante la pandemia. Desde una perspectiva crítica y un diálogo interdisciplinario entre la antropología médica crítica, la antropología de las emociones, la salud colectiva, las pedagogías de la implicación y una perspectiva de cuidados feminista se entiende que la experiencia y la expresión emocional está íntimamente relacionada con el lugar que los sujetos ocupan en la estructura social. Para finalizar esbozo una serie de estrategias implementadas para encausar prácticas y acciones de cuidado a la salud mental en el contexto universitario.

LOS MODELOS NEOPOSITIVISTAS EN SALUD MENTAL Y LA PRODUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES FUNCIONALES Y RESILIENTES

Los modelos hegemónicos actuales de atención a la salud mental están conformados por una diversidad de enfoques. Sin embargo, predominan las explicaciones biologicistas del fenómeno psicopatológico y del psiquismo, las cuales se ven reforzadas por los avances en las neurociencias (Lantéri-Laura, 2000). También, se destacan los enfoques de salud mental positiva y del bienestar, perspectivas que se apartan de los modelos explicativos del sufrimiento (Breilh, 2008, 2012; Cabanas e Illouz, 2019; Madariaga, 2022a y 2022b).

Los fundamentos de los paradigmas psiquiátricos y de la psicología positiva hegemónicos en la formación profesional académica y en los espacios de atención psicoterapéutica desde finales del siglo XX (Ahmed, 2019) se inscriben en una perspectiva ecléctica (Lantéri-Laura, 2000). Se le denomina psicología positiva porque se enfocan en los aspectos positivos de la experiencia humana, este paradigma pretende recuperar las condiciones de bienestar subjetivo que conllevan a la felicidad (Argyle, 1992). Es decir, a través de ciertas técnicas cognitivas se instrumentaliza la sustitución de pensamientos negativos por positivos para conseguir que las personas logren la felicidad. La felicidad como meta humana se convierte en una técnica disciplinaria en las narrativas *psi* (Ahmed, 2019).

Si la felicidad es el medio y el fin, el desarrollo de capacidades cognitivas y habilidades sociales se torna fundamental para saber elegir situaciones y relaciones que aseguren recompensas positivas (reforzadores) como desarrollar auto estima elevada, conductas asertivas y

resilientes que aseguren la felicidad, meta última del bienestar. Lo que se vislumbra en ese modelo es una gubernamentalidad (Rose, 1996) promotora de una moral laica basada en virtudes y fortalezas de carácter tales como esperanza, sabiduría, creatividad, mentalidad futura, coraje, espiritualidad, responsabilidad, y perseverancia. De acuerdo con Peterson y Seligman (2004) esas fortalezas y virtudes conforman la alternativa de la salud mental porque permiten a las personas desarrollar al máximo su potencial para que una vida buena sea posible (Cabanas e Illouz, 2019). Según la psicología positiva, el desarrollo de esos rasgos humanos positivos alivia la ansiedad, la depresión y otros estados negativos que impiden la vivencia de estados afectivos que hacen que la vida valga la pena vivirse (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014). "La felicidad se convierte así en una forma de direccionamiento u orientación que nos conmina a seguir 'la buena senda'" (Ahmed, 2019, p. 33). Esa buena senda termina por incorporarse como una cualidad de la personalidad, forma parte de los rasgos y las habilidades absolutamente moldeables a petición como un activo económico que es posible incrementar.

Las narrativas de los paradigmas eclécticos son concomitantes de la cultura neoliberal y promotores de la singularidad representada en la figura del emprendedor de sí mismo, del sujeto resiliente –desligado de su contexto– que opera como un mecanismo de captura de los sujetos en la construcción del autogobierno, la autodeterminación y todas las características positivas de la cultura posmoderna del rendimiento (Han, 2012). La dimensión psicológica volcada hacia el autoinforme y las habilidades individuales coloca en el centro al sujeto centrado en sí mismo con necesidades y potencia para desarrollar un repertorio funcional para las demandas del grupo social de pertenencia (Ahmed, 2019).

En el siglo XX, el bienestar se integró en los lineamientos de la vida social y la salud. El estudio científico del estado de bienestar y la felicidad comenzó en los años setenta[1] (Vázquez, 2006; Bericat, 2018), mientras que, en la década de 1980, los estudios sobre la calidad de vida en medicina y psicología se desarrollaron ampliamente. Desde entonces, la atención al bienestar subjetivo ha profundizado en las fortalezas humanas y los factores que contribuyen a la felicidad, con lo que se supone se

1 El estado de bienestar fue una creación centroeuropea y escandinava de la década de los 60, que solo pudo emerger cuando las principales enfermedades epidémicas dejaron de ser las primeras causas de mortalidad y cuando la prosperidad económica aumentó (Vázquez, 2006, p. 3).

ha logrado un abordaje de la salud física y mental positiva, alejándose del modelo negativo de salud (López, 2022; Vázquez, 2006).

La atención al bienestar en salud mental positiva está basada en tres componentes: sentimientos de felicidad y satisfacción con la vida (bienestar emocional), funcionamiento individual positivo en términos de autorrealización (bienestar psicológico) y funcionamiento social positivo en términos de valor social (bienestar social).[2]

Desde ese enfoque de salud positiva y de bienestar, la OMS define la salud mental como un estado de bienestar, en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad (OMS, 2018). Mientras que el Trastorno mental se define como la alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento.

La definición de salud de la OMS incluye el completo bienestar físico, mental y social. Aun así, se sigue reforzando una perspectiva individualista, pues solo las personas pueden juzgar o percibir su propio bienestar (Breilh, 2012). El predominio de una visión biomédica cartesiana reduce la salud al estrecho límite de los trastornos individuales y su curación. En ese palimpsesto epistémico, la noción de individuo, sujeto autónomo del *ethos neoliberal*, nutre recursivamente las concepciones hegemónicas sobre la salud mental, y sus principios exaltan la vida emocional y del bienestar como el blanco de su atención (Madariaga, 2022a).

Las acciones preventivas y de atención psicológico-psiquiátricas del bienestar, originadas a principios del siglo XX, se han desarrollado bajo lo que Barbara Held (2002) llama la *tiranía de la actitud positiva*, una cultura que promueve el mantenimiento de una actitud optimista permanente (Prieto-Ursúa, 2006). Por su parte, Lauren Berlant (2020) denomina a este paradigma *optimismo cruel*, describiéndolo como un sostenimiento neoliberal que, a través de la producción y consumo de emociones, hace la vida soportable. Sin embargo, este optimismo es ambivalente, desigual e incoherente, ya que se basa en relaciones

2 El bienestar eudaimónico aristotélico se basa en el desarrollo de las capacidades de la persona, desde la premisa de que la gente se siente feliz si experimenta propósitos de vida, desafíos y crecimiento. El paradigma hedónico propone que el bienestar depende principalmente de vivir una vida con experiencias placenteras, mientras que el paradigma eudaimónico refiere que el bienestar no solo se logra mediante el placer, sino principalmente a través de la actualización del potencial humano.

sociales precarizadas y apegos materiales y afectivos que fomentan fantasías de felicidad y buena vida (Breilh, 2012). Los modelos de salud emocional se producen bajo la misma lógica de los mercados, donde las emociones se cosifican y se convierten en *commodities emocionales* (*emodities*) con valor de uso y de cambio, según los sistemas de conocimiento *psi* (Illouz, 2019).

Las tecnologías *psi* (Rose,1996) visualizan sujetos individualizados, desligados de sus comunidades, que son empresarios de sí mismos, resilientes y autorregulados, capaces de gestionar su vida mental y emocional con independencia de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales en las que se encuentran y producen. Este tipo de subjetividad es promovida como ideal en un mundo capacitista que valora la autoeficacia y la habilidad de adaptación.

La producción de sujetos resilientes ha sido fuertemente criticada por los efectos de despolitización que conlleva. Brad Evans y Julian Reid (2016), por ejemplo, advierten que la resiliencia es un concepto empleado en diversos campos, desde la física hasta la psicología, para describir la capacidad de recuperación de la materia y de los cuerpos ante condiciones –físicas, ambientales, psicológicas y sociales– adversas. En psicología, la resiliencia se ha convertido en un mantra dominante desde 1945, que promueve la idea de que todas las personas debemos aprender a ser más resilientes. Este concepto tiene un enorme impacto en todos los aspectos de la vida y la experiencia humana porque estabiliza la noción de un sujeto con capacidad para desarrollar habilidades que le permitirán enfrentar los peligro de la vida.

La resiliencia como fenómeno social transforma la inseguridad en algo natural, y coloca al sujeto como único responsable para desarrollar respuestas –cognitivas y conductuales– acertadas para enfrentar las crisis materiales, psicológicas y sociales e inevitables. La resiliencia se presenta como un rasgo positivo y un atributo universal, necesario para aprender habilidades complejas de adaptación y recuperación. En un mundo que promueve la vulnerabilidad como base de la existencia humana, la catástrofe se convierte en el punto de partida para adecuarse al futuro. La política neoliberal encausa la inseguridad por diseño, haciendo que renunciemos a la idea de seguridad y aceptemos la exposición a peligros como un medio para vivir bien (Evans y Reid, 2016). Tributarios de la noción capacitista, los paradigmas positivos de salud y bienestar mental promueven el desarrollo de *destrezas positivas* y *habilidades resilientes*, simplificando la experiencia humana y la vida emocional.

Las explicaciones del siglo XXI sobre los trastornos mentales y afectivos no han prosperado desde hace 40 años (Healy, 2015), se

reducen al funcionamiento de mecanismos neurofisiológicos, a los niveles dopaminérgicos del cerebro como los de la serotonina, así como a una falta de habilidades para gestionar las emociones, relegando los aspectos sociales y culturales a un contexto secundario ante la primacía de lo biológico (Martínez-Hernáez, 2007).

Las propuestas de atención a la salud mental neopositivistas mantienen el enfoque estructural-funcionalista parsoniano, promotor de un reduccionismo uni y multicausalístico lineal, impuesto por el modelo biomédico hegemónico. Este modelo sigue promoviendo acercamientos biopsicosociales que resultan fragmentarios y jerárquicos, respecto de las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas de la salud. Estas aproximaciones fomentan estrategias aditivas de factores potencialmente implicados en el proceso de salud/enfermedad mental/atención, dejando fuera la problematización interactiva entre las dimensiones que lo estructuran (Saraceno, 2003; Madariaga, 2022a).

DETERMINACIONES SOCIALES Y DESIGUALDAD AFECTIVA: UNA LECTURA INTERDISCIPLINARIA CRÍTICA DE LA SALUD EMOCIONAL Y SU DESPOLITIZACIÓN

Históricamente, la relación entre emociones y salud mental ha sido fundamental en la comprensión de los trastornos afectivos. Desde la medicina hipocrática hasta el paradigma de alienación mental, propuesto por Phillipe Pinel (1804), se consideraba que las pasiones,[3] como el amor contrariado y el terror, causaban demencias y manías. A mediados del siglo XIX, la psiquiatría moderna vinculó enfermedad mental con las emociones, las cuales, desde la lógica cartesiana, fueron definidas como respuestas psicofisiológicas (López, 2019).

Las nociones decimonónicas de manía y melancolía, acuñadas por los paradigmas psiquiátricos de alienación y enfermedad mental respectivamente, evolucionaron en los conceptos modernos de manía y depresión, y se asociaron con estados combinados como la locura alternante, circular, periódica y de doble forma. Este proceso culminó con la integración de todos *los estados afectivos* en la clasificación propuesta por Emil Kraepelin denominada *locura maniacodepresiva* (Lantéri-Laura, 2000).

3 Las pasiones se concibieron como fuerzas externas a los sujetos.

Durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX creció el interés por la afectividad. La psiquiatría creó un palimpsesto terminológico, redefiniendo términos clásicos como manía, melancolía y distimia, añadiendo nuevos términos como depresión, disforia, ciclotimia, alexitimia y anhedonia (Luque y Berrios, 2011).

A partir de los siglos XIX y XX, médicos y filósofos europeos y estadounidenses, interesados en el estudio de los procesos de la mente, desarrollaron teorías sobre la vida sensible de los sujetos y su relación con la semiología, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad mental, incorporando argumentos fisiológicos sobre la vida moral del individuo (López, 2019). El nodo de las pasiones, emociones y sentimientos estuvo presente en la explicación de todas las insanias o enfermedades mentales desde el siglo XIX (Novella, 2011). La emergencia de la taxonomía de los *trastornos afectivos*, en la que se incluyeron la depresión y la ansiedad tuvo lugar hasta los inicios del siglo XX (Luque y Berrios, 2011).

En el siglo XXI, el interés por las emociones en la psiquiatría se ha intensificado, en gran parte debido a los avances en las ciencias cognitivas, las neurociencias y la tendencia a *cerebralizar* la vida; es decir, a explicar prácticamente todos los fenómenos humanos a través del funcionamiento del cerebro. Para las neurociencias, los trastornos afectivos, como la depresión y la ansiedad, tienen su origen en los niveles de serotonina.

Los enfoques positivos de la salud mental, que se enorgullecen de haber desmedicalizado la vida mental y emocional, simplifican el sufrimiento social, las dolencias específicas de la población, y las aflicciones derivadas de la pobreza, la violencia y la desigualdad social y sexuales. Estas perspectivas reducen los trastornos emocionales al desarrollo de competencias mentales y conductuales (Juárez, 2011).

Sus métodos se superponen a las miradas reflexivas que podrían interpretar el sufrimiento emocional, el malestar (Burin, 1990; Padilla y Carmona, 2022) o la aflicción (Martínez-Hernáez, 2021) como una dimensión de la desigualdad social –y afectiva– o una respuesta adaptativa frente a los embates sociales (López, 2008). En lugar de atender y resolver los trastornos depresivos y ansiosos, estas estrategias legitiman una identidad narcisista y superficial, ya que las relaciones sociales se disuelven en el utilitarismo afectivo, lo que en consecuencia despolitiza la salud mental de las poblaciones (Illouz, 2010).

Las desigualdades tienen distintas dimensiones: económica, política, sociocultural y afectiva. La desigualdad afectiva se produce cuando las inequidades y brechas sociales estructurales se materializan por

la división sexual del trabajo, la violencia, la falta de ciudadanía, acceso a servicios de salud y vivienda. En general, cuando las sociedades democráticas no aseguran el cumplimiento de los derechos humanos (Lynch, Baker y Lyons, 2014).

Las condiciones estructurales, políticas y económicas imprimen una huella sobre la condición afectivo-emocional, porque esas circunstancias son la condición de posibilidad para que se experimenten desigualdades afectivas. Desde esa premisa, esa desigualdad es un fenómeno vinculante de la vida emocional que tiene lugar en la interacción entre el mundo social y la experiencia del yo.

Recuperamos la concepción social de Eva Illouz respecto de la emoción para quien es:

> […]un elemento psicológico, pero es en mayor medida un elemento cultural y social: por medio de la emoción representamos las definiciones culturales de personalidad tal como se las expresa en relaciones concretas inmediatas, pero siempre definidas en términos culturales y sociales (2007, p. 16).

Desde el campo de los estudios socioculturales de las emociones, las alteraciones afectivo-emocionales son la evidencia de un tipo de relación marcada por las asimetrías sociales, de clase, étnicas, de sexo y procesos de racialización, entre otras (Sirimarco y Spivak, 2019; López, Sandoval et al., 2023). Sendas investigaciones socioantropológicas sostienen que la gestión emocional resulta de las formas de socialización y las relaciones de poder y estatus que definen los modos de experimentar las emociones (Hochschild, 1979, 1983; Hochschild y Machug, 1989; Lively, 2008; Lively y Weed, 2014). En esa lógica, como señala Katie Barclay los estados afectivo-emocionales experimentados representan la expresión encarnada (*embodiment*) de la estructura social (UNAM-Históricas, 2024).

En otras palabras, los llamados trastornos afectivos están íntimamente relacionados con los factores multidimensionales en que ocurren los procesos emocionales de los sujetos, según el lugar que ocupe en la estructura social y las inequidades que vive. De esta manera, la vida afectiva emocional se convierte en una dimensión socioantropológica de análisis que suma a la propuesta de salud mental colectiva, específicamente a la noción de *determinaciones sociales*, propuesta por Jaime Breilh (2012).

El sentido de las depresiones, las ansiedades y otras alteraciones hay que buscarlo en las relaciones sociales no en el cerebro de

los individuos. En antropología, las emociones están en el centro de las enfermedades tradicionales o de filiación cultural, y se explican a partir de las complejas relaciones comunitarias (Menéndez, 2024). Por ejemplo, la envidia en ciertas poblaciones tiene una función social reguladora, pues se genera cuando los sujetos perciben desigualdades sociales que los coloca en posiciones inferiores y con connotaciones morales negativas (Foster, 1965). En ciertas comunidades de pueblos originarios, la envidia es la expresión de relaciones sociales desiguales por lo que hace las veces de un regulador social (Jacobo, 2016).

En los enfoques biomédico y conductual, la emoción se concibe como una respuesta psicofisiológica que, por lo tanto, no tiene ninguna historia ni relación con lo social. Reducida a niveles bioquímicos por las neurociencias y respuestas conductuales y cognitivas por la psicología, la emoción supone un equilibrio que cuando se rompe deviene en enfermedad.

Lo importante no es trabajar sobre la emoción para modificarla en una lógica taxativa, capacitista o como si fueran *commodities* emocionales, como lo hace la inteligencia emocional o las técnicas cognitivo-conductuales para activar procesos de resiliencia. Se trata, más bien, de trabajar sobre las *determinaciones sociales* para lograr una igualdad afectiva, bajo el principio de que las emociones, aunque conciernen al yo, su experiencia y expresión acontecen en contextos particulares definidos por la cultura, la estructura y las relaciones sociales en las que se ubican las personas (Le Breton, 2012-2013; López, 2019; Sirimarco y Spivak, 2019).

A. DEL PARADIGMA MENTAL PATOLÓGICO A LA DE SALUD MENTAL Y EMOCIONAL POSITIVA

La explicación sobre la salud mental ha pasado de un paradigma de enfermedad mental patológica de finales del siglo XIX a uno de salud mental y emocional positiva en el XXI. A lo largo del siglo XX, se consolidó el modelo de enfermedad mental, sustentado en una comprensión anatomo-clínica y la incorporación de una nueva clasificación: la de los trastornos afectivos (Luque y Berrios, 2011). Durante este tiempo, también surgió la psicología centrada en la construcción de cualidades positivas y la regulación de la vida emocional.

En el siglo XIX, la psiquiatría moderna estableció una conexión entre la enfermedad mental y las emociones. Las consideró respuestas psicofisiológicas adaptativas que influyen en los procesos mentales. Los estudios evolutivos, etológicos y de la psicología comparada de las emociones a lo largo de ese siglo proporcionó conocimientos sobre

su naturaleza adaptativa y su interrelación con la vida mental (López, 2022). Según Mosterín (2009), Darwin estableció una doble función de las emociones: orientan la conducta para asegurar la eficacia biológica (imperativo evolutivo) y fortalecen el cumplimiento adecuado de los vínculos sociales y morales (imperativo social-moral).

Al cierre del siglo XX, la psicología positiva se desmarcó de los paradigmas de las enfermedades mentales y se concentró en la construcción de las cualidades positivas sustentadas en los principios psicofisiológicos de la emoción y su función adaptativa que están al servicio de una autenticidad individual y no en la relación sensible con la comunidad. Desde esta propuesta de salud mental, la vida emocional es trivializada y fragmentada en una lógica taxativa positiva y negativa, bajo el argumento de la evidencia científica de la relación existente entre estados emocionales positivos optimistas (alegría, felicidad, amor, perdón) con la ausencia de depresión, ansiedad, estrés y angustia (Fredrikson y Losada, 2005).

Las teorías de Paul Ekman (2006) y las de Martin Seligman (2002) continúan poniendo el énfasis en la función adaptativa de las emociones en el sentido propuesto por Darwin (2009[1872]); subrayan la importancia de las emociones como respuestas adaptativas para preservar la salud mental. Sin embargo, ambos enfoques han sido criticados por la simplificación de la experiencia humana y la perspectiva individualista que naturaliza y, por lo tanto, despolitiza la salud mental al relativizar el contexto social y cultural en el que se producen los trastornos mentales y emocionales (Ahmed, 2019). En el siglo XXI, las emociones son atributos positivos de un individuo que ha roto sus lazos sociales y con la vida comunitaria en el sentido amplio de la palabra, un individuo atribulado en conseguir el bienestar a través del esfuerzo personal para vivir en un estado permanente de felicidad.

La emoción como categoría psicológica ha transitado de una dimensión semiológica y orientativa de un tratamiento en la evaluación clínica de las enfermedades mentales hasta la exaltación de un individualismo expresivo de un mundo psíquico interior característico de la globalización neoliberal que ha estimulado formas de auto examen emocional, autoinformes y el cultivo del deseo para superar las contradicciones entre el ascetismo calvinista del mundo del trabajo y el hedonismo consumista (Ahmed, 2019; Rendueles, 2017). En palabras de Jo Labanyi (2016), la reorganización psíquica está en íntima relación con la fase consumista del capitalismo tardío que posibilita la emergencia de la esfera pública sentimental, bajo la lógica de la eficacia y

la competencia emocional. La gestión emocional de los individuos es tributaria del éxito y la salud individual.

Las estrategias de salud mental que circularon masivamente en los tiempos de pandemia por COVID-19 muestran la lógica de un bienestar que resulta contradictorio ante las desigualdades sociales que sin tapujos exhibió la pandemia. El bienestar tendría que vincularse con las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales de las personas y no solamente centrarse en la figura abstracta del individuo desdibujado del contexto social e histórico, que promueve el bienestar y la felicidad como un asunto de cada cual, con posibilidades de incremento, a través del desarrollo de habilidades para una adaptación.

La socialización de técnicas de manejo emocional se convierte en *commodities* producidos por demanda –social e individual– para ilusoriamente atender la depresión, reducir el estrés y controlar la ansiedad. Como señala Ana Abramowski, la vida emocional queda reducida a un bienestar que se enfoca en el control de daños (Garzón y López, 2021).

B. PANORAMA GLOBAL Y LOCAL DE LA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE LA COVID-19

En el 2020, la OMS reconoció una crisis de salud mental a nivel mundial como otra pandemia colateral a la de COVID-19. Ante las alarmantes cifras en el diagnóstico de trastornos mentales y emocionales, este organismo organizó en el día internacional de la salud mental, el 10 de octubre de ese año, el evento: *Gran Cita de la Salud Mental*. El objetivo fue promover su importancia como una prioridad epidemiológica y estimular la inversión sanitaria a nivel regional, así como impulsar iniciativas político-institucionales para la atención de la salud mental y emocional. Se instó a los países afiliados a desarrollar acciones a nivel personal, nacional con impacto global: en el primer caso se destacó la importancia de la salud mental propia y la de la comunidad cercana; en el segundo plano se demandó a los países a establecer o ampliar los servicios de salud existentes y a nivel global se estableció un compromiso de invertir en programas internacionales de promoción a la salud mental.

Los temas señalados por la OMS que tendrían que estar incluidos de manera transversal en los tres niveles –personal, nacional y global– fueron la autoayuda, la gestión del estrés, la salud mental en adolescentes y trabajadores de la salud, la prevención del suicidio y la mejora de la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Tres años después de esas iniciativas, la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023) dio a conocer el Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 en el que se reconoce que: "La pandemia de COVID-19 ha sido una llamada de atención para la Región. Si bien reconocemos que no puede haber salud sin salud mental, tenemos que pasar de las palabras a la acción inmediata" (Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. viii). De acuerdo con el personal de profesionales que elaboraron ese informe es necesario contar con acercamientos a la salud mental en las Américas que consideren la situación social, económica y cultural en que se produce. Otros organismos como el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2020) también señalaron la urgencia de incluir una perspectiva de género en la atención y mejorar la distribución de los recursos para fomentar acciones comunitarias y la atención a través de la telemedicina.

La Organización Panamericana de la Salud (2023) resalta los beneficios en el desarrollo humano equitativo y sostenible del bienestar y la dignidad. El manejo de las emociones, el desarrollo de destrezas para construir entornos laborales, familiares y personales armoniosos se proyectan como uno de los logros más trascendentes de la atención y los servicios de salud mental. De acuerdo con las y los expertos, uno de los beneficios más grandes de atender la salud mental es el económico porque una población sana es la base de economías más productivas:

> […] se ha comprobado que las inversiones en la salud mental ofrecen un gran rendimiento financiero. Por ejemplo, por cada dólar invertido en ampliar el tratamiento para la depresión y la ansiedad se obtiene un rendimiento de cuatro dólares en mejor salud y capacidad para trabajar. Además, en algunos estudios de casos de la Región de las Américas se ha observado que la ampliación del tratamiento para la ansiedad, la depresión y la psicosis podría tener tasas de rendimiento elevadas y restaurar años de vida saludable en quince años (Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. ix).

La Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas (NASMA) establece diez recomendaciones: 1) Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional, 2) Integrar la salud mental en todas las políticas, 3) Aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento para la salud mental, 4) Garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, 5) Promover y proteger la salud mental

a lo largo de la vida, 6) Mejorar y ampliar los servicios y la atención de la salud mental a nivel comunitario, 7) Fortalecer la prevención del suicidio, 8) Adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en pro de la salud mental, 9) Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental y 10) Mejorar los datos y las investigaciones sobre salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Si bien, esa decena de puntos incluye sectores y actores involucrados en el complejo fenómeno de la salud mental, así como la consideración de los determinantes sociales que las potencian, resulta limitado porque deja fuera otros acercamientos epistemológicos que incorporan dimensiones históricas, culturales y sociales de grupos e individuos y las propias construcciones subjetivas y biográficas para interpretar y no solo explicar la vida mental y emocional en interacción (Correa-Urquiza, 2021; López, 2022; Martínez-Hernáez, 2021). La atención en salud mental requiere enfatizar un sujeto colectivo y no solo uno individual como se proyecta en las iniciativas actuales de lo *psi* (Padilla y Carmona, 2022). Se requiere remontar las posturas conflacionarias (Archer, 2009), es decir, unidireccionales que exclusivamente consideran al individuo y su dimensión psíquica para explicar y atender la salud mental dejando fuera la compleja relación de la vida psicológica con los aspectos socioculturales.

Esas políticas neoliberales de la salud mental y emocional siguen ancladas a las episteme que de manera jerárquica atribuyen las causas a los mecanismos fisiológicos y neurológicos –los cuales pueden ser regulados a partir de la farmacología, la psicoeducación y el desarrollo de habilidades emocionales– por encima de los aspectos sociales y culturales que determinan en gran medida las enfermedades. Lo que revela esa concepción es una jerárquica determinación de lo biológico sobre lo cultural (Archer, 2009; Correa-Urquiza, 2021; Martínez-Hernáez, 2007).

Una episteme que secundariza los determinantes socioculturales de la salud mental, que deja fuera la experiencia de los mismos sujetos padecientes de algún trastorno afectivo o psiquiátrico requiere una revisión crítica e interdisciplinaria. No se trata de tomar partido por un solo elemento estructurante de la salud mental –psiquismo *vs* factores socio estructurales– que forman parte de los determinantes de salud. Por el contrario, importa atender el juego mutuo y la interconexión de los elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que confluyen en los procesos salud-enfermedad mental-atención. En términos de una discusión teórica sobre el fenómeno de

salud mental podemos señalar en consonancia con Margaret Archer (2009) que las teorizaciones deben rebasar las posturas unidimensionales y unidireccionales de los fenómenos de estudio. En el caso de la salud mental es fundamental reconocer las relaciones complejas que la producen.

Si bien, las declaraciones recientes de la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud de México reconocen que existen determinantes sociales de la salud mental como lo es el género, la pobreza, la discriminación, entre muchas otras, no se vislumbran iniciativas reales que las incluyan para cambiar las condiciones de vida de la población. En su lugar persisten las explicaciones de los niveles serotoninérgicos del cerebro para explicar y atender la depresión mediante los fármacos denominados Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS). En términos psicoterapéuticos, las explicaciones y tratamientos se han enfocado a identificar habilidades psicológicas que se estimulan a través del entrenamiento de las fortalezas del carácter y la voluntad para identificar y sustituir los pensamientos negativos por positivos para vivir felices en plenitud. Mediante entrenamientos de reestructuración cognitiva se habilitan mecanismos para desarrollar la actitud positiva que aseguran la felicidad. Esa perspectiva privatiza la salud mental, despolitiza y aísla a las personas y las concibe como las únicas responsables de su vida emocional y mental (Han, 2024). Lo que lastimosamente aparece en el horizonte es que el sufrimiento psíquico o malestar emocional derivado de las condiciones de vida, etiquetado como problema social, no tiene solución y se reduce a la psicoterapia (López, 2022; Padilla y Carmona, 2022).

Las explicaciones taxativas (positivas y negativas) que organizan el cuidado de la salud mental –léase malestar– requieren una revisión crítica porque la reducen a un problema mecánico, cuya estrategia de operación es aumentar y disminuir un repertorio conductual, regular los niveles dopaminérgicos del cerebro, organizar climas emocionales basados en la inteligencia emocional de los individuos para mejorar sus relaciones y lograr la felicidad (Illouz, 2010). La episteme de esa estrategia se sustenta en una tiranía de la actitud positiva (Held, 2002) y el optimismo cruel (Berlant, 2020) que se superponen a las miradas reflexivas que pueden dar lugar a la interpretación del sufrimiento emocional como un reflejo del lugar que los sujetos ocupan en la estructura social y cómo el individuo se sitúa en esa interconexión no solo como un déficit de habilidades o capacidades psíquicas de las personas sino en ocasiones como las únicas posibilidades adaptativas que les quedan (López, 2008, 2022).

PROCESOS SOCIOEMOCIONALES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y DESIGUALDADES AFECTIVAS

Atendiendo al llamado de la salud mental colectiva (SMC) para convocar acercamientos multidimensionales (Martínez y Correa-Urquiza, citado en Pié Balaguer, 2021) que rescaten los contextos de enunciación en el que transcurren los procesos salud-enfermedad-atención-prevención, se comparte un trabajo de largo aliento organizado por un equipo de académicas con disciplinas diversas en el campo de la salud y las ciencias sociales en compañía de estudiantes de psicología entre el 2020 y el 2024 a lo largo de tres etapas.

En marzo del 2020, aproximadamente el 98 % de la población estudiantil de educación superior en América Latina y el Caribe enfrentó el cierre temporal de sus instituciones educativas por causa del virus SARS-Cov2 que dio lugar a la pandemia COVID-19 (UNESCO-IESALC, 2020). En México, el 67 % del estudiantado de las Instituciones de Educación Superior (IES) no logró adaptarse. 66,4 % reportó problemas de conectividad, señalando que solo 1 de cada 10 estudiantes recibía clases regulares (Román, 2020). Al conjunto de problemas de conectividad por la brecha digital que existe en la región, la carencia de acceso a dispositivos y la falta de conocimientos sobre las Tecnologías de la Información y comunicación (TIC) se le denominó *coronateaching* (UNESCO-IESALC, 2020). La migración de una modalidad académica presencial a una remota de emergencia para mantener la continuidad pedagógica durante el confinamiento social no solo representó problemáticas materiales también tuvo implicaciones afectivo-emocionales para la comunidad universitaria (López et al., 2022).

En México, el estudiantado universitario experimentó malestar, incertidumbre y diversas afectaciones emocionales como ansiedad, angustia, depresión, ideación suicida, entre otras. Dichas alteraciones emocionales surgieron, se incrementaron o reactivaron ante las problemáticas familiares, de salud, económicas y la crisis de cuidados ocasionadas por la irrupción global del virus del SARS-CoV2. Recordemos que por los efectos complejos del COVID-19, Richard Horton (2020) declaró que estábamos frente a una *sindemia* (Singer, 2009), es decir, que no solo enfrentábamos una crisis de salud a nivel mundial sino de efectos multidimensionales.

Un equipo de colegas con formaciones disciplinarias diversas en el campo de la salud y las ciencias sociales investigamos los *procesos socioemocionales* de estudiantes universitarios en el contexto de la

pandemia. Propusimos el concepto de *procesos socioemocionales* para referir el manejo emocional que hacen las personas, en función de la posición social de estatus y poder; socialización y roles de género, procesos identitarios, condiciones de estratificación social y situaciones vitales determinadas por la macroestructura y las subjetividades (López y Cortijo, 2021; López et al., 2023a, 2023b; Morales y López, 2020).

Utilizando un marco teórico interdisciplinario (socioantropológico de las emociones, la antropología médica, la salud colectiva y la perspectiva de género feminista) analizamos tres escenarios reportados como problemáticos durante los apoyos psicológicos ofrecidos al estudiantado en una facultad multidisciplinaria en salud, entre abril y agosto del 2020 (Robles y López, 2022). El análisis incluyó experiencias emocionales relacionadas con el cuidado y las relaciones familiares, el autocuidado y la autoatención para atender enfermedades preexistentes o derivadas del contagio por SARS-CoV-2 (Arenas et al., 2022; Cortijo et al., 2022). Finalmente exploramos las experiencias emocionales vinculadas con el *coronateaching* (López y Robles, 2021; López et al., 2022).

La investigación tuvo tres fases y se caracterizó por el análisis multinivel (micro-meso-macro) y multimétodo. En la primera fase se aplicó un cuestionario (López y Robles, 2025) a 10, 894 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México: 3,470 correspondieron a una facultad multidisciplinaria en salud y 7,424 a otras facultades de la misma institución. En la segunda fase, caracterizada por una estrategia cualitativa, se entrevistaron a 57 estudiantes que habían contestado el cuestionario en la primera etapa de la investigación. En la tercera se construyeron e implementaron recursos artísticos, pedagógicos y didácticos para propiciar la reflexión sobre las determinaciones sociales de la salud mental con el propósito de despatologizar la vida mental y emocional. Además de plantear estrategias para promover prácticas comunitarias de cuidado de la salud.

Los hallazgos empíricos y teóricos obtenidos en la investigación permiten observar que las relaciones de estatus y poder en las interacciones académicas en línea fueron detonadoras del malestar emocional. Es decir, que el llamado *coronateaching* (Brechas digitales, precarización en el acceso y uso de las TIC's) implicó procesos socioemocionales que afectaron el ánimo del estudiantado y propiciaron una autopercepción de fracaso y devaluación en el desempeño académico (López y Cortijo, 2021). El estudiantado percibió una disminución de vínculos sociales seguros por la falta de empatía y cuidados de parte de la institución universitaria y del profesorado (López y Mendoza, 2021).

Las condiciones socioestructurales del estudiantado de la facultad multidisciplinaria en salud durante el confinamiento prolongado por la pandemia COVID-19, que para el caso de las IES en México duró 29 meses, propiciaron experiencias de estrés, ansiedad, incertidumbre y depresión, debido a la vulnerabilidad del escenario pandémico que les (nos) demandó múltiples imperativos familiares y de cuidado, además de las exigencias académicas (Expósito y Marsollier, 2020; López, Sandoval et al., 2023). En particular las estudiantes mujeres con independencia del grado y la disciplina enfrentaron el embate de las desigualdades en la reproducción social y material de la vida (López et al., 2023b). Las estudiantes de pregrado y posgrado asumieron como sus responsabilidades las tareas de cuidado en sus hogares y relegaron las actividades académicas a un segundo plano. Mientras que los varones de pregrado, especialmente aquellos que dependían económicamente de sus familias, asumieron las tareas domésticas y de cuidado en sus hogares desde la lógica de la ayuda familiar ante las presiones que algunos enfrentaron para incorporarse al trabajo remunerado. En el caso de los estudiantes varones casados de posgrado reportaron mejorías en su salud y en la organización de sus actividades académicas, mientras que los solteros o que se mantuvieron viviendo fuera de las familias enfrentaron dificultades económicas y de cuidados (López et al., 2023a).

La transformación de la cotidianidad de la vida académica del estudiantado universitario en el contexto doméstico-familiar durante la pandemia invisibilizó relaciones asimétricas de poder mediadas sobre todo por las diferencias sexo-genéricas y las condiciones económicas. En el estudiantado más vulnerable (mujeres y estudiantes varones dependientes económicos) la reconfiguración de las prácticas socioespaciales marcadas por las desigualdades sociales implicó una compleja administración de los tiempos para mantener sus trayectorias académicas y para el descanso o la recreación, y con ello la desigualdad afectiva que se manifiesta en los altos índices de malestares emocionales y la necesidad expresa de recibir apoyos psicoterapéuticos para enfrentar las dificultades de la vida. En general, los tiempos dedicados a las responsabilidades académicas durante la pandemia aumentaron en un 50 %. El estudiantado entrevistado señaló la necesidad de recibir apoyo psicológico, pero fueron las mujeres quienes acudieron a solicitarlo en mayor medida (López et al., 2023b).

Los procesos emocionales de las mujeres se caracterizaron por la culpa, el enojo y el estrés frente a la (auto)percepción de no ofrecer ayuda comprometida en sus hogares y por el descuido en sus

trayectorias académicas que también les generaba culpa. Las mujeres reportaron emplear más tiempo para realizar sus tareas universitarias, situación que afectó sus horas de sueño y descanso. Por ejemplo, señalaron que en su tiempo libre hacían labores domésticas para distraerse (sic) mientras los varones lo hacían a través de los videojuegos y el ejercicio (López et al., 2023 a; López et al., 2023b).

Durante la pandemia, la desigualdad afectiva manifestada por el estudiantado se relacionó directamente con los procesos de socialización, la influencia de la profesión, la edad y la autonomía económica, mostrando así una variabilidad entre estudiantes en función del sexo, los roles de género y el grado académico que cursaban. Además, estuvo influenciada por la conformación y organización familiar, caracterizada por procesos socioemocionales marcados por las desigualdades sociales, de género y la biografía de los sujetos. A partir de identificar las determinaciones sociales generales, particulares e individuales, relacionadas con los procesos socioemocionales del estudiantado universitario se puede confirmar que la salud emocional, no solo es resultado de la concatenación de factores económicos y materiales que afectaron la vida mental y emocional es sobre todo un fenómeno social y antropológico que requiere acercamientos interdisciplinares para su atención.

La experiencia emocional está orientada por la agencia de los sujetos y por el lugar que ocupan en la estructura social (Morales y López, 2020). Por supuesto, no es menos relevante el peso de las condiciones biográficas-existenciales y las situaciones vitales de cada persona, pero hacemos un llamado a concebir la vida emocional desde su dimensión socioestructural (Bericat, 2018; López y Cortijo, 2021). Desde esa complejidad multidimensional, la justicia social, la igualdad, los cuidados colectivos y la inclusión tienen que estar en el corazón de las propuestas de acciones colectivas en salud mental-emocional.

Como advierten Padilla y Carmona (2022) es muy fácil caer en la ceguera pendular que pasa de un biologicismo simple a un solucionismo redistributivo iluso, tal vez debamos rebasar la noción conflacionista de causa-consecuencia para pensar en estrategias dialógicas o de rizoma que consideren las determinaciones socioculturales de la salud tanto como las biográficas en interacción. Wilkinson y Pickett (2019) han señalado que las desigualdades sociales conllevan mayores estragos en la salud de los conjuntos sociales y en sus comportamientos. Observan una correlación estrecha entre la desigualdad y los problemas sociosanitarios. Apuntan el crecimiento de las alteraciones mentales como el estrés y la ansiedad en sociedades desarrolladas

jerarquizadas, estratificadas y meritocráticas (Recio, 2019). Esas escenas de sufrimiento fueron identificadas en la comunidad universitaria.

Se trabajaron estrategias comunitarias para vincular a la población estudiantil con su propia experiencia emocional fuera de la moralización y cuestionamiento de sus capacidades de adaptación. Con ello, se buscó propiciar acciones que encausaran subjetividades colectivas críticas, creativas y emancipadoras que cuestionaran, desde la propia vivencia, la experiencia des-subjetivizada, producida por los modelos neopositivistas de los trastornos mentales (Madariaga, 2022b). Citando Ángel Martínez-Hernáez: la sociedad –en este caso, la comunidad universitaria– no puede quedar fuera del camino de la experiencia de haber vivido alteraciones y trastornos mentales y afectivos. El estudiantado no podía enajenarse de sus relaciones sociales, de pares y familiares. Apelamos a un "ser siendo" y no a un "estar así" (Madariaga, 2022, p.68).

HACIA UNA COMUNIDAD EMOCIONAL DE CUIDADOS DE SALUD: PROPUESTAS ARTÍSTICO-PEDAGÓGICAS COMUNITARIAS

Javier Padilla y Marta Carmona afirman: "Si […] el malestar no es una situación a la que se llega ni por la que se discurre individualmente, tampoco las alternativas que se planteen para superarla pueden ser individuales" (2022, p, 72). Esta afirmación reverbera con la postura crítica respecto de las narrativas e intervenciones de las disciplinas *psi* de la salud mental y los trastornos afectivo-emocionales, advirtiendo el peligro de la conflación (Archer, 2009). Es decir, caer en un reduccionismo que opera tanto en lo individual como en lo sociocultural. Por lo que es fundamental explorar alternativas explicativas que sean incluyentes, horizontales y multidimensionales. En esa misma lógica argumentativa, recuperamos la noción de *vivir mejor* planteada por Padilla y Carmona (2022) para referirnos a una forma realista de atender la salud mental, en la que las acciones sobre las determinaciones culturales de la salud también se conciben como parte de las estrategias colectivas y no solo se enuncien como factores causales.

Al regreso de la pandemia en el 2022, en lo que se llamó en México *la nueva normalidad*, desarrollamos actividades artísticas y pedagógicas comunitarias que abrevaron de los datos construidos durante la investigación, para poner en el centro de la reflexión la experiencia emocional de las y los estudiantes.

A través de una curaduría artística y sonorizada de fotografías aportadas por la misma comunidad, la propuesta denominada *Catarsis en un tiempo a la deriva* (LIICEG Iztacala, 2023) fue una actividad colectiva que buscó recuperar las experiencias emocionales de la comunidad universitaria a lo largo de la pandemia. Se trató de un espacio para recordar a los muertos, llorar nuestras pérdidas y reconocernos en un *reset* de la vida en y desde el colectivo (Martínez-Hernáez y Evangelidou, 2020).

También se elaboró una novela gráfica titulada *Ecos disonantes* (Gundermann, 2025) en la que se recrearon y caracterizaron personajes de la comunidad universitaria sufrientes y atribulados durante la pandemia, enfrentados a resolver todo tipo de incertidumbres, violencia y emociones de afectación, enfatizando la relación con los aspectos macroestructurales, institucionales, comunitarios e individuales en el rejuego de la vida afectiva. El propósito fue y sigue siendo mostrar, a través de recursos visuales atractivos para las y los jóvenes que la vida emocional es una responsabilidad social y no individual. Propiciar un pensamiento crítico frente a la propia vida emocional es una manera de politizar y reparar los vínculos sociales y comunitarios.

Hacia una comunidad emocional de los cuidados, vínculos familiares y universitarios en pro de la salud (López y Rojas, 2024)[4] es un material didáctico basado en la pedagogía de la implicación, de Sandra María Sales Fagundes (2020), que alienta la promoción de la salud mental colectiva en la educación para gestionar procesos de cambio en el sujeto y su entorno. Este último producto lo hemos piloteado y está disponible en versiones digitales para facilitar el acceso a la comunidad universitaria de estudio (López y Robles, 2025).

Así el concepto de determinaciones sociales que centra su análisis en la capacidad de los agentes sociales y comunitarios involucrados para problematizar las dimensiones generales, particulares y específicas que dan origen a las enfermedades mentales y los trastornos emocionales nos facilitó entender que la depresión y la ansiedad padecida por el estudiantado es la manifestación de una desigualdad social y afectiva.

4 El material es de acceso abierto y puede descargarse en https://librosoa.unam.mx/handle/123456789/3907

REFLEXIONES FINALES

En el centro de las iniciativas médicas se revelan las estrategias políticas neoliberales que ponen el foco en el individuo, proyectan la figura de un individuo autorregulado con capacidad de gestionar su vida mental y emocional con independencia de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales en que se produce. La misma OMS promueve una propuesta funcionalista (causa-efecto) al concebir una población homogénea donde las causas de la enfermedad se reducen a los desequilibrios homeostáticos y la compleja realidad social se reducen a factores de riesgo y se abstrae de una realidad social compleja (Madariaga, 2022a, 2022b).

Los afectos y emociones no son solo estados sensibles-psicológicos. Tienen, sobre todo, una función política –como asegura Sara Ahmed (2019)–, porque están en el centro de la reproducción y continuidad de las estructuras de poder que organizan las relaciones sociales y que naturalizan una dimensión de la vida –como la afectiva– que no es menos social ni política que otras (Cuello, 2019).

Las desigualdades en la reproducción social y material de la vida del estudiantado universitario durante la pandemia COVID-19 se correspondieron con las alteraciones de los estados emocionales dando lugar a procesos socioemocionales caracterizados por a) el aumento de ansiedad, angustia, miedo, estrés, incertidumbre y depresión (afectaciones del ánimo/mal-estar emocional) y b) disminución de la alegría, felicidad, confianza, certidumbre (emociones prosociales). Lo que esa investigación permitió observar es que la experiencia emocional del estudiantado durante la pandemia se correspondió con sus condiciones y desigualdades socio estructurales (género, clase, edad) y biográficas (López y Cortijo, 2021).

La enfermedad es un hecho social total y no por la suma de síntomas y signos organizados en una nosología sino por un extenso conjunto de determinaciones sociales que se entreveran en el juego de la enfermedad y el padecimiento (Madariaga, 2022 a). En palabras de Martínez-Hernáez: es la dialéctica del "ser en el mundo" y "el mundo en el ser".

El concepto de *determinaciones sociales*, propuesto desde el Modelo de Salud Colectiva, centra su análisis en la capacidad de los agentes sociales y comunitarios involucrados para problematizar las dimensiones generales, particulares y específicas que dan origen a las enfermedades mentales y los trastornos emocionales.

La operación conceptual y operativa en salud y enfermedad debe ser global y compleja, integrando modelos teóricos y prácticas de

tratamiento que consideren de manera interactiva las dimensiones biológica, psicológica y social en lugar de solamente añadir variables (Saraceno, 2003), y construyendo la salud en una relación dialéctica con factores estructurales como los culturales, sociales, económicos, políticos e históricos, evitando enfoques fragmentados y mecanicistas de correlaciones y asociaciones (Hernández-Holguín, 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, S. (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Caja Negra.

Archer, M. S. (2009). *Teoría social realista: El enfoque morfogenético*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Arenas, G., Robles, A. L., López, O., Olvera, J., y Ortega, L. V. (2022). Alteraciones emocionales y físicas en estudiantes universitarios ante el distanciamiento social por COVID 19. *Alternativas en Psicología, (48)*, 98-109.

Argyle, M. (1992). *Psicología de la felicidad*. Alianza.

Bericat, E. (2018). *Excluidos de la felicidad. La estratificación social del bienestar emocional en España*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Berlant, L. (2020). *El optimismo cruel*. Caja Negra.

Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En Asociación Latinoamericana en Medicina Social, *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión* (pp. 29-49). ALAMES.

Breilh, J. (2012). La subversión de la retórica del buen vivir y la política de la salud. *La Tendencia, (13),* 106-111.

Burin, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós.

Cabanas, E. y Illouz, E. (2019). *Happycracias. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2020, octubre 12). *Presupuesto para la salud mental: Relevancia ante la COVID-19*. https://ciep.mx/pGHu

Correa-Urquiza, M. (2021). Implicación, complicidad y compromiso en salud mental. En A. Pié Balaguer (Coord.), *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva* (pp. 1-53). Ed. UOC.

Cortijo-Palacios, X., Arenas-Montaño, G., López-Sánchez, O. y Robles-Mendoza, A. L. (2022). Changes in college student health due to COVID-19 (SARS-CoV-2): An approach in light of the emotional dimension. *World Journal of Advanced Research and Reviews, 13*(03), 211-218. https://doi.org/10.30574/wjarr.2022.13.3.0229

Cuello, N. (2019). El futuro es desilusión. En S. Ahmed, *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría* (pp. 11-20). Caja Negra.

Darwin, C. (2009). *La expresión de las emociones en el hombre y los animales.* Laetoli. Obra original publicada en 1872).

Ekman, P. (2006). *Darwin and facial expression: A century of research in review*. Malor Books.

Evans, B. y Reid, J. (2016). *Una vida en resiliencia. El arte de vivir en peligro*. Fondo de Cultura Económica.

Expósito, E. y Marsollier, R. (2020). Virtualidad y educación en tiempos de COVID-19. Un estudio empírico en Argentina. *Educación y Humanismo, 22*(39), 1-22. https://doi.org/10.17081/eduhum.22.39.4214

Fagundes, S. M. S. (2020). *Águas da pedagogia da implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Editora Rede Unida.

Foster, G. (1965). El carácter del campesinado. *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, *(1)*, 83-106.

Fredrickson, B. L., y Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, *60*(7), 678-686. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678

Garzón, L. A. y López, O. (Presentadoras). (2021, septiembre 13). *Maneras de querer. La dimensión afectiva de la tarea docente en perspectiva histórica* [Audio de episodio de podcast]. En *Post Scriptum*. Radio UNAL. https://radio.unal.edu.co/detalle/maneras-de-querer

Gundermann, H. (2025). *Ecos disonantes*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM; Laboratorio de Investigación Interdisciplinaria sobre Cuerpo, Emociones y Género (LIICEG).

Han, B.-Ch. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.

Han, B.-Ch. (2024). *La tonalidad del pensamiento*. Trilogía de las conferencias (Vo. 1). Paidós.

Healy, D. (2015). Serotonin and depression: The marketing of a myth. *BMJ (Online), 350*. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1136/bmj.h1771

Held, B. S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(9), 965-992. https://doi.org/10.1002/jclp.10093

Hernández-Holguín, D. M. (2018). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Revista Ciência y Saúde Coletiva*, *23*(10), 1-31. https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.28252018

Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, *85*(3), 551-575. https://www.jstor.org/stable/2778583

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. University of California Press.

Hochschild, A. R. y Machung, A. (1989). *The second shift: Working parents and the revolution at home*. Viking Penguin.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 74. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6

Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas*. Katz.

Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y cultura de la autoayuda*. Katz.

Illouz, E. (Comp.). (2019). *Capitalismo, consumo y autenticidad. Las emociones como mercancía*. Katz.

Jacobo, F. (2016). Miradas antropológicas y sociológicas de las emociones: El análisis de la envidia en el pueblo nahua de Cuetzalan, Puebla. En M. Ariza (Coord.), *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina* (pp. 373-440). UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, *4*(1), 70-79.

Labanyi, J. (2016, marzo 16). Pensar los afectos [Conferencia]. Centre de Cultura Contemporània de Barcelona, Barcelona, España. Video, 1:34:19. En CCCB. https://www.cccb.org/es/multimedia/videos/jo-labanyi/223394 (cccb.org in Bing)

Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Triacastela.

Le Breton, D. (2012-2013). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, *10*(4), 67-77.

LIICEG Iztacala (2023, 15 de agosto). Catarsis en un tiempo a la deriva-*Coordinado por la Dra. Oliva López* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=GCDCaE9SgF0

Lively, K. (2008). Emotional segues and the management of emotion by women and men. *Social Forces*, *87*(2), 911-36. https://doi.org/10.1353/sof.0.0133

Lively, K. y Weed, E. (2014). Emotion management: Sociological insight into what, how, why, and to what end? *Emotion Review*, *6*(3), 202-207. https://doi.org/10.1177/1754073914522864

López, O. (2008). Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas. *Género y Salud en cifras, 6*(2),4-16.

López, O. (2019). *Extravíos del alma mexicana: Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*. UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

López, O. (2022). Bienestar emocional: La simplificación de la vida afectiva en el paradigma hegemónico de la salud mental en tiempos pandémicos. En L. Anapios y C. Hammerschmidt (Coords.), *Política, afectos e identidades en América Latina* (pp. 283-303). CLACSO/CALAS.

López, O. y Cortijo, X. (2021). Procesos socioemocionales de estudiantes universitarios por medidas sanitarias COVID-19: Resultados preliminares. *South Florida Journal of Development*, *2*(3), 4147-4162.

López, O., Cortijo, X., Sandoval, P. E., González, E. y Robles, A. L. (2023). Procesos socioemocionales durante la pandemia por COVID 19 en estudiantes de posgrado. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria, 17*(1), e1689. https://doi.org/10.19083/ridu.2023.1689

López, O., González, E., y Villeda M. A. (2022). Experiencias socioemocionales de universitarios ante la educación superior virtual por covid-19. *Nómadas*, (56), 153-171. https://dx.doi.org/10.30578/nomadas.n56a8

López, O. y Robles, A. L. (2021). Procesos socioemocionales de universitarios ante la escolarización remota de emergencia a causa de las medidas sanitarias por COVID 19. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, RELACES*, *13*(36), pp. 12-22. http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/447.

López, O. y Robles, A. L. (2025). *Base de datos del Medidor Psicosocial y Socioemocional en comunidad universitaria UNAM frente a la contingencia COVID-19* [Base de Datos]. LIICEG. https://liiceg.iztacala.unam.mx/medidorPECovid19/pages/index.jsf

López, O. y Rojas, V. R. (2024). *Hacia una comunidad emocional de cuidados: vínculos familiares y universitarios en pro de*

la salud: ejercicios de autorreflexión. UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala; Laboratorio de Investigación Interdisciplinaria sobre Cuerpo, Emociones y Género (LIICEG). https://librosoa.unam.mx/handle/123456789/3907

López, O., Sandoval, P. E., González, E. y Robles, A. L. (2023). Gestión emocional de estudiantes universitarias ante los trabajos académico-doméstico-remunerados durante la COVID-19. *Iberoforum, Revista de Ciencias Sociales*, *3*(2), 1-36. https://doi.org/10.48102/if.2023.v3.n2.316

Luque, R. y Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *40*(5), 130S-146S. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316009

Lynch, K., Baker, J. y Lyons, M. (2014). *Igualdad afectiva. Amor, cuidados e injusticia*. Morata.

Madariaga, C. (2022a). Clínica psiquiátrica y ciudadanía: De la crisis del paradigma biomédico a la salud mental colectiva. En C. Madariaga, A. M. Oyarce, Á. Martínez-Hernáez y E. Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 31-80). Contrakorriente. Colección Estudios.

Madariaga, C. (2022b). Un debate vigente: ¿Determinantes o determinaciones sociales de la salud? Tensiones entre democracias y neoliberalismo a propósito de la salud y los derechos sociales. En C. Madariaga, A. M. Oyarce, Á. Martínez-Hernáez y E. Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 277-330). Contrakorriente.

Martínez-Hernáez, Á. (2007). Cultura, enfermedad y determinismo médico: La antropología médica frente al determinismo biológico. En M. L. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 11-43). OSALDE.

Martínez-Hernáez, Á. (2021). Narrativas de aflicción: La interpretación antropológica en salud mental. En A. Pié Balaguer (Coord.), *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva* (pp. 1-33). UDC.

Martínez-Hernáez, Á. y Evangelidou, S. (2020). *RESET Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Publicaciones URV.

Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., Benjet, C., Borges, G. y Mantilla-Herrera, A. M. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021: Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021.

Gaceta Médica de México, (159), 527-538. https://doi.org/10.24875/GMM.23000376

Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, (3), 84-119. http://antropologia.urv.cat/revistarxiu

Menéndez, E. (2024). Realidades socioculturales y medicina tradicional: ¿Dónde están la vida, los sufrimientos, las violencias y las mortalidades en los pueblos originarios? *Encartes, 7*(13), 1-34. https://doi.org/10.55467/encartes.v7i13.198 (doi.org in Bing) Morales, R., y López, O. (2020). La experiencia del desplazamiento interno forzado: Una mirada desde los procesos socioemocionales. *Cultura y Representaciones Sociales*, *15*(29), 425-451. https://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/751

Mosterín, J. (2009). Prólogo. En C. Darwin, *La expresión de las emociones* (pp. 7-12). Laetoli. (Obra original publicada en 1872).

Novella, E. (2011). La medicina de las pasiones en la España del siglo XIX. *Dynamis*, *31*(2), 453-473.

Organización Mundial de la Salud (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud (2020, 1º de octubre). *Dirigentes mundiales y personalidades que participarán en la Gran Cita de la OMS a favor de la Salud Mental el 10 de octubre* [Comunicado de prensa]. https://www.who.int/es/news/item/01-10-2020-world-leaders-celebrities-to-join-who-s-big-event-for-mental-health-on-10-october

Organización Mundial de la Salud (2022, 17 de junio). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura e Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (UNESCO-IESALC) (2020). *COVID-19 y educación superior: De los efectos inmediatos al día después.* Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. https://www.iesalc.unesco.org/wpcontent/uploads/2020/05/COVID-19-ES-130520.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. Resumen ejecutivo*. Organización Panamericana de la Salud.

Padilla, J. y Carmona, M. (2022). *Malestamos: Cuando estar mal es un problema colectivo*. Capitán Swing.

Peterson, Ch. y Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtudes: A Handbook and Classification*. Oxford University Press.

Pié Balaguer, A. (Coord.). (2021). *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva*. Ed. UOC.

Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. Imprenta Real.

Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología positiva: Una moda polémica. *Clínica y Salud*, *17*(3), 319-338. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742006000300007yscript=sci_abstract

Recio, A. (2019). Richard Wilkinson y Kate Pickett, *Igualdad. Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*. Capitán Swing. *Revista de Economía Crítica*, (27), 146-149.

Rendueles, C. (2017). La gobernanza emocional en el capitalismo avanzado: Entre el nihilismo emotivista y el neocomunitarismo adaptativo. *Revista de Estudios Sociales*, (62), 82-88. https://dx.doi.org/10.7440/res62.2017.08

Robles, A. L. y López, O. (2022). Estrés y ansiedad en estudiantes de educación superior en condiciones pandémicas: Una intervención psicológica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *4* (1), 472-486.

Román, J. A. (2020, 30 de abril). El 67,3 % de alumnos en la UNAM no logra adaptarse a las clases virtuales. *La Jornada*. https://www.jornada.com.mx/noticia/2020/04/30/sociedad/el-67-3-de-estudiantes-de-la-unam-no-logra-adaptarse-a-clases-virtuales-9609

Rose, N. (1996). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Free Association Books.

Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Vergara.

Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. En M. Csikszentmihalyi (Ed.), *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 279-298). Springer.

Sirimarco, M. y Spivak, A. (2019). Antropología y emoción: Reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizonte Antropológico*, *25*(54), 299-322. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832019000200012

UNAM-Históricas (2024, septiembre 26). *Seminario* [Video]. YouTube. https://goo.su/e1wfM

Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, *27*(1), 1-2. https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1278.pdf

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2019). *Igualdad: Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*. Capitán Swing.

Etnografías a contracorriente en salud mental

María E. Epele

Una vibración de los cimientos,
un trepidar de los fundamentos,
drenan y barrenan,
y he sabido dónde se aposenta aquello tan otro que es yo,
que espera que me calle para tomar posesión de mí
y drenar y barrenar los cimientos, los fundamentos,
aquello que me es adverso desde mí, conspira,
toma posesión de mi terreno baldío,
no,
he de hacer algo
no,
no he de hacer nada.

(Pizarnik, 2003)

INTRODUCCIÓN

Crisis, catástrofes y emergencias se han convertido en gramáticas académicas para argumentar cómo las economías, las políticas, los conflictos armados y las transformaciones sociales modelan las características e historias relativas a la salud, enfermedad, sufrimiento y muerte, y/así como los abordajes con los que se las afronta en contextos geopolíticamente situados. (Epele, 2024; Fassin, 2012b; Fassin & Pandolfi, 2013). Sin embargo, como ha sido analizado en otros países con giros extremos en sus regímenes de poder, en los cambios abruptos y actuales en la salud pública argentina se hacen evidentes estrategias, discursos y metas que exceden y no se dejan capturar por completo por aquellas gramáticas dominantes y disponibles para entenderlas.[1]

1 Con los cambios abruptos y actuales en la salud pública hago referencia a los cierres de institutos, desmantelamientos y cortes de financiamientos de servicios

Las insuficiencias de los modelos académicos establecidos y legitimados para otorgar inteligibilidad a los cambios actuales en la salud pública se han multiplicado por las características de los discursos y políticas oficiales, los que han convertido a las ciencias sociales y las humanidades en blancos de desvalorización y desfinanciamiento. Al mismo tiempo se ha cuestionado por un lado oficial y públicamente "la utilidad" del trabajo antropológico y en ciencias sociales, mientras que por el otro se desmantelan y desfinancian servicios y recursos de salud mental (Barcala, 2025), los que ya eran ampliamente reconocidos como insuficientes para la complejidad de la demanda. Así, uno de los modos privilegiados de transferencia del conocimiento académico en nuestras geografías, a saber, "hacer políticas públicas", se ha convertido actualmente en no viable.

Este complejo cuadro de situación nos convoca a interrogar a las etnografías críticas de la salud, una de las herramientas centrales en la producción del conocimiento antropológico, respecto a su potencial y real relevancia para afrontar los desafíos actuales. En oposición a su aparente mayor fragilidad frente al tipo de embates generados por discursos oficiales y partidarios, en este trabajo se problematiza cómo estas etnografías son susceptibles de confrontar las lógicas económicas y de poder, al mismo tiempo que revisan los abordajes de salud y los conocimientos antropológicos disponibles y legitimados, mientras los procesos de producción y experiencias de aflicción todavía ocurren y transcurren (Epele, 2024). En este sentido, el objetivo de este capítulo es doble. En primer lugar, busca examinar la importancia del abordaje etnográfico para investigar las experiencias y perspectivas denominadas localmente "estar" o "ser fisura", como lenguaje de aflicciones que ensambla de forma particular dolencias, prácticas, saberes, placeres, vínculos, legislaciones, terapéuticas, entendimientos, heridas y daños corporales relativos a los consumos problemáticos de drogas (Epele, 2010). Específicamente, busca esclarecer el tipo de lenguajes y aflicciones que no se corresponden ni se dejan subsumir a las fórmulas de inteligibilidad dominantes en las tecnologías psi, en los abordajes institucionales de salud mental ni en las orientaciones legitimadas de las ciencias sociales y antropologías en zonas de marginación social. En segundo lugar, busca también

---

de atención, hospitales, recursos de tecnologías biomédicas (medicamentos, dispositivos, etc.) y estructuras formativas y de investigación (Bangstad, et al., 2019; Cabral de Oliveira, 2020; Duarte et al., 2024; Hora, 2024; Lux & Jordan, 2019; Retamozo, 2025; Santos, 2024).

problematizar cómo las etnografías críticas y a contracorriente de las gramáticas conceptuales y lógicas de poder dominantes contribuyen, o eventualmente podrían contribuir, a transformar las realidades que investigan, particularmente a través del desarrollo de tecnologías y estrategias de hacer públicos los conocimientos coproducidos con las personas y conjuntos sociales afectados.

Partiendo de una breve caracterización de las etnografías críticas de la salud (Abadía Barrero, 2018 Biehl 2016; Epele 2010; Fassin, 2012a; Scheper Hughes, 1992; Singer & Erickson, 2011), el capítulo comienza con un análisis contextualizado del lenguaje local expresado en términos de "estar" o "ser fisura". A continuación, se analizan ciertas características de las antropologías y etnografías en el campo de la salud mental, y en particular cómo ciertos lenguajes de aflicción registrados a través de etnografías, confrontan sus fórmulas de inteligibilidad dominantes. También, se examina cómo estos lenguajes y aflicciones pasan desapercibidos o minimizados cuando se abordan desde los conocimientos académicos legitimados, las políticas e intervenciones normalizadas. Explorando ciertas tensiones que atraviesan el campo de la salud mental y sus políticas internacionales y nacionales, se las analiza en relación a los modos en que los conocimientos antropológicos y en ciencias sociales son apropiados para intervenir y gobernar a las mismas poblaciones con las que se habían co-producido en un primer momento.

Finalmente, se busca interrogar sobre el potencial de las etnografías a contracorriente de los modelos académicos y lógicas de poder dominantes para investigar y transformar ciertos problemas de salud cuando todavía están transcurriendo. Específicamente, se explora como el desarrollo de ciertas tecnologías académico-sociales pueden ser adecuadas para amplificar en tiempo presente la productividad de etnografías críticas orientadas a mejorar las condiciones de bienestar y de la salud de las personas y grupos sociales con los que trabajamos, conmoviendo e interpelando en simultáneo nuestros modos de vivir y entender aflicciones y sufrimientos como sociedad y en conjunto.

ANTROPOLOGÍAS Y ETNOGRAFÍAS EN SALUD MENTAL

Los estudios en antropología y en ciencias sociales sobre problemas relativos a la salud mental han generado y consolidado ciertas orientaciones principales que ensamblan teorías, nociones, metodologías, abordajes, argumentos y materiales empíricos. Como sucede en toda

gramática,[2] estas orientaciones representan y legitiman la existencia de ciertas realidades y seres, ocultando y desdibujando otras. Para comenzar, encontramos las *orientaciones centradas en las aflicciones*, que focalizan en las experiencias de padecer y sus narrativas, los modos de traducirlas en saberes y abordajes en salud mental, en diversos contextos y sociedades. Cuestionando las miradas reduccionistas y universales de la psicología y psiquiatría, estos estudios entienden las dolencias en términos de los procesos que los producen y modelan. Este sería el caso de los estudios referidos a "los nervios" y al estar "nervioso" (Dias Duarte, 1986; Scheper Hughes, 1992). En segundo lugar, se hallan *las economías políticas de la salud*, los procesos económicos y políticos del capitalismo que distribuyen geopolíticamente las dolencias, las instituciones, saberes, terapéuticas para entenderlas y tratarlas, convirtiéndolas en blanco de un amplio repertorio de intervenciones (Abadía-Barrero, 2014; Biehl, 2005; Epele, 2010; Menéndez, 1990; Singer & Baer, 1995). En tercer lugar, identificamos los abordajes centrados en los *desarrollos de Foucault* y *post foucaultianos* sobre las tecnologías, los saberes psi, las instituciones y sus relaciones con los modos de decir verdad y de subjetivación en ciertos sectores sociales. Estos abordajes consideran el carácter productivo de los saberes y prácticas en relación a los modos de subjetivación a través de acciones realizadas por otras personas, instituciones y legislaciones, así como las auto-referenciales realizadas sobre sí, y esclarecen cómo las terapéuticas participan de los gobiernos de las poblaciones (Bonnet, 2020; Del Mónaco, 2020; Epele, 2020; Foucault, 2005; López Sánchez, 2024; Rose y Miller, 2008). En cuarto lugar, están *los abordajes modelados por las perspectivas de Deleuze*, que privilegian el deseo y el devenir como flujos abiertos y transformadores, creativos y destructivos de los campos sociales y, específicamente, cómo se modifican los modos de sujeción y fuga que hacen y

2 Con la noción de gramática se hace referencia al ensamble de categorías, narrativas y lógicas discursivas que hacen ciertas experiencias decibles e inteligibles, legitimando ciertas nociones y estructuras enunciativas (Epele, 2023). Como analiza Giordano (2014), refiere a las prácticas de hablar que producen formas de vida y mundos, que trazan fronteras sobre lo que se puede decir o no. No obstante, existe un amplio espectro de vidas, realidades y seres que la gramática no representa. Cada gramática opera iluminando realidades y al mismo tiempo dejando ocultas otras. La realidad siempre excede y subvierte las categorías y lógicas de las gramáticas establecidas. Además, las gramáticas son herramientas políticas ya que regulan las formas de enunciación, representación y existencia de ciertos seres en detrimento de otros.

transforman a los sujetos y las formas de subjetivación (Biehl, 2005; Biehl & Lock, 2010). En quinto lugar, encontramos *los abordajes críticos respecto a las intervenciones en catástrofes sociales y humanitarias* y ciertas nociones que los estructuran (Fassin, 2012b). En sexto lugar, cuestionando los modelos globales de salud mental que dominan las investigaciones internacionales, se encuentran/hallan *los abordajes decoloniales e interculturales*. Situando sus estudios en las geopolíticas del sur, los argumentos se estructuran en torno a las nociones de colonización y la colonialidad en el campo de la salud mental y las tecnologías psi. Retomando antecedentes y articulaciones con otros desarrollos del sur global (Abadía-Barrero, 2022; Das, 2007; Epele, 2020, 2022; Fanon, 1963), estos abordajes buscan descolonizar las políticas y economías de la modernidad y del capitalismo presentes en los modelos de salud y bienestar. Para desmantelar las hegemonías en salud, estos abordajes hacen pie en las ecologías de saberes, prácticas y éticas de sociedades originarias y no occidentales, en las que participan medicinas sociales, indígenas, tradicionales, interculturales, de salud colectiva, a través de perspectivas generizadas y racializadas (Basile, 2018, 2020; Escobar, 2014; Muñoz, 2021). Por último, atravesando todas y en cada una de estas orientaciones encontramos *los abordajes sobre la salud mental y derechos humanos*, que ensamblan movimientos, activismos, modificaciones institucionales y legislaciones, en sus escalas locales, regionales y globales, orientados a la producción de salud y bienestar en los conjuntos afectados por problemas de salud mental (Barcala, 2025; Epele, 2020).

Estas orientaciones han sido edificadas principalmente a través de etnografías, por medio de las que se han investigado diferentes aflicciones, terapéuticas, instituciones, políticas y sus variaciones respecto a las economías y geopolíticas dominantes (Jain & Orr, 2016). Estas se han convertido en una herramienta central para problematizar las particularidades históricas, políticas y éticas de las experiencias de padecimiento y sus modos de afrontarlas (Béhague & MacLeish, 2020). A su vez, las etnografías han sido examinadas por su importancia para investigar problemas urgentes y olvidados en las agendas políticas dominantes (Scheper Hughes, 1992), en la elaboración de teorías (Biehl, 2016), respecto de las regulaciones éticas (Fassin, 2012a), para la transformación de las realidades que se investigan (Restrepo & Escobar, 2005; Segato, 2013; Pérez y Jiménez, 2020), como parte de activismos y movimientos sociales (Valenzuela Fuentes, 2019), en su relevancia y en las estrategias para hacerlas públicas (Borofsky, 2019; Fassin, 2017) y como modos de confrontar el poder de los programas y

políticas internacionales y globales dominantes sobre la salud mental (Biehl & Petryna, 2013; Menéndez, 1990).

A partir de esta breve cartografía sobre los vínculos entre antropologías y salud mental, se hace necesario considerar que el trabajo etnográfico se convierte en una herramienta central por la que surgen otras nociones y perspectivas, a través de interrogarlas y diferenciarlas de aquellos lenguajes y gramáticas disponibles, generando nuevas y más complejas orientaciones. Este es el caso del lenguaje que este trabajo examina: el "estar" o "ser fisura". Las etnografías se convierten así en la forma de trabajo privilegiada para investigar las afecciones y aflicciones mientras están tomando forma, es decir, cuando todavía no se han normalizado ni naturalizado, como parte del espectro de dolencias en determinados contextos sociales.

ETNOGRAFÍAS Y CRÍTICAS

Desde el momento en que se convirtiera en la aproximación metodológica principal de la antropología, la etnografía ha sido sometida a revisiones, actualizaciones, críticas y diferenciaciones (Clifford & Marcus, 1986; Fernández Juárez 2006; Ingold, 2015; Marcus, 2018; Peirano, 2021; Rappaport, 2007; Romani, 2013). Dentro de las versiones resultantes, las etnografías de la salud han asumido características y desafíos particulares, que modelan y su vez son modeladas por las problemáticas que abordan. Estas particularidades giran en torno a cómo se viven y padecen ciertas dolencias; los saberes, terapéuticas y prácticas desde que las entienden y abordan; las instituciones y políticas que buscan darles respuestas; las organizaciones y colectivos que las afrontan y cuestionan (Biehl, 2016; Fassin, 2012a; Scheper-Hughes, 1992).

A través de la inmersión en contextos de vida, y trabajando a la misma escala de los problemas que abordan, las etnografías críticas sobre problemas de salud mental entraman materiales heterogéneos: experiencias, narrativas, perspectivas, procesos, legislaciones, instituciones, políticas, saberes. Por un lado, se ha investigado cómo las experiencias se traducen en narrativas y lenguajes que se diferencian, hibridizan e incluso se oponen respecto a los discursos y terapias expertas (psiquiátricas, psicológicas, neurológicas, etc.) (Kleinman et al, 1997). Especial importancia han tenido los estudios críticos sobre diagnósticos y los sistemas de clasificación psi, así como sobre sus fundamentos epistémicos, políticos y nominativos. Por otro lado, se han interrogado las diversas formas en que los procesos económicos y políticos del capitalismo

geopolíticamente situados, producen cartografías que distribuyen en términos diferentes y desiguales los padecimientos, los modos de tratarlos, las violencias y los conflictos, las vidas vivibles y viables (Biehl, 2005; Das, 2007). Además, se han aportado miradas críticas tanto acerca de las instituciones totales y la mortificación que generan ciertas intervenciones y saberes psi, como de las formaciones sociales de negligencia y de abandono y sus vínculos con la transformación de los modos de subjetivación y sujeción. Desde los abordajes decoloniales e interculturales, a su vez, se han cuestionado las epistemes y políticas hegemónicas de salud mental, en diálogo con aquellas genealogías y ontologías indígenas y originarias (Epele, 2022; Restrepo & Escobar, 2005). Se agregan, por último, las revisiones críticas sobre los programas y organizaciones nacionales e internacionales que, incluyendo programas de la salud mental global, intervienen en catástrofes sociales y humanitarias, y ciertas consecuencias inesperadas de movimientos y colectivos sociales, como paradigmas de búsqueda del bien común en contextos contemporáneos (Fassin, 2012b; Svampa, 2014).

Desde esta breve cartografía se visibiliza cómo esta forma de quehacer etnográfico hace posible identificar, analizar y problematizar ciertas aflicciones vividas a través del trabajo colaborativo con las personas y conjuntos sociales que las viven y afrontan, las que no son subsumibles directa y fácilmente a las gramáticas académicas antropológicas y de salud mental legitimadas y dominantes. Este tipo de trabajo etnográfico asume una orientación crítica particular, ya que no solo confronta las complejas y cambiantes tramas entre lógicas de poder, economías, sociabilidades y subjetivaciones que producen dolencias y sufrimientos. También, y al mismo tiempo, revisa los abordajes disponibles de salud mental y los modelos de conocimientos académicos legitimados y dominantes en zonas de marginación social.

A diferencia de ciertas antropologías de la salud que se denominan críticas debido a que indagan y cuestionan principalmente las relaciones entre aflicciones y procesos del capitalismo contemporáneo, en el trabajo etnográfico en cuestión el término crítico refiere al mismo tiempo a otras prácticas y contenidos. Además de la dimensión económica y política, las etnografías críticas no solo buscan poner bajo escrutinio los abordajes existentes en salud mental respecto a ciertos padecimientos, sino también revisar las gramáticas antropológicas disponibles para hacer inteligibles dichas experiencias y realidades. En este sentido, cuando en este texto se habla de *etnografías a contracorriente* se hace referencia a ciertos modos de investigar cómo las lógicas económicas y de poder producen dolencias y aflicciones a través

de desigualdades, abandonos, marginaciones y fragilidades, al mismo tiempo que se rastrean y revisan los modos en que se perciben, entienden y abordan esas dolencias y aflicciones desde las perspectivas locales, las concepciones expertas en salud mental, y desde las orientaciones en ciencias sociales principales.

Focalizando en el análisis del conjunto de dolencias denominados localmente como "estar fisurado" o "ser fisura", se hace evidente cómo este lenguaje de aflicciones identificado a través del trabajo etnográfico no se corresponde con las fórmulas de inteligibilidad de las tecnologías psi en zonas de marginación social. Siguiendo a ciertas miradas sobre la crítica (Foucault, Butler), el carácter contracorriente de este tipo de etnografías consiste en que la posibilidad de investigar particularidades inéditas de ciertas experiencias problemáticas de salud mental relativas a "la fisura" se anuda ineludiblemente con la revisión de las gramáticas académicas dominantes, cuestionando sus bases epistémicas y ontologías. Así se conmueven y transgreden los sistemas de categorías que llegado el caso las subsumirían, ya que implican y promueven otras prácticas de vivir, entender y subjetivar las afecciones (Harcourt, 2019).

Desde una etnografía sensible a experiencias, dolencias y abordajes mientras todavía transcurren y/o no han llegado a ser conocidos ni públicos, este trabajo busca señalar cómo este modo de investigar contribuye o eventualmente podría contribuir a transformar las realidades que se investigan, y en tiempo presente. Basada en estas consideraciones, y en las características del contexto histórico-político actual, las etnografías a contracorriente tienen el potencial de identificar, problematizar y hacer públicas aquellas experiencias y modos de padecer que exceden y no se dejan subsumir a los saberes psi ni a los conocimientos legitimados sobre aflicciones y salud mental. Desde estas etnografías se haría posible arrojar luz "desde abajo" sobre aquellas otras dolencias y lenguajes mientras todavía están tomando forma y ocurriendo. Este trabajo etnográfico desde abajo puede hacerse público en diferentes escenarios sociales y políticos en tiempo presente, y no solo cuando otros modos de transferencias y aportes se hacen imposibles, como en la actualidad.

ENTRE EL "ESTAR" O "SER FISURA"

Para cuando el paco/pasta base, la "droga de los pobres", llegó a convertirse en un problema público, ya hacía años que estaba haciendo estragos en la salud y supervivencia de los jóvenes de las barriadas

del sur del conurbano. También hacía años que venía etnografiando este problema desde etnografías sobre consumos problemáticos en esa misma área geográfica. Aunque allí el consumo de cocaína por vía inyectable y por inhalación se había extendido primero, durante las décadas de los ochenta y los noventa, con el deterioro abrupto de las condiciones materiales de vida durante el colapso del 2001-2002 se generalizó el consumo de la pasta base/paco, que tenía una expansión muy restringida a fines de los noventa. A través de noticias de gran impacto, como el derribo de los bunkers de venta por parte de las madres de los jóvenes y adolescentes que fumaban esta droga, el consumo de estas sustancias llegó a convertirse en algo de conocimiento e interés por el público en general.

Como había sucedido en la expansión del crack y del bazuco en otras regiones y países, con la expansión de la pasta base/paco se modificaron las características del comercio y de las prácticas de uso de drogas en tanto economías extractivas centradas en el consumo. Como sucede cuando una nueva sustancia irrumpe en las escenas, con las prácticas de fumar estas sustancias se amplió el rango etario del consumo desde la infancia tardía hasta adultos jóvenes, para diferentes géneros, llegando desde los sectores más marginalizados hasta las clases medias.

Cuando me encontré con Silvio en el año 2002, y con otras personas que tenían prolongadas trayectorias en el consumo de otras drogas, ya se decía que la pasta base/paco hacía más daño y más rápidamente que otras sustancias conocidas:

> Empecé a fumar eso. Después de haber fumado parecía al otro día (…) que me habían agarrado 20 personas y me habían molido a palos. (…) Es un flash, es más vicioso, y querés seguir, seguir. Pero te endurece los músculos, las coyunturas… te va destruyendo, te va consumiendo, lo sentís. Los pulmones, uno no se quiere dar cuenta, pero antes yo podía correr… si hago una respiración profunda no me dan los pulmones para tomar el aire… cuando quiero llegar al fondo, toso, por eso tengo los pulmones medio tapados. Corporalmente me siento mal. Muy mal, tengo la cabeza… mal.

Como expresaba Laura, la madre de un adolescente que fumaba pasta base/paco, en ese entonces el problema no solo eran los efectos que tenía el consumo intensivo, en términos de rápido deterioro, daños corporales (quemaduras, caídas de dientes, adelgazamiento pronunciado, dificultades respiratorias y digestivas, etc.) y las crecientes muertes

violentas asociadas a este tipo de consumo de los jóvenes usuarios (suicidio, asesinato, combinaciones tóxicas, etc.). Otras madres, parientes y residentes en general del barrio señalaban los profundos daños en las dinámicas vinculares, afectivas y simbólicas de contextos de proximidad y de la sociabilidad en general. Estas personas referían que los jóvenes, adolescentes, y ocasionalmente niños, tenían comportamientos erráticos y a veces agresivos, se fugaban de la casa y volvían, todo esto con restringidas posibilidades de diálogo y de intervención profesional en los pocos servicios disponibles. El hambre y desnutrición generalizada, la falta de trabajo incluso informal y la escasez de dinero generados por la abrupta la devaluación, la ruptura de la cadena de pagos y del funcionamiento mínimo del sistema bancario modificaron radicalmente los modos de obtener ingresos. Los "transas" tomaban como parte de pago del PB/paco cualquier objeto que tuvieran disponible (zapatillas, ropa, herramientas, comida, escobas, canillas, inodoros), generalmente obtenidos a través del hurto a familiares y vecinos, lo que dañaba los vínculos más cercanos. Cuando hurtaban o se quedaban con drogas del transa, se convertían en objeto de disciplinamiento y venganza tanto por parte de las fuerzas de seguridad como de las bandas criminales que dominaban el territorio.

En ese entonces, Silvio tenía una mirada compleja sobre la generación joven de consumidores del "nuevo milenio".

> Todo va peor, peor. Los pibes están ahí en las esquinas, no hacen nada y no van a hacer nada. Porque nosotros, si queríamos salir del bardo, podíamos conseguir un trabajo. Podías rescatarte, mejorar. Porque afuera estaba mejor. Pero ahora, estés o no en la falopa. Todos los pibes de este barrio están muertos.
> –¿Y antes?
> –No, antes era diferente, te podían matar, te podías morir, pero no estábamos muertos.
> –¿Y qué es esto de que "están muertos"?
> –Y, están "refisura", "mal de la cabeza", no tienen respeto, están jodidos, toman drogas a reventar y quedan colgados, perdidos

En los primeros años del nuevo milenio, el mundo académico y de políticas públicas debatíamos alrededor de ciertos desafíos principales. En primer lugar, el problema de la (des)criminalización del consumo problemático de sustancias atravesaba cada argumento y abordaje que realizábamos. En segundo lugar, el problema de si la inyección todavía era una práctica generalizada (como a fines de los ochenta y principios

de los noventa) contaminaba los diseños terapéuticos. Parecía que los hallazgos etnográficos que indicaban una clara marginación y reducción en número de la inyección en barrios del sur del conurbano era una tendencia real y confiable, aunque cuestionada en aquel momento. En tercer lugar, si bien la reducción de daños como episteme y política compartida por la mayoría de las personas que trabajábamos esta problemática tenía claridad frente a las legislaciones, terapéuticas deseables y formas de activismo, parecía saber poco acerca de cómo afrontar los desafíos de situaciones de riesgo real de los jóvenes con consumos problemáticos, que nos excedía. Me refiero a la clara territorialización y montaje del crimen organizado en los barrios y asentamientos más empobrecidos de la región, la participación creciente de las fuerzas de seguridad y la contaminación de ciertos estamentos políticos en su despliegue, y la crónica escasez de inversión de recursos económicos para el desarrollo de sistemas complejos de atención orientados a estas problemáticas y a poblaciones vulnerables.

A partir de esta suerte de arqueología de un momento histórico de profundas transformaciones, donde las etnografías formaron parte de un entramado de elementos heterogéneos (realidades vividas, abordajes, políticas, organizaciones, activismos, discursos, legislaciones, gramáticas académicas, etc.), se hacen evidentes las distancias y conflictos tanto conceptuales como temporales entre los mundos académicos y políticos, por un lado, y los de la vida en zonas de marginación social, por el otro. Específicamente, muestra la relevancia de las etnografías, no solo para registrar lo que está ocurriendo y cómo es vivido y entendido por las personas afectadas en tiempo presente, sino para llegar a hacer públicas dichas experiencias y perspectivas.

ANALIZANDO EL SER O "ESTAR FISURADO" O "SER FISURA"

En las diferentes etnografías que he llevado a cabo sobre problemas categorizados en términos de salud mental, he trabajado tanto sobre los consumos problemáticos de drogas y otras dolencias como sobre sus abordajes psiquiátricos y psicológicos en servicios de salud mental de instituciones del sistema público de salud. Alternando entre períodos relativamente breves de redistribución de ingresos con restringidos alcances respecto a la recuperación estructural y recurrentes crisis económicas y políticas de diverso orden y escala, las dolencias y aflicciones varían al ritmo de las modificaciones en las características y magnitudes de la pobreza, la desigualdad y la marginación social.

En el desarrollo de estas investigaciones, se hizo cada vez más evidente la emergencia y consolidación de ciertas experiencias y lenguajes de aflicción que son diferentes, inéditos o no subsumibles por completo a los sistemas de categorización expertos psi, a las tradiciones locales (nervios), a los lenguajes institucionales/burocráticos/ legales/oficiales (tales como abusos, derechos humanos, violencias, etc.). Esta falta de correspondencia, no solo hace posible atestiguar la emergencia de ciertas aflicciones, sino también arrojar luz sobre cuestiones desechadas, invisibilizadas y contradictorias en los modos legitimados y reconocidos.

Como se ha examinado anteriormente, el surgimiento y la expansión de las experiencias y lenguajes relativos al "estar fisura o fisurado" y "ser una fisura" estuvieron asociados a la expansión de la denominada pasta base/paco en el gran Buenos Aires. El término "fisura" surgió inicialmente en contextos de consumo de cocaína de "mala calidad", con muchos cortes, en los finales de los noventa. Específicamente, su generalización y popularización es indisociable de la expansión de la pasta base/paco (PB/Paco), relacionado con el salto devaluativo del peso respecto del dólar en la crisis del 2001/2002 y el consecuente acelerado incremento de la pobreza y la marginación en estos contextos locales. Aunque en menor medida, el término fisura también se aplicaba eventualmente respecto al consumo de psicofármacos y otras sustancias químicas elaboradas y categorizadas como drogas.[3] (3).

"Fisura" como adjetivo y sustantivo en los contextos de usos de drogas ha involucrado profundas modificaciones de los sentidos literales de esta palabra, referidos a grietas, hendiduras, cortes, rajaduras, incisuras. Este lenguaje ensambla un conjunto heterogéneo

3 Todo un conjunto de acciones, desarrollos y transformaciones fueron marcando las intervenciones en la historia reciente, específicamente centradas en los abordajes territoriales. Por un lado, han cobrado relevancia de la iglesia católica, a través del crecimiento y sistematización de las intervenciones locales de los denominados "curas villeros" y las iglesias evangélicas, no solo en los mismos barrios sino en comunidades terapéuticas y otras instituciones. Por otro lado, en el sector público, y con la nueva ley de salud mental, han crecido las terapéuticas públicas ambulatorias, centros barriales de atención y contención, junto con las becas para internación en comunidades y centros cerrados de atención. Sin embargo, la escasa inversión sistémica en el sector de salud mental y las dificultades para dar respuesta a las urgencias en tiempo real, específicamente durante la pandemia, han multiplicado los debates y disputas sobre cuáles abordajes son más idóneos para los cambiantes desafíos (Epele, 2021). Con el abrupto cambio de políticas por el gobierno de extrema derecha, fueron desfinanciados y desmantelados servicios de salud mental y centros barriales de atención, fueron despedidos profesionales, y hubo una reducción generalizada de los salarios profesionales.

de vivencias, sufrimientos, actitudes, expresiones, deterioros y daños corporales, asociados con los consumos problemáticos de drogas en zonas de marginación social. Si bien se ha registrado una compleja terminología sobre las formas de consumos y sus efectos en estos contextos ("falopero", "empastillado", "duro", "bajón", "drogón", "adicto", "merquero", "rocheado", "cabeza de rophi", "paquero", etc.), solo algunas de estas expresiones referían a los "estados alterados" generados por sustancias específicas, y las transformaciones subjetivas y de los vínculos sociales que se les adjudican (Epele, 2010).

Los modos locales con que se describen y ponderan "estar" y "ser fisura" se concentran, por un lado, en torno a diferentes tipos de pérdidas expresadas localmente en términos de "la cabeza no funciona", "tiene la mirada perdida", "problemas para hablar", y la situación de perder rápidamente recursos materiales. Por otro lado, a procesos de rápido deterioro y destrucciones corporales y respecto a la salud: delgadez, daños y heridas visibles en la piel, piel seca y de color amarronado, roturas y pérdida de dientes, vestimentas raídas, falta de higiene. De este modo, como formas de caracterizar problemas de consumo, "estar fisurado" refiere a los estados subjetivos arriba mencionados generados por el uso intensivo de sustancias y/o consumir drogas de mala calidad.

A su vez, las narrativas sobre la "fisura" expresan que cuando el consumo de sustancias altamente tóxicas, en este caso el PB/paco, se prolonga en el tiempo y sin la práctica de algún cuidado o intervención alguna, se producen transformaciones subjetivas radicales que modifican no solo las características y expectativas de vida por mayor exposición a peligros, accidentes y muertes violentas, sino también los modos de reconocimiento social y humano en diferentes contextos locales.

Así, el pasaje desde "estar fisurado" a "ser fisura" dentro los lenguajes locales señala los procesos por los que la pobreza y el consumo intensivo de sustancias ilegalizadas y de "mala calidad" producen daños de características particulares. A diferencia de otros sufrimientos y dolencias, este tipo de daños no solo se hacen carne, erosionan y corroen los cuerpos y los sujetos, sino que se entienden localmente como transformaciones más o menos "permanentes" o "irreversibles". Debido a estas particulares características, a las/os fisuras se los llamaba también "muertos vivos" y "zombies". En contraste con los denominados "estados alterados de conciencia", referido al consumo de otras sustancias, la conjunción entre drogas altamente tóxicas y extrema pobreza contamina los modos de decir, pensar, sociabilizar y vivir cotidianamente.

En diálogo con los desarrollos críticos respecto de las miradas esencialistas, no solo en filosofía, ciencias sociales y antropología sino

dentro de las mismas disciplinas del campo psi (psiquiatrías, psicologías, etc.), el antiesencialismo se ha convertido en un lugar común en los presupuestos contemporáneos sobre las problematizaciones acerca de la salud mental (Foucault, 2005; Hacking, 2006; Rose, 2008). Recuperando nociones y abordajes que problematizan las categorizaciones psi, las denominaciones y los diagnósticos, las etnografías han explorado cómo las experiencias subjetivas y realidades del padecer, quedan desdibujadas y reducidas cuando son traducidas y capturadas en las denominaciones expertas (Good, 1994). En los contextos de vida las adjetivaciones referidas a estar "fisurado" se transformaron progresivamente en una forma de existencia altamente estigmatizada, un tipo de subjetividad diferenciada, una clase de persona, el "ser fisura". A diferencia de las dolencias que se consideran traducibles a los diagnósticos psi, popularizados y apropiados por las poblaciones locales, estos lenguajes de aflicción emergen y se consolidan de modo casi imperceptible, al ritmo de las transformaciones económicas, políticas y sociales que intervienen en su producción.

LAS ANTROPOLOGÍAS Y SUS DESTINOS EN CUESTIÓN

Cuando focalizamos en el problema de "estar a ser fisura", se hace evidente cómo en zonas de marginación social la falta, la escasez y la inadecuación de intervenciones y/o de modificaciones en las condiciones de vida se traducen en transformaciones subjetivas que desde las perspectivas locales devienen más o menos permanentes. Desde estas miradas, se hace indispensable revisar las formas de transferencia del conocimiento antropológico, sus modos de aporte y contribución posible y real, específicamente en el campo de la salud mental.

En el campo de estudios sobre la salud mental confluyen diferentes disciplinas, orientaciones teóricas, programas, terapéuticas y políticas, y ha estado atravesado tanto por debates, tensiones y críticas, por un lado, como por programas, intervenciones y terapéuticas, por el otro. Así, las disciplinas de este campo (psiquiatría, psicología, neurociencias, etc.) han formado parte de los principales paradigmas de conocimiento e intervención a escala mundial: la medicina colonial, la salud internacional y de la salud global (Abadía-Barrero, 2022; Adams, 2016; Biehl & Petryna, 2013; Good 1994, Greene et al., 2013; Restrepo & Escobar, 2005). Desde los primeros programas de intervención de organismos internacionales a mediados del s. XX, las antropologías no solo han tenido diversas formas y niveles de participación

sino también han generado diversas críticas sobre sus características y efectos. Como resultado de las participaciones de las antropologías surgieron interrogantes y cuestionamientos, los que delinearon diversas orientaciones en las antropologías de la salud. En la actualidad, la salud mental global se ha convertido en un dominio programático atravesado por controversias y disputas, en el que se ensamblan abordajes previos, aunque actualizados a través de las coordenadas de los derechos humanos, de una cuantificación sofisticada y de industrias farmacéuticas de última generación, con diversas agendas científicas, institucionales y políticas, asumen características particulares en diversas geografías (Mills y Suman, 2014). Con la consolidación de la salud mental global, las etnografías han cobrado creciente relevancia para la investigación y evaluación de los costos y beneficios de programas y políticas específicas, así como también para revisar críticamente las características, métodos, metas y consecuencias de sus instituciones, saberes e intervenciones en diversas regiones del mundo.

Cuando las miradas críticas sobre intervenciones internacionales se realizan desde Latinoamérica, estas asumen características y agendas diferentes. Por un lado, desde la medicina social y la salud colectiva se ha cuestionado la poca relevancia otorgada por los paradigmas dominantes a los determinantes sociales de salud, y el privilegio en los programas para Latinoamérica de las agendas económicas y geopolíticas del norte global (Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Basile, 2020; Casallas, 2017; Iriart et al., 2001, 2002). Por otro lado, estas revisiones han cuestionado la recurrente aplicación de modelos de ya probada ineficacia, la dominancia de miradas culturalistas, el privilegio a intervenciones restringidas a la provisión de nuevos recursos y tecnologías (fármacos, test, etc.) y la frecuente desconexión con las particularidades y complejidades de las realidades locales (Casallas, 2017; Cueto, 2013; Menéndez, 1995).

En cambio, las miradas críticas sobre estos procesos han dado forma a las antropologías latinoamericanas, focalizando en los modos en que ciertos conocimientos antropológicos y de ciencias sociales pueden ser transformados en aportes y contribuciones para programas e intervenciones en el campo de la salud. Dentro del amplio espectro de críticas (epistémicas, económicas, políticas y sexo-generizadas), quisiera detenerme en la revisión que Menéndez (1995, 2005) ha realizado sobre los modos de apropiación por parte de los organismos y bancos multilaterales de recursos académicos teórico-prácticos, específicamente de las nociones y tecnologías de participación social y colectiva, las que habían sido elaboradas desde orientaciones críticas

latinoamericanas. Como señala Menéndez, mientras que estas nociones y acciones habían sido elaboradas para la confrontación del poder y la transformación de las políticas dominantes en la región durante los sesenta y setenta, en virtud de estas apropiaciones han sido reducidas a recursos técnicos entre medios y fines, limitadas a la toma de decisiones, vinculadas a individuos, micro-grupos y mujeres. Se hace necesario considerar la importante discontinuidad temporal entre la co-producción de recursos conceptuales y prácticas sociales en salud en general y en salud mental en particular, y su posterior apropiación por diversos organismos de poder que los resignifican desde otras agendas para aplicarlos en otros contextos con otros fines.

A pesar de contar con estos desarrollos analíticos y críticos, en la generalidad de los casos las transformaciones de los conocimientos académicos en políticas de salud y tecnologías de gobierno han sido asumidas como procesos simples, cuasi transparentes. Tanto a escala internacional y global, como al nivel nacional y local, "hacer políticas públicas" se ha convertido en el modo de transferencia privilegiada de los conocimientos antropológicos y de ciencias sociales sobre un problema de salud en particular. La importancia de la construcción de políticas públicas dentro de las diferentes formas de transferencia se fundamenta en que en virtud de su topología vertical sus efectos se ven ampliados, incrementando aparentemente la "practicidad" y "utilidad" de los conocimientos académicos.

El privilegio de hacer políticas entre los diferentes destinos posibles de los conocimientos antropológicos no solo se ve cuestionado por las apropiaciones y distorsiones analizadas, sino también porque este tipo de transferencia solo se puede realizar con gobiernos que considere dichos saberes como una contribución para el desarrollo de políticas que transformen las realidades sociales investigadas. Así, durante los gobiernos conservadores, y más aún en los de extrema derecha, se hace imposible generar este tipo de destino con los conocimientos específicos producidos. Si bien la salud mental en nuestras geografías siempre ha sido un dominio atravesado por múltiples tensiones y conflictos (entre saberes expertos, legislaciones, explicaciones, terapéuticas, farmacéuticas, financiamientos, responsabilidades, políticas y economías), en la actualidad se están desmantelando y desfinanciando servicios, formaciones profesionales, instituciones en salud mental, y se están revisando abordajes y legislaciones en salud pública.

Cuando situamos estos rápidos cambios que están sucediendo en la salud pública local, otras posibilidades de intervención adquieren una relevancia e importancia central. Así, las etnografías de la salud y

sus destinos se convierten en abordajes estratégicos para la investigación, la argumentación y para hacer públicas ciertas problemáticas en su multiplicidad, complejidad, en tiempo presente y a la misma escala de las experiencias y los contextos sociales específicos.

ETNOGRAFÍAS A CONTRACORRIENTE

Como hemos mencionado anteriormente, el trabajo etnográfico en sus diferentes variaciones (clásicas, investigación-acción, multisituadas, colaborativas, interculturales) ensambla materiales heterogéneos de diferentes genealogía y cronología, coproducidos con las personas afectadas, de acuerdo a las lógicas locales que, incluyendo contradicción y tensión, son reconstruidas con la guía de las personas con las que se trabaja. Al revisar los aportes específicos de las etnografías sobre ciertos lenguajes de aflicción, como es el caso de "estar" o "ser fisura", podemos señalar los siguientes:

- Estos lenguajes, y las experiencias de padecer que incluyen, no se corresponden con los modelos dominantes de inteligibilidad de las tecnologías psi, ni con aquellos disponibles en las antropologías de la salud sobre estas dolencias. Sin embargo, y A pesar de las dificultades para ser subsumidos, ciertos rasgos diseccionados del "estar fisura" son traducidos a las categorías psi disponibles. Como consecuencia, los abordajes terapéuticos tradicionales son considerados por las personas afectadas y sus comunidades como inadecuados e ineficientes, como una suerte de intervenciones psi "para pobres".
- Desde las perspectivas y lenguajes locales este tipo de dolencias incluyen ciertos tipos de daños, deterioro y heridas subjetivas y corporales que devienen permanentes cuando no se intervienen de forma idónea, rápida, adecuada y sostenida en el tiempo, ya que se empiezan a vivir y entender como irreversibles. Desde estas miradas locales, las aflicciones asociadas a los consumos problemáticos de drogas y vinculadas a esta terminología refieren a estados transitorios expresados en el "estar fisura" que, cuando no se realiza intervención alguna, se convierten y corporizan en tipos de sujetos, las y los "fisuras".
- Cuando interrogamos ciertos lenguajes como "el estar" o "ser fisura" se hace evidente que desde las expectativas locales refieren a procesos de subjetivación, por los que estados transitorios

> devienen en una suerte de "esencias" de ciertos tipos de seres humanos, que conmueven y desafían las categorías de lo humano y lo no humano. A diferencia de las orientaciones dominantes psiquiátricas, psicológicas, la transformación desde "estar" a "ser fisura" supone no solo la conversión de estados de padecer en tipos de seres humanos, sino también la evidencia de cómo los abandonos y negligencias sociales producen vidas no vivibles y no viables en zonas de marginación social.

Cuando nos detenemos en estos argumentos sobre el "estar" y el "ser fisura" en contextos de consumo intensivo del pb/paco y desde las perspectivas de los conjuntos sociales afectados, documentados en etnografías llevadas a cabo en la primera década del nuevo milenio, se hace evidente no solo que se diferenciaban de las fórmulas de inteligibilidad sobre las aflicciones disponibles en ese entonces. Además, y en virtud de esas diferencias, se hace visible también que estos saberes no fueron integrados ni hicieron mella con sus particularidades en las gramáticas académicas y en las políticas dominantes sobre consumos problemáticos, ni tampoco generaron otros modos de verlos y abordarlos en correspondencia con los cambios sutiles o drásticos que han tenido lugar en los modos de vida.

Se hace necesario considerar que las gramáticas académicas dominantes sobre consumos problemáticos de drogas, así como sus traducciones en políticas públicas de ese período histórico, se correspondían con una agenda estructurada en torno a otros problemas relevantes (criminalización, legislaciones, terapéuticas, etc.). Como ha analizado Menéndez respecto a la participación social, este modo de transferencia de conocimientos para hacer políticas públicas internacionales se formula en términos de una temporalidad unilineal, cuya estructura puede enunciarse del siguiente modo: cuando estos programas finalicen, habrán logrado reproducir en otras geografías los modos de vida, en este caso de la salud, que ya fueran logrado en países del norte global. En correspondencia con la temporalidad dominante en el liberalismo tardío (futuro perfecto), los programas e intervenciones dominantes en salud están embebidos por esta variante de la secuencia unilineal. Bajo esta temporalidad, las acciones presentes son interpretadas de acuerdo a las coordenadas de discursos legitimados sobre el futuro que –supuestamente– estas acciones habrán producido cuando dichas acciones sean finalizadas (Epele 2024; Povinelli, 2012; Restrepo & Escobar, 2005). Así, se instalan como sentidos predominantes de las políticas y programas aquellas metas para las que estas

acciones habrán sido realizadas, al tiempo que se desdibujan los sufrimientos que involucran en el presente y con los que convivimos hoy para tales metas en un futuro indeterminado.

Mientras estas agendas se fueron desplegando en los discursos y debates públicos y en el trazado de políticas y servicios, ciertos problemas que estaban surgiendo en las periferias, como las "fisuras" y sus "subjetividades", también importantes aunque todavía invisibles y ocultos bajo el manto ruidoso de los discursos y agendas dominantes, siguieron su curso, ampliando sus radio de influencia, transformando y diversificando los modos de padecer y las personas que las padecen, profundizando las consecuencias y peligros para la supervivencia en zonas de marginación social.

Desde esta perspectiva, las etnografías asumen ciertas características que hacen posible otro tipo de aportes y contribuciones sobre las problemáticas investigadas. Por un lado, a diferencia del diseño de programas y políticas de salud basados en conocimientos expertos en antropología y en ciencias sociales, las etnografías trabajan en términos de contemporaneidad, es decir, en un presente con un espesor y consistencia que se diferencia del ahora, de lo inmediato. La crítica del presente cuestiona la estructura temporal unilineal que fundamenta ciertos procesos, discursos y prácticas dominantes ligados a las transformaciones sociales. Esta crítica hace posible el extrañamiento del presente, romper con la familiaridad y totalidad con la que se asume, y entenderlo como la yuxtaposición de fragmentos y materiales antiguos y nuevos, atravesados por discontinuidades, contingencias y contradicciones (Benjamin, 1968; Epele, 2013; Rabinow, 2008). Por otro lado, a diferencia de otras metodologías cualitativas, las etnografías de orientaciones críticas incluyen, investigan y critican las políticas públicas de conocimiento, de salud y de seguridad social, incluso aquellas que son construidas con los aportes de las ciencias sociales y las antropologías.

Sin embargo, como el surgimiento y expansión durante el nuevo milenio de las aflicciones relativas al "ser o estar fisura" señalan, algunos resultados etnográficos de importancia, y que podrían haberse convertido en aportes significativos de invadir los escenarios públicos mientras estaban sucediendo, han quedan relegados, minimizados y desdibujados bajo la aplastante exposición, debate y polarización que las gramáticas académicas y políticas dominantes han desplegado. Por lo tanto, hacer etnografías de forma colaborativa con los conjuntos afectados, y problematizar aspectos desconocidos de sus experiencias y perspectivas confrontando las lógicas de poder y las economías que

las producen no garantiza que estos conocimientos lleguen a destinos donde contribuyan a transformar las realidades.

Así, las contribuciones de las etnografías que trabajan a contracorriente son todavía restringidas, es decir, adolecen de múltiples dificultades y obstáculos que convierten sus aportes en contingentes, rudimentarios y erráticos. Se hace necesario el desarrollo de tecnologías académico-sociales y políticas sofisticadas y sensibles para que estos saberes hechos a medida y semejanza, a la misma complejidad y escala de los abordajes etnográficos donde fueran co-construidos, se hagan públicos, transformen las miradas y comprometan acciones locales y colectivas para abordarlas.

PALABRAS FINALES

Para finalizar, volviendo al comienzo de este capítulo, quisiera detenerme en la interrogación inicial sobre los aportes de las etnografías para los mismos conjuntos sociales con los que se trabaja, específicamente bajo condiciones críticas como las actuales, respecto a problemáticas de salud en general y de salud mental en particular. Siguiendo a Fassin (2017), *hacer públicas* las etnografías se convierte en relevante ya que consiste en confrontar críticamente y en tiempo presente, en ámbitos públicos y de debate, tramas entre poder, economías y salud que producen y afectan ciertas aflicciones. Así se trabaja a contracorriente de los modos dominantes de entenderlas, intervenirlas y gobernarlas. Considerar el hacer público como uno de los destinos privilegiados de las etnografías, no siempre se opone radicalmente a la fábrica de fórmulas discursivas y de intervención "listas para usar" que otras ciencias sociales y formatos de topología vertical generan. En este sentido, el hacer público se podría considerar una instancia dentro de engranajes complejos que buscan producir transformaciones a través de otras estrategias.

A diferencia de los procesos dominantes de producción, acumulación y transferencia de conocimientos sobre la salud mental, organizados principalmente en tiempos del futuro perfecto, las etnografías a contracorriente de las tramas de poder y salud mental trabajan, o al menos podrían trabajar, en tiempos del presente, en términos de lo contemporáneo. Contemplando las definiciones ampliadas del tiempo presente y de lo contemporáneo, se abre la posibilidad de interrogar y modificar dichas problemáticas cuando todavía se están construyendo, con anterioridad a que se normalicen, naturalicen, sus efectos se solidifiquen y desconozcan como problemas.

En oposición a las formas privilegiadas de transferencias de conocimientos que diferencian instancias "aplicadas" y "teóricas", estas prácticas críticas-públicas devienen en parte inherentes del trabajo etnográfico mismo, sin reproducir aquellos dualismos que han atravesado la modelización tradicional relativa a la "aplicación" de sus resultados. Para que las etnografías sobre problemas de salud desplieguen su potencial de modificarlos se hace necesario generar las condiciones para que dichas transformaciones tengan lugar, las que en la actualidad todavía son frágiles, erráticas y contingentes. Específicamente, se hace necesario desarrollar tecnologías académico-sociales (discursivas, audiovisuales, espaciales, públicos, etc.) para que los aportes etnográficos adquieran una envergadura y escala que los conviertan en decibles, audibles e inteligibles en las arenas y debates públicos y políticos. Finalmente, este reexamen hace posible despejar la necesidad del desarrollo de dichas tecnologías para que los aportes reales y potenciales de las etnografías sobre los problemas de salud se amplifiquen, y sean sensibles a los tiempos, escalas y miradas de aquellas personas que los padecen y afrontan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadía-Barrero, C. (2014). Neoliberal Justice and the Transformation of the Moral: The Privatization of the Right to Health Care in Colombia. *Medical Anthropology Quaterly*, *30* (1). https://doi.org/10.1111/maq.12161

Abadía-Barrero, C. (2018). Etnografías como acción política: articulación del compromiso antropológico a estrategias contra hegemónicas. En R. Guber (Org.), *Trabajo de campo en América Latina. Experiencias antropológicas regionales en etnografía* (pp. 1009-126) Editorial SB, Colección Paradigma Indiciario.

Abadía-Barrero, C. (2022). Colonial, Postcolonial or Decolonial. En M. Singer, P. Ericson y C. Abadía-Barrero (Comps.), *A Companion to Medical Anthropology 2nd edition* (pp. 373-387). Wiley Publishing.

Adams, V. (2016). *Metrics. What Counts in Global Health*. Duke University Press.

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales 75*, 5-30.

Bangstad, S., Bertelsen, B. y Henkel, H. (2019). The politics of affect Perspectives on the rise of the far-right and right-wing populism in the West. *Focaal-Journal of Global and Historical Anthropology, 83*,98-113.

Barcala, A. (2025). Argentina's mental health at a crossroads: retrenchment and local resistance. *The Lancet Regional Health-Americas*. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101250

Basile, G. (2018). *Salud internacional Sur Sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico.* II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, GT Salud Internacional, CLACSO.

Basile, G. (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciencia & Saúde Colectiva, 25*(9), 3557-3562. https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20952020

Béhague, D. y MacLeish, K. (2020). The Global Psyche: Experiments in the Ethics and Politics of Mental Life. *Medical Anthropology Quaterly, 34*(1), 5-20.

Benjamin, W. (1968). Theses on the Philosophy of History. En *Illuminations* (pp. 253-267). Schocken Books.

Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. University of California Press.

Biehl, J. y Locke, P. (2010). Deleuze and the Anthropology of becoming. *Current Anthropology, 51*(3), 317-351.

Biehl, J. (2016). La etnografía en el camino de la teoría. *Etnografías Contemporáneas, 2*(3), 226-25.

Biehl, J. A. y Petryna, A. (2013). Critical Global Health. En Biehl, J. y Petryna, A. (Comps) *When People Come First: Critical Studies in Global Health* (pp. 1-20). Princeton University Press.

Bonet, O. (2020). En busca de la salud mental. Sufrimiento y vulnerabilidades en la formación en Medicina Familiar y Salud Mental. En M. Epele, *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 129-153). Buenos Aires: IIGG-CLACSO.

Borosfsky, R. (2019). *An Anthropology of Anthropology. Is it a time to Shift Paradigms?* Kailua: Center for Public Anthropology.

Cabral de Oliveira, J. y Marini, M. (2020). Why is the Bolsonaro Government afraid of Anthropology? *Society for Cultural Anthropology*. https://www.culanth.org/fieldsights/why-is-the-bolsonaro-government-afraid-of-anthropology

Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud

pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud, 15*(3), 397-408. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123

Clifford, J. y Marcus, G. (1986). *Writing Culture. Poetics and Politics of Ethnography.* University of California Press.

Cueto, M. (2013). A Return to the Magic Bullet? Malaria and Global Health in the Twenty-first century. En J. Biehl, & A. Petryna (Eds.) *When People Come First: Critical Studies in Global Health* (pp. 30-54). Princeton University Press.

Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. University of California Press.

Del Mónaco, R. (2020). Empresarios de sí mismos: subjetividades en las terapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina. En M. Epele, *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 153-175). Buenos Aires: IIGG-CLACSO.

Dias Duarte, L. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Zahar.

Duarte, D., Benetti, P. y Alvarez, M. (2024). A "war on science?" Far-right movements and the disputes over epistemic authority in Brazil. Tapuya: *Latin American Science, Technology and Society, 7*(1). https://doi.org/10.1080/25729861.2024.2325308

Epele, M. (2010). *Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud*. Editorial Paidós.

Epele, M. (Comp.). (2020). *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi*. IIGG-Clacso.

Epele, M. (2021). La multiplicación de las penas: cuestiones preliminares para el abordaje de acusaciones y denuncias de proximidad en tiempos de pandemia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, 44*, 119-144. https://doi.org/10.7440/antipoda44.2021.06

Epele, M. (2022). "Breaking Down": Afflictions and Treatments During Times of Crisis in Buenos Aires. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 46*(4),761-778. https://doi.org/10.1007/s11013-021-09748-z

Epele, M. (2023). De Gramáticas y Emergencias. Algunas cuestiones sobre etnografías situadas bajo condiciones de seguridad sanitaria. *Revista Mana, 29*(2). http://doi.org/10.1590/1678-49442023v29n2e2023014.es

Epele, M. (2024). El cuidado habrá sido cuestionado. O Como las Etnografías críticas confrontan las tramas entre el cuidado y el

poder. *Revista Etnografías Contemporáneas*, *10*(19), 10-34. https://orcid.org/0000-0002-6742-2510
Escobar, A. (2014). *Sentir Pensar con la Tierra. Nuevas Lecturas sobre Desarrollo, Territorio y Diferencia*. Unalula.
Fanon, F. (1963). *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica.
Fassin, D. (2012a). Ethnography as Political critique. *Anthropological Quarterly*, *85*(4), 1209-1228.
Fassin, D. (2012b). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. University of California Press.
Fassin, D. (2017). *If truth be told. The Politics of Public Anthropology*. Duke University Press.
Fassin, D. y Pandolfi, M. (2013). *Contemporary States of emergency*. Zone Books.
Fernández Juárez, G. (Comp.) (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Abya-Yala.
Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974).* Fondo de Cultura Económica.
Giordano, C. (2014). *Migrants in translation. Caring and the logic of difference in contemporary Italy*. University of California Press.
Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
Greene, J., M., Basilico, H. K. y Farmer, P. (2013). Colonial Medicine and Its Legacies. En P. Farmer (Ed.), *Reimagining Global Health: An Introduction* (pp. 33-73). University of California Press.
Jain, S. y Orr, D. (2016). Ethnographic perspectives on global mental health. *Transcultural Psychiatry*, *53*(6), 685-695.
Hacking, I. (2006). *Making up people. London review of books, 28*(16). https://www.lrb.co.uk/the-paper/v28/n16/ian-hacking/making-up-people
Harcourt, B. (2019). Critical Praxis for the Twenty- First Century. En D. Fassin, & B. Harcourt (Eds.), A Time for Critique (pp. 271-295) . Columbia University Press.
Hora, R. (2024). Javier Milei y el incierto experimento libertario. *Nueva Sociedad*. https://www.nuso.org/autor/roy-hora/
Ingold, T. (2015). Conociendo desde dentro: reconfigurando las relaciones entre la antropología y la etnografía. *Revista Etnografías Contemporáneas, 2*(2), 218-230.

Iriart, A., Estrada, S. y Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, *91*(10), 1592-1601.

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 12*(2), 128-136.

Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (1997). *Social Suffering*. University of California Press.

López Sánchez, O. (2020). El alma mexicana o de cómo las disciplinas psi construyeron la identidad psíquica del mexicano en los siglos XIX y XX. En M. Epele, *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 21-49). IIGG-CLACSO.

Lux, J. y Jordan. J. (2019). Alt-Right 'cultural purity' ideology and mainstream social policydiscourse-Towards political anthropology of 'mainstremeist' ideology. En E. Heins, C. Needham, & J. Rees, (Eds.). *Social Policy Review 31*, 151-176. Bristol University Press.

Marcus, G. (2018). Etnografía Multisituada. Reacciones y potencialidades de un Ethos del método antropológico durante las primeras décadas de 2000. *Revista Etnografías Contemporáneas*, *4*(7), 177-195.

Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; Alianza Editora Mexicana y Editorial Patria;

Menéndez, E. (1995). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Dimensión antropológica, 2*(5), 7-37.

Menéndez, E. (2005). Políticas del Sector de Salud Mexicano (1980-2004). Ajuste estructural y Pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, *1*(2), 195-223.

Mills, Ch. y Suman, F. (2014). Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South, 1*(2), 188-202.

Muñoz, R. (2021). *Antropología, psiquiatría y alteridad: de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*. Universidad Rovira iVirgili. Colección de Antropología Médica.

Peirano, M. (2021). Etnografía no es método. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, 44*, 29-43. https://doi.org/10.7440/antipoda44.2021.aop.01

Pérez, F. y Jimenez, D. (2020). Etnografía y políticas públicas en materia de justicia y violencia contra las mujeres en Chile. *Polis revista latinoamericana, 55*. http://journals.openedition.org/polis/18776

Povinelli, E. (2012). The Will to be Otherwise. The Effort of Endurance. *The South Atlantic Quarterly, 111*(3), 452-475. https://doi.org/10.1215/00382876-1596236

Rabinow, P. (2008). *Marking Time. On the Anthropology of the Contemporary*. Princeton University Press.

Rappaport, J. (2007). Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración. *Revista Colombiana de Antropología*, *4*3, 197-229.

Restrepo, G. y Escobar, A. (2005). Other anthropologies and anthropology otherwise: steps to a world anthropologies framework. *Critique of Anthropology, 25*(2), 99-128.

Retamozo, M. (2025). El populismo antipopulista de Javier Milei. Demandas, discurso y política de la derecha radical en Argentina. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, *LXX*(253), 53-76.

Romaní, O. (Comp.) (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto*. Publicaciones de la Universitat Roviri i Virgili.

Rose, N. y Miller, P. (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge Polity Press.

Santos, L. (2024). "Eliminate Anthropology": Attitudes toward social science in the public discourse. *American Anthropologist*. https://doi.org/10.1111/aman.28055

Scheper Hughes, N. (1992). *Death without weeping. The Violence of Everyday life in Brazil.* University of California Press.

Segato, R. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología de la demanda.* Editorial Prometeo.

Singer, M. y Baer, H. (1995). *Critical Medical Anthropology.* Baywood Publishing Company.

Singer, M. y Erickson, P. (Eds.) (2011). *A companion to Medical Anthropology*. Wiley- Black well.

Svampa, M. y Viale E. (2014). *Mal Desarrollo. La Argentina del Extractivismo y del Despojo*. Katz.

Valenzuela-Fuentes, K. (2018). Militant ethnography and autonomous politics in Latin America. *Qualitative Research*, *19*(6), 718-734. https://doi.org/10.1177/1468794118787712

Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida*

Rubén Muñoz Martínez

INTRODUCCIÓN

En este artículo revisamos algunas de las definiciones, usos y críticas principales del concepto pluralismo médico (o pluralismo asistencial)[1] desde las ciencias sociales y respecto a ciertas apropiaciones en la salud pública y la biomedicina, y a la luz de sus actuales limitaciones planteamos la propuesta teórica del nomadismo terapéutico. El objetivo es generar ejes críticos de indagación epistémica sobre la atención médica y la cronicidad desde los procesos de estratificación social y las, en términos de Menéndez (1998), estrategias de vida de los grupos sociales. Para ello, recurriremos a dos ejemplos etnográficos a partir de la práctica etnopsiquiátrica en salud mental en Bruselas (Bélgica) y del apego[2] al tratamiento antirretroviral de personas mayas con VIH en Chiapas (México). En las sociedades

---

* Este artículo fue publicado en "Aposta. Revista de Ciencias Sociales", 2020, N. 85, pp. 88-110. Para la presente reedición se realizaron algunas modificaciones puntuales respecto a la versión original.

1 Algunos autores lo definen como pluralismo terapéutico (ver Broom & Tovey, 2008).

2 El apego a un tratamiento es definido desde la biomedicina como el cumplimiento y vínculo con las recomendaciones del profesional de la salud, por ejemplo la toma de al menos el 95 % de tratamiento antirretroviral (Castro, 2005). Aquí problematizamos algunos de sus supuestos.

denominadas como occidentales el sedentarismo y el nomadismo han estado históricamente vinculados al binomio norma social/desviación. A la "práctica nómada" se le atribuye, desde las ciencias de la salud, el fracaso del encuentro médico/paciente/institución a partir de dos ejes explicativos: el primero recae en el médico que no se ciñe a un sistema universal, y monocultural, de atención biomédica, comprometiendo, su "no especialización", la eficacia terapéutica. El segundo reenvía al paciente que transgredió el apego al tratamiento biomédico, entendido como sinónimo de sedentarización/afiliación al "sistema médico",[3] y su complementariedad o no con formas de atención no biomédicas (reconocidas o no por la medicina alópata). Desde esta perspectiva, se evade analizar dos procesos que tienen un carácter relacional. Por un lado, que lo fundamental para que el encuentro clínico (o terapéutico de otra naturaleza) sea real, teniendo como resultado su éxito o fracaso, es que el médico transite entre modelos, representaciones y prácticas de la salud, a pesar del carácter biomédico monocultural y universal que su presentación pretenda tener. Por otro lado, que el usuario que toma un tratamiento, con el resultado de su apego o no, lo haga a partir de las representaciones y prácticas nómadas que se producen en las fronteras, espacios intermedios y trayectos entre diversas formas de atención.

Definimos el nomadismo terapéutico como el proceso de transición epistémica que tiene lugar en la atención terapéutica y en la búsqueda de atención, a partir de la articulación que los actores involucrados realizan de sus estrategias de vida, entendidas como un conjunto de prácticas de tipo cultural destinadas a la reproducción bio/sociosimbólica, con las condiciones de estratificación social existentes.

El nomadismo terapéutico, como una modalidad crítica del nomadismo epistémico (enunciado por Deleuze & Guattari, 1998), es un devenir que, como proceso y no como conjunto de posiciones o puntos fijos, condensa las tensiones sociales y las especificidades de las praxis y el pensamiento humano en torno a la atención terapéutica y a su búsqueda, pudiendo constituirse en la expresión de su éxito o de su fracaso. El pluralismo médico evoca la imagen de un mosaico de representaciones, prácticas o sistemas respecto al padecer, a la prevención o a la atención en salud que "conviven" de manera más o menos conflictual y diferenciada. Por el contrario, el nomadismo terapéutico remite a, retomando la metáfora de Pitarch (2004) para el

3 La biomedicina utiliza el término "nomadismo médico" con este fin (ver Boudali et al., 2011).

campo religioso, un caleidoscopio en el cual no hay una visión unificada de las partes, sin que las partes, en constante transformación y redefinición relacional, estén en el todo y viceversa. Como proceso ex profeso, por ejemplo a partir de una metodología terapéutica específica, o de facto, existente en las relaciones sociales de forma difusa, el nomadismo terapéutico nos permite analizar teórica y metodológicamente la salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) a partir de los siguientes ejes epistémicos: a) Problematizando la enunciación de lo culturalmente plural, como sinónimo de las diferencias entendidas desde opuestos dicotómicos (plural-monismo, tradición-modernidad, sujeto-estructura, etc.), a partir de un análisis de la (re)producción de procesos de estratificación social. b) Señalando los procesos, y no las variables entendidas como puntos o posiciones fijas, respecto a la atención en salud y su búsqueda. c) Descentrando la concepción de la atención en salud basada en sistemas (burocráticos, culturales, sociales o de otro tipo) a partir de las prácticas y estrategias de vida de los actores que buscan atención o la proporcionan. d) Entendiendo las estrategias de vida y los procesos de estratificación social como articulaciones selectivas por sus diversos efectos en la reproducción bio/sociocultural, en una sociedad dada, en función de las posiciones estructurales, y relacionales, de los sujetos y grupos sociales definidas por la clase social, el género, la generación, la etnicidad o, entre otras, la condición de ciudadanía. e) Cuestionando la representación normativa y sacralizada del movimiento o la inmovilidad (física, explicativa, epistémica, etc.) en procesos resolutivos de una demanda de salud que con frecuencia, a partir del actual paradigma de la cronicidad, son analizados desde la(s) afiliación(es)/desafilación(es) terapéutica(s) a uno o más recursos de atención. Consideramos que su definición desde esta perspectiva puede plantear nuevas preguntas sobre las naturalezas de lo instituyente, lo disciplinario y lo político en torno a la atención en salud.

El artículo se divide en los siguientes apartados. En un primer momento, planteamos la propuesta teórica y el marco metodológico. En un segundo momento, se ejemplifica a partir de dos etnografías en los campos de la atención en salud mental en Bruselas (Bélgica) y del apego al tratamiento antirretroviral de personas mayas (tseltales y choles) con VIH en Chiapas (México). Concluimos con algunas consideraciones finales y posibles ejes de indagación.

EL PLURALISMO MÉDICO INTERPELADO Y ALGUNAS PROPUESTAS CONCEPTUALES

El pluralismo asistencial o pluralismo médico es un concepto propuesto inicialmente por el antropólogo Charles Leslie (1980), respecto a los sistemas médicos locales en Asia, que ha sido aplicado en numerosas investigaciones desde diversos contextos del mundo, entendiéndolo como una característica estructural de todas las sociedades, a partir de disciplinas como la antropología o la sociología y, de manera creciente en los últimos años, en el campo de la salud pública.

Los usos más frecuentes del pluralismo médico han sido de tres tipos: experimental, político y teórico. El experimental, entendido como una actividad científica, describe las realidades de los diversos tratamientos a los que acuden las personas alrededor del mundo. El político, se refiere a la movilización con propósitos políticos del derecho a la existencia de las prácticas de curación no biomédicas. El teórico, remite a un uso analítico del concepto para entender la variabilidad y especificidad contextual de la curación (Horbst et al., 2017).

En el marco de los mencionados usos, el estudio del pluralismo médico ha tenido cuatro objetivos principales: el primero, comprender las formas en las que las personas atienden su salud desde sistemas distintos al biomédico, o desde la autoatención. El segundo, conocer cómo los terapeutas, pertenecientes a tradiciones de atención no biomédicas, atienden a sus pacientes, de manera complementaria o no con la atención biomédica. El tercero, explorar cómo la atención biomédica proporcionada por los profesionales de la salud es interpelada por pacientes que tienen trayectorias socioculturales diversas (como por ejemplo los migrantes o las minorías étnicas). El cuarto, modificar las representaciones y prácticas de los usuarios de estos recursos de atención en salud, así como las prácticas de atención de tipo biomédico, alternativo o complementario de los terapeutas.

Con frecuencia, desde las ciencias sociales el pluralismo médico ha sido construido y/o aplicado a partir de las denominadas como trayectorias de búsqueda de atención (o itinerarios terapéuticos) entendidas como la reconstrucción científica de las múltiples racionalidades, actores y fuerzas que llevan a una persona que sufre un padecimiento a recurrir a diversas formas de atención en salud de manera incluyente o no. A su vez, al análisis de modalidades de atención en salud en las que la denominada como diversidad cultural se vuelve significativa en la interacción entre el terapeuta y el usuario. Si bien a menudo los trabajos enfatizan en la combinación y síntesis

entre modelos de atención (Janzen, 1982; Jacorzynski, 2006), desde las prácticas de los actores, su marco epistemológico es el pluralismo médico. Diversas etnografías al respecto han señalado sus limitaciones sugiriendo la necesidad de futuros movimientos conceptuales (Johannessen e Imre, 2006).

Hoy en día el pluralismo médico ha cobrado un renovado interés desde la investigación aplicada en salud (Hsu, 2008), aunado a su histórico y hegemónico uso en las ciencias sociales dedicadas al proceso salud/enfermedad/atención-prevención. Tanto la emergencia como la revitalización del concepto se deben a la llegada y/o institucionalización de las medicinas denominadas como complementarias y alternativas, a la crisis de los sistemas de salud (Cant & Sharma, 1999), provocada por el capitalismo global y la desfinanciación de los sistemas nacionales e internacionales públicos (como la OMS), apelando, a partir de Alma Ata, a modalidades de atención menos costosas; o, entre otros factores, al incremento de la movilidad de bienes, personas y prácticas curativas a una escala global (Krause et al., 2012).

A pesar o gracias a su éxito, y a sus usos y exclusiones, son diversas las críticas que se han planteado a las definiciones y aplicaciones, mayoritariamente desde las ciencias sociales pero también de la salud, del pluralismo médico. Las principales tienen que ver con cinco aspectos: el concepto de cultura simplificado; el dominante análisis basado en la perspectiva de los profesionales de la salud; la tendencia conductista en el estudio de la búsqueda de atención; la falsa consciencia respecto a la elección; por subestimar o simplificar la importancia de los procesos estructurales, económicos o de poder y por reproducir una visión monolítica de la biomedicina (Hsu, 2008).

Una de las críticas principales al concepto "plural" del pluralismo médico ha procedido de la antropología médica crítica, la cual ha problematizado su uso desde la biomedicina ocultando la influencia de los procesos socioeconómicos, de la competencia entre subsistemas de salud estratificados y de las jerarquías en el acceso a la atención médica, para reducir el proceso a una conducta individual basada en la libre elección o en la sobredeterminación cultural (Menéndez, 1983; Baer, 2011). Desde esta perspectiva, señalamos la exclusión o secundarización del análisis de procesos de mercantilización, burocratización, estatalización y/o asimilación biomédica de saberes y prácticas, como modalidades de articulación entre nuevas o viejas formas de estratificación social y producción de subjetividad, bajo la retórica de la pluralidad, la multiplicación y la hibridación de las diferencias fruto del impacto en los mundos locales del capitalismo

global.[4] Otra de las críticas a ciertos usos del pluralismo médico se refiere a su concepción de la biomedicina como un sistema homogéneo de conocimiento y/o no cultural, local y relacional. Para ello, se utiliza con frecuencia una aproximación funcionalista enfocada en la causalidad, en la coherencia sistémica y en el principio de determinación de los conocimientos y prácticas al interior de la biomedicina. Lo cual, por extensión, también ocurre respecto a las denominadas como "conductas de búsqueda de atención" en función del esquema norma/desviación. Estas aproximaciones han sido ampliamente cuestionadas por la antropología médica, a partir, entre otras, de redefiniciones del concepto "sistema médico". Algunos ejemplos de ello son el análisis perspectivista de las diferentes explicaciones de una misma enfermedad entre el personal de salud (Mol, 2002); la interdependencia entre sistemas en función de la distribución asimétrica de poder y recursos (Pedersen & Barufatti, 1989); o cómo la práctica médica se apropia de modelos explicativos locales no biomédicos del padecimiento, utilizados por los pacientes, reforzándolos (Helman, 1978). Estos cuestionamientos se han realizado también respecto a tradiciones terapéuticas no biomédicas, las cuales son con frecuencia asumidas como locales y ahistóricas obviándose sus implicaciones respecto al control social e ideológico y al cambio (Menéndez, 1994), así como sobre sus pretensiones translocales y universalistas.

Si bien son diversos los trabajos que abordan el pluralismo médico o asistencial de forma crítica, muy pocos han planteado nuevas definiciones conceptuales (Horbst et al., 2017), que inviten a subrayar las limitaciones y exclusiones enunciadas a partir de marcos teóricos y epistemológicos específicos. De las escasas propuestas teóricas existentes la mayoría apela a marcos de movilidad transnacional de personas, bienes, ideas o prácticas como formas resolutivas de atención a la salud. En esta línea, la concepción inaugural del pluralismo médico como multiplicidad vinculada a sistemas cerrados, con fronteras nacionales o culturales delimitadas ha sido problematizada por la corriente postestructuralista, las teorías de la globalización y los estudios sobre el transnacionalismo. Los estudios sobre la globalización y el transnacionalismo han interpelado al pluralismo médico a partir de propuestas como los "médicoscapes" desarrolladas por Horbst y Wolf (2014). Cabe mencionar, en este sentido, las denominadas como "terapeutic mobilities" o la "medical mobility" (Beck, 2012) que entienden

4 Ver por ejemplo, en Chiapas, la denominada como medicina de fusión por Holland (1989) o de transición por Harman (1974).

el movimiento como terapéutico o a la terapéutica a partir de encuentros entre ensamblajes resultado de la movilidad (de fármacos, profesionales médicos, pacientes…) concebida como un medio de producir o consumir terapéutica (Kaspar et al., 2019). Otras propuestas conceptuales, en la línea con los estudios sobre la globalización, han planteado conceptos como la "pluralización médica" (Horbst et al., 2017) o la "diversidad médica" (Parkin, 2013) aludiendo a la creciente diversificación de los préstamos e hibridaciones entre recursos terapéuticos y estrategias de búsqueda de atención. Desde los estudios transnacionales y transfronterizos se han propuesto algunas categorías y/o marcos de análisis para dilucidar las estrategias de atención a partir de la movilidad como, por ejemplo, respecto a la salud de los migrantes, la categoría "therapy networks" (Krause, 2008), o redes terapéuticas, presuponiendo que el cuidado se puede realizar sin la existencia de una comunidad cerrada. Dichas propuestas, de gran valor teórico, no invitan sin embargo a problematizar los binomios afiliación/desafiliación institucional, apego/desapego al tratamiento o eficacia/fracaso terapéutico desde la consideración de dos supuestos: el primero, los procesos de atención o de búsqueda, en su puesta en práctica, no están siempre sujetos a la noción inaugural de movilidad o de sedentarismo. El segundo, estos procesos carecen de fronteras epistémicas, disciplinares o culturales nítidas debido no tanto al préstamo, a la hibridación o al sincretismo cultural, sino a las articulaciones entre la producción de estratificación social y estrategias de vida que, desde las relaciones de conflicto y poder, realizan los sujetos y los grupos sociales. Esto no quiere decir que no existan síntesis o complementariedades entre prácticas atribuidas por los actores a epistemes diferenciadas pero su análisis se empobrece si las reducimos a una concepción culturalista (excluyendo el papel del poder en sus definiciones y puesta en práctica) y dicotómica o en compartimentos estancos (modernidad-tradición, magia-ciencia, sujeto-estructura, etc.).

EL NOMADISMO TERAPÉUTICO COMO RUPTURA EPISTEMOLÓGICA CON LO PLURAL Y MÓVIL

Entendiendo el nomadismo terapéutico como las transiciones epistémicas, que resumen el devenir del pensamiento y la acción humanas, desde la articulación de procesos de estratificación social y estrategias de vida, explicamos ambas categorías. Consideramos los procesos de estratificación social como producciones de posiciones estructurales,

con un carácter relacional, a partir de relaciones sociales ideológicamente configuradas, en función de, por ejemplo, el racismo, el sexismo o el clasismo, que definen el acceso y la exclusión a los recursos materiales y simbólicos en una sociedad dada. Para ello, estos procesos producen nuevas diferencias entre grupos sociales e instrumentalizan y/o excluyen las existentes para convertirlas en desigualdades, por ejemplo, económicas o políticas, y legitimarlas a través de su naturalización cultural, en este caso respecto a la salud/enfermedad/atención-prevención. Una categoría que permite destacar la dimensión subjetiva y estructural del daño a la salud, y su afrontamiento, desde una perspectiva no determinista que enfatiza la necesidad de conocer no solo al vulnerable sino a los actores que vulneran, y coproducen dicha estructura, es la vulnerabilidad relacional en salud (Muñoz, 2024). En este sentido, todas las personas son vulnerables y vulneran con consecuencias diferenciadas en función de su posición en la estructura social, pero también de procesos culturales y características individuales (Muñoz, 2024). La dimensión relacional permite concebir la salud como un bien que se construye, se disputa y se despoja, a partir de relaciones sociales y prácticas en forma de transacciones que vinculan a vulnerados y vulneradores, articulando los niveles micro/meso/macro y no esencializando ni desubjetivando aquello que denominamos estructura (ibidem.). En este contexto, las estrategias de vida son realizadas por los actores y grupos sociales a partir de representaciones y prácticas que buscan asegurar su reproducción biosocial (Menéndez, 1998) y simbólica (p. e. identitaria). Esto puede implicar procesos de estratificación social a nivel interno y externo de su grupo social o resistir a ellos, o la producción a partir de la resistencia y la resistencia desde formas socioculturales de producir estratificación social. Así, podemos hablar de estrategias selectivas de vida en la medida en la que pueden ser desadaptativas para el conjunto de la población en un momento determinado (Devereux, 1980), convirtiéndose en parcialmente adaptativas en otros periodos, o pueden generar una adaptación selectiva (p. e. la atención médica dirigida a los hombres blancos o mestizos de clase media y alta autóctona) en función del estrato social, el género y la posicionalidad étnica que se tiene.

Enfocados en las representaciones y prácticas de los sujetos respecto a la búsqueda y atención en salud, la propuesta del nomadismo terapéutico reúne al proceso de estratificación social y a las estrategias selectivas de vida a partir de la problematización de categorías dicotómicas e inaugurales como determinación-agencia o sujeto/estructura subrayando la importancia de entender los procesos desde las prácticas

dinámicas y, en su mayoría, pragmáticas de los actores respecto a la s/e/a-p. Para profundizar en esta propuesta conceptual retomamos la categoría nomadismo epistémico. Algunos autores han desarrollado o adoptado el nomadismo epistémico desde reflexiones epistemológicas centradas en el quehacer científico como es el caso de la ciencia nómada de Gilles Deleuze (1998) o la ecología de las prácticas de Isabelle Stengers (1997). Retomaremos aquí la propuesta de Deleuze (1998) y la diferenciación que hace entre movilidad, migración y nomadismo. El objetivo es señalar la especificidad del nomadismo terapéutico y sus diferencias con las mencionadas modalidades conceptuales de nuevo cuño centradas en la "movilidad y/o pluralización terapéutica". El nómada no debe confundirse con el migrante (Deleuze, 1998, p. 385). El migrante va "de un punto a otro, incluso si ese otro punto es dudoso, imprevisto o mal localizado". Para el nómada "los puntos son etapas en un trayecto" y aunque siga caminos habituales su función no es distribuir a las personas en torno a un espacio cerrado y regulado. El trayecto nómada "distribuye a los hombres en un espacio abierto, indefinido, no comunicante": "el nómada es aquel que no se mueve" (Toynbee, 1963 citado en Deleuze, ibíd.; p. 384). Mientras que "el migrante abandona un medio que ha devenido amorfo o ingrato, el nómada es aquel que no se va, que no quiere irse, que inventa el nomadismo como respuesta a ese desafío" (Deleuze, 1998, p. 385). El nomadismo epistémico es un devenir del pensamiento y la acción que, apelando a la necesidad del intermedio, de lo fronterizo y lo procesual, forma parte de un estado de las cosas y resume la diversidad del pensamiento y de la acción humana desde compartimentos no estancos ni dicotómicos, no necesariamente implicados en la diada movilidad/inmovilidad.

Desde el postestructuralismo, la movilidad, entendida como nomadismo (Maffesoli, 2004), se presenta con frecuencia como una respuesta contracultural autónoma que enfrenta al orden sedentario de la afiliación institucional (p. e. como tribus globales) evitando ser considerada parte del problema cuando las instituciones, la historia y sus formas de producir estratificación social abocan a las personas, exentas del "don" de la "libre movilidad" entre estructuras sociales, a inventar el nomadismo como estrategia de vida. Si el pluralismo médico evoca la imagen de un mosaico y el nomadismo terapéutico la disuelve en un caleidoscopio, sus (in)definiciones teóricas no son fruto del azar, de la indeterminación de la vida social o de la autonomía de los procesos simbólicos, remiten a las ideologías y a las relaciones sociales, en el mundo de la toma de decisiones sobre políticas públicas, en los intereses investigativos de la academia y/o en la atención en salud,

marcadas por el poder y la historia. La inclusión o exclusión de las posibilidades de cuestionar regímenes conceptuales previos, planteando nuevos escenarios de representación y análisis respecto a la salud, tiene repercusiones en la concepción de la división entre lo público y lo privado, o lo individual y lo colectivo, que interpelan a la naturaleza política del padecimiento.

MARCO METODOLÓGICO

La propuesta teórica-conceptual que se presenta y discute en el artículo está metodológicamente fundamentada en una revisión del estado del arte de la categoría "pluralismo médico" y de sus principales usos y problematizaciones; así como en su ejemplificación a partir de casos empíricos. Para ello, recurrimos a dos ejemplos etnográficos, resultado de nuestras investigaciones, sobre la atención a la salud mental de personas migrantes en Bélgica y la búsqueda de atención de personas mayas con VIH en el sur de México, con dos objetivos: discutir el nomadismo terapéutico desde el punto de vista de los terapeutas y de las personas que buscan atención en salud, y dar cuenta de dos formas en las que opera; ex profeso y de facto. La primera, se refiere a un tipo de nomadismo terapéutico que se vuelve visible a partir de una propuesta teórica y metodológica específica respecto a la terapéutica que permite detonar y sedimentar procesos de esta naturaleza. Para ello promueve la circulación, negociación y disputa de modelos explicativos y prácticas que producen nuevas modalidades de enunciación y generación de eficacia terapéutica a partir del devenir de lo fronterizo, lo no dicotómico y lo intermedio. Abordamos en concreto la práctica etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas, en el cual realicé mi investigación durante el doctorado y posteriores trabajos basados en ella (Muñoz, 2015, 2021), destinada principalmente a personas migrantes[5] que enfrentan padecimientos provocados, en su mayoría, por la vulnerabilidad relacional. Algunos de estos procesos se encuentran de forma menos visible en las relaciones sociales de diversos contextos de atención en salud inscribiéndose en la segunda modalidad enunciada, el nomadismo de facto. Este será el objetivo del segundo ejemplo etnográfico: las representaciones sociales y prácticas de personas mayas (tseltales y choles) que viven con VIH en Chiapas

5 Incluye a su vez a población no migrante, por ejemplo, víctimas de sectas o minorías étnicas locales.

y frente a procesos de vulnerabilidad relacional, tratan de tomar el tratamiento antirretroviral complejizando, tanto en su éxito como en su fracaso, los conceptos de apego y de cronicidad; así como ciertos usos del pluralismo médico que se reducen a enfoques culturalistas e individualizantes. Para ello nos basaremos en una investigación etnográfica, sobre este tema que llevé a cabo en la región tseltal de Chiapas en 2017-2018 (Muñoz, 2023).

El VIH y el padecimiento mental son dos problemas de salud altamente estigmatizados y desatendidos en estas poblaciones y contextos, y en los dos casos nos permiten analizar el nomadismo terapéutico como articulaciones de procesos de estratificación social y estrategias selectivas de vida que, por las características de la población afectada y del dispositivo terapéutico analizado, nos invitan a problematizar dicotomías como modernidad-tradición, pluralismo-monismo, movilidad-inmovilidad, sujeto-estructura desde las prácticas de los actores.

EL NOMADISMO TERAPÉUTICO: DOS EJEMPLOS ETNOGRÁFICOS

En este apartado describiremos dos casos etnográficos que consideramos se ajustan más al concepto de nomadismo terapéutico, a partir de la práctica del nomadismo epistémico aquí propuesto, que al pluralismo. Ambos plantean tres ideas críticas: la primera es la problematización del supuesto respecto a que el monismo cultural y epistémico o la pluralidad complementaria a la hora de proporcionar una terapia como al recibirla, son, además de una realidad, más adecuados en términos de su eficacia. La segunda, reside en la identificación empírica del denominado como nomadismo terapéutico, a partir de transacciones y movimientos entre prácticas y representaciones de la salud/enfermedad/atención-prevención alentadas por el pragmatismo cuya diferenciación y usos, si atendemos al punto de vista de los actores, es más complejo y dinámico que una visión basada en sistemas de pensamiento o acción delimitados y diferenciados en la práctica. La tercera, la concepción del nomadismo de saberes y prácticas como una especificidad del ser y/o un propósito que no implica necesariamente la movilidad o el desplazamiento geográfico, ni puede resumirse a lugares de hibridación o pluralización cultural, tratándose de un devenir de la acción, mediado por la estratificación social, que lucha por permanecer en el lugar de la eficacia terapéutica y/o en el del apego al tratamiento antirretroviral con efectos contradictorios.

1. LA CLÍNICA ETNOPSIQUIÁTRICA DESTINADA A POBLACIÓN MIGRANTE CON PADECIMIENTOS MENTALES: UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN NÓMADA

Las prácticas etnopsiquiátricas clínicas, basadas en la propuesta etnopsicoanalítica complementaria de George Devereux (1972) y desarrolladas por Tobie Nathan (1994), han tenido una amplia expansión a partir de la década de los 90 en los países francófonos de Europa y Norteamérica.[6] Su éxito se ha debido principalmente a su eficacia terapéutica con problemas de salud y usuarios, en gran parte migrantes de origen extranjero pero también colectivos minoritarios autóctonos, para los que las prácticas clínicas dominantes destinadas a la población local de clase media no resultan resolutivas. Su aproximación teórica y metodológica, con variantes diversas en función del contexto y la práctica de atención, está inspirada en algunos aspectos del chamanismo como son la concepción colectiva y pública de la terapéutica, el discurso sobre el paciente, el uso de los fetiches (u objetos activos) y, desde el psicoanálisis, la importancia clínica de la transferencia y la contratransferencia afectiva y cultural (Muñoz, 2013a; 2021). Uno de los mecanismos terapéuticos principales de la consulta es el efecto de la materialización de la alteridad a partir del cual el usuario encuentra un espacio de representación, la sociedad multicultural belga, desde el cual abordar su padecimiento dejando de ser un sujeto universal asimilado a la cultura dominante, para pasar a ser representante de su(s) cultura(s) de origen o adscripción. Si el padecimiento emerge a partir de la ruptura de un texto con el contexto (Goffman, 1970), el objetivo es revertirlo a través de una configuración específica del encuentro terapéutico que vincule nuevamente texto y contexto desde dicho espacio y proceso de representación. Para ello, convoca a un grupo de participantes con trayectorias socioculturales (procedentes del África subsahariana, del Magreb, europeos, etc.) y disciplinarias diversas (psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales…) que actúan como coterapeutas en la sesión coordinada por el etnopsiquiatra (Muñoz, 2013a; 2021).

Algunas de las críticas principales que se han realizado a la etnopsiquiatría están basadas en su propuesta teórico-metodológica y en ciertas narrativas de Tobie Nathan,[7] pero en pocas ocasiones respecto

6 También están presentes en países no francófonos, como el "Centro Franz Fanon" en Italia.

7 Por ejemplo, su llamada a la creación de guetos culturales como resistencia a la asimilación emanada de la concepción de ciudadanía en Francia.

a sus prácticas específicas. Ciertos autores cuestionan la sobredeterminación cultural de su enfoque (Rechtman, 2000), que secundariza las dimensiones sociales y económicas del padecimiento, y la patologización de los procesos migratorios (Fassin, 2000), produciendo un circuito segregado de atención a usuarios considerados como una "alteridad". Para el propósito de este artículo, nos interesa analizarla como un escenario de la diversidad terapéutica que, por un lado, representa de manera performativa un ideal de la sociedad multicultural belga. Y, por otro, permite, a partir del análisis de las prácticas, visibilizar las transiciones, espacios intermedios y procesos itinerantes de disputa y producción de saberes y epistemes diversos respecto a la salud/enfermedad/atención-prevención. Estos procesos de nomadismo terapéutico también se dan en otro tipo de encuentros entre terapeutas/usuarios/instituciones, con una menor formalización y visibilidad. La etnopsiquiatría condensa y vuelve visibles y significativos, para el terapeuta y para el investigador, procesos de nomadismo ex profeso que de forma experimental y pragmática buscan la eficacia terapéutica.

Los usuarios que acuden al hospital público de Bruselas llamado Brugmann, en el que tiene lugar la práctica etnopsiquiátrica[8] han

8 Este caso se inscribe en una investigación que llevé a cabo entre 2006 y 2010 en hospitales y clínicas de Bélgica y España que atienden a personas de origen extranjero y cuyo objetivo era analizar las barreras en dicha atención y su adaptación a la multiculturalidad significativa a partir de prácticas de tipo intercultural que buscan la eficacia terapéutica. Desde los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural se propusieron tres modelos de atención y acompañamiento en salud mental a partir de su mayor descentramiento de dicho universalismo incorporando elementos de las culturas de origen de los usuarios: el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural, el modelo etnopsiquiátrico y el modelo antipsiquiátrico intercultural. Para el modelo etnopsiquiátrico se llevó a cabo una etnografía durante seis meses (entre 2006 y 2007) en la clínica etnopsiquiátrica del hospital Brugmann de Bruselas, el cual es uno de los principales hospitales públicos de la ciudad. En 1991, varios psiquiatras que trabajan en dicho hospital comenzaron a plantearse la posibilidad de incorporar las aproximaciones teórico-metodológicas de la etnopsiquiatría, que estaba emergiendo en Francia de la mano de Tobie Nathan, con el objetivo de mejorar la eficacia terapéutica con los pacientes de origen extranjero. La consulta, ubicada en el pabellón de consultas del Área de Psiquiatría, tiene lugar todos los jueves por la tarde (de 13:00 a 19:30), la duración de cada sesión oscila entre una y dos horas. La duración de la terapéutica varía según el paciente y su problemática. Por lo general, no se cita a los pacientes más de una o dos veces al mes y, de media, se llevan a cabo cinco o seis sesiones. El espacio en el que se desarrollan es uno de los despachos, donde acontecen las consultas convencionales durante la semana y está constituida por un etnopsiquiatra, que centraliza el desarrollo de la sesión clínica y un grupo de colaboradores denominados coterapeutas. La concepción del coterapeuta guarda relación con las funciones que su saber experto

tenido trayectorias terapéuticas complejas e ineficientes en las que sufrieron de exclusiones, iatrogenias y/u otros tipos de violencias en el sector público de atención en salud mental, pero también con terapeutas tradicionales en sus países de origen o en Bélgica. En muchos casos viven situaciones de vulnerabilidad relacional al no tener permiso de residencia legal y/o sufrir abusos económicos, laborales, familiares que los llevan a desarrollar un problema de salud mental con frecuencia grave. Sus trayectorias socioculturales son muy diversas procediendo de países del África subsahariana, de Europa del Este y del Magreb principalmente, pero también belgas (p. e., de Bruselas) y de otros países de Europa Occidental. Por lo general, llegan a la consulta por una demanda de atención que, desde por ejemplo otros profesionales de la salud o en su comunidad de residencia, es considerada con componentes culturales "difíciles" de atender en los servicios de salud convencionales, o con un padecimiento no visto con anterioridad y que podría remitir a estos. Si bien esto es parte del escenario de llegada, las demandas de los usuarios son muy diversas. En algunos casos demandan un ejercicio de mediación familiar, o un diagnóstico y tratamiento biomédico, o una práctica con elementos no biomédicos de diagnóstico y tratamiento. Con frecuencia, se dan los tres de manera simultánea o itinerante en función de sus necesidades y del marco relacional de la consulta y sus dinámicas (Muñoz, 2021). A estas prácticas las acompañan en algunos casos peticiones de un ejercicio de intervención social en procesos judiciales (desahucio de la casa, deportación, etc.). Por lo general, los coterapeutas son estudiantes que realizan sus prácticas (p. e., de psicología) procedentes de la Université Libre de Bruxelles u otras universidades.

La consulta es definida como "multicultural y multidisciplinaria" (Nathan, 1994), sin embargo, constituye un espacio experimental en el

---

y su integración en el dispositivo clínico desempeñan en la mejora de la eficacia terapéutica. El número de coterapeutas oscila entre los diez y los quince. En su gran mayoría son mujeres, sus edades están comprendidas entre los 24 y los 65 años. La formación académica de los coterapeutas abarca la psicología (con especialidades tan variadas como la psicopedagogía, la criminología, la clínica, etc.), la psiquiatría, la antropología, el trabajo social, la enfermería psiquiátrica o la sociología. Las trayectorias y adscripciones socioculturales de estos son muy variadas. Todos los coterapeutas de orígenes culturales alóctonos hablan sus lenguas maternas y el francés, en algunos casos esta es su propia lengua materna. El etnopsiquiatra ha nacido en Bélgica, si bien sus padres son de origen polaco (padre) y sueco (madre). Los coterapeutas proceden de países diversos, como Bélgica, Congo, Uganda, Ruanda, Senegal, Turquía, Marruecos, Túnez, Italia, España, Francia, Holanda, Chile, etc. (Muñoz, 2021).

que lo múltiple y plural se diluyen en la práctica dinámica de coproducciones de saberes en relación y de procesos de disputa para su legitimación. La aproximación complementarista de Devereux (1977), que inspira esta práctica, implica abordar los factores psicológicos desde un esquema de atención/interpretación psicológica y los socioculturales desde una aproximación sociocultural complementando ambos enfoques. De esta forma el terapeuta podrá diferenciar, desde un punto de vista operativo, entre los datos que obtiene y sus interpretaciones que proceden de sus "fantasmas psíquicos", de su bagaje cultural o de su posición social. En la práctica estas fronteras disciplinarias y de saberes son más difusas, transaccionales e itinerantes y no dependen tanto de marcos estáticos de elaboración sino de transferencias y metamorfosis continuas a las que se expone el terapeuta, y a la disputa por el descentramiento cultural e ideológico de sus marcos de análisis respecto, por ejemplo, a la definición de la normalidad. Un ejemplo de ello es la posibilidad de que las enfermedades estén propiciadas por traumas culturalmente atípicos, como es el caso que Devereux (1977) proporciona para el chamán y su neurosis. Linares (1982) cuestionará que atribuir esto al inconsciente étnico es idealista y este inconsciente podría más bien interpretarse como la ideología dominante.

A diferencia de lo propuesto por Devereux (1980) respecto a la importancia de estudiar la ansiedad en la contratransferencia con relación al sujeto/objeto de conocimiento, Nathan propondrá que esta es un concepto psicoanalítico y neutral y que es el miedo el operador técnico principal en la terapéutica y el afecto central en el funcionamiento psíquico. Esto es debido a que la verdad de lo que experimentamos, percibimos y pensamos reside en "otro". El miedo no será un principio universal de humanidad, más bien pertenece a un sistema etiológico interactivo que implica procesos psicoterapéuticos múltiples (Nathan, 1994). En otras palabras, conlleva una concepción nómada de la terapéutica y su dimensión técnica, con implicaciones en la necesidad clínica de considerar la transferencia y contratransferencia (afectiva y cultural (Muñoz, 2013b, 2021) en la eficacia o fracaso del dispositivo de atención en salud. En este sentido, Nathan defiende que el investigador y terapeuta que puede llevar a cabo una labor verdaderamente científica es aquel capaz de abolir las distinciones entre saber moderno (científico) y creencia tradicional. Esta psicopatología no exigirá una definición de la enfermedad que justifica los privilegios de una práctica de curación particular. "Si toda práctica psicoterapéutica crea la enfermedad que luego cura, es decir la inscribe en un dispositivo operativo en el que las palabras y las acciones la fabrican para poder operar sobre ella, una psicopatología científica

debe dirigirse a las prácticas y no a los enfermos" (Stengers, 1977, p. 50). Para ello, la propuesta de Nathan se basa en una "ciencia de la influenciología" capaz de prestar atención a las prácticas terapéuticas, sea cual sea su marco cultural, y sus efectos y convertirlos en operadores terapéuticos. Por ejemplo, al aplicar las "técnicas proyectivas" de la lectura de los posos del café o el test de Rochard, es más importante la información que proporciona respecto al vínculo terapéutico que sobre la naturaleza oculta del sujeto y de su padecimiento, y cómo esta información se convierte en un material terapéutico utilizable (Stengers, 1977, p. 37). La etnopsiquiatría privilegia un efecto práctico basado en la acción y no en la interpretación.

Pondré el ejemplo de algunas de estas dinámicas entre los terapeutas a partir del caso de una paciente que acudió a la consulta en el hospital Brugmann.

> R. es una mujer nacida en Marruecos de 45 años que llega a la consulta, con su hijo adolescente, derivada de otro hospital público de Bruselas. Desde su primer diagnóstico, 11 años atrás, R. acude a diversos psiquiatras de Bruselas, tomando distintos tipos de medicamentos, sin obtener un resultado satisfactorio. R. migró de Marruecos con su familia 30 años atrás. Nos explica que, especialmente al atardecer, 'siente que va perdiendo progresivamente el cuerpo como si fuese una hoja', lo cual le provoca una gran angustia. A ello le acompaña que los objetos oscuros comienzan a cobrar mayor presencia, hasta el punto de que la atrapan y no puede dejar de observarlos. Siente que está en un túnel negro escuchando voces y que no puede salir. La angustia es tan intensa en la noche que sale corriendo de la casa sin rumbo aparente y llega al hospital más cercano. Menciona que 'tiene mucho miedo a morir y que gracias a los medicamentos vuelve a sentir su cuerpo'. A lo largo de las sesiones, y de las intervenciones espontáneas de dos terapeutas musulmanas, una de las cuales viste un velo de cuerpo entero (es la única de los terapeutas cuya vestimenta denota una práctica religiosa), R. explica que atribuye su padecimiento a haber cometido una falta que es sancionada por Alá, al no ser buena musulmana, y que comenzó al perder el conocimiento cuando bajaba las escaleras al sótano de su antigua casa en Amberes. Cuando despertó en el hospital era otra persona y comenzaron sus síntomas. Transcurrido casi un año de esto, tuvo un hijo que actualmente es invidente y vive con una familia de acogida. Su demanda principal, respecto a la consulta, es recibir un tratamiento médico para evitar la angustia y poderle dar un nombre de tipo psiquiátrico a su problema. (Elaborado a partir de la observación participante)

En este caso, al igual que en otros que hemos desarrollado con anterioridad (Muñoz, 2021), el espacio terapéutico conformado por un grupo multicultural y multidisciplinario de terapeutas permite que el modelo explicativo de la paciente no sea anclado a un marco "monocultural" biomédico, el cual no ha resultado resolutivo, promoviendo la producción y circulación de modelos explicativos respecto a la causalidad, la nosología y la atención del padecimiento. El operador técnico para ello es, por un lado, la consideración de que los terapeutas no tienen un marco psicoterapéutico conductista, psicoanalítico. Son los pacientes los expertos en la etiología de su padecimiento y los que promueven las aproximaciones terapéuticas. Y, por otro lado, la puesta en práctica del denominado como "discurso chamánico". Esto es la producción colectiva, supervisada de forma pública/grupal para evitar los abusos de poder frecuentes en la relación médico/paciente privada, de un discurso sobre el padecimiento de la paciente, al cual se adscribirá o no, o solo a algunos aspectos del mismo de forma transitoria (ibidem). Para ello, considero que son necesarios los procesos de nomadización terapéutica, a partir de espacios intermedios y circulatorios de discursos o de objetos, como en el caso de los medicamentos o los fetiches, sistematizados como operadores técnicos en la consulta. Pero esta estrategia ocurre en un campo de relaciones sociales en Bélgica y en Bruselas que se reflejan y redefinen en la consulta de un hospital público, a partir de las disputas y los conflictos marcados por el poder y por los procesos de estratificación social.

Un ejemplo, retomando el caso descrito, remite a la intervención de una de las coterapeutas, psicóloga y profesora de Islam que viste un velo de cuerpo entero, la cual proporciona algunas explicaciones a los sueños que relata la paciente. Sus explicaciones tratan, desde mi interpretación, de proporcionar herramientas desde un modelo explicativo religioso del padecimiento basado en el sentimiento de culpa de la paciente por no ser una buena practicante. La coterapeuta le proporciona algunas interpretaciones sobre soñar con plomo saliendo del vientre y sobre las posesiones por djines en Marruecos vinculadas a los lugares oscuros y húmedos en los que habitan (similares al sótano de su antigua casa). En una de estas sesiones, el etnopsiquiatra proporciona una interpretación distinta a la posesión y alienta la conversión de la paciente a ser curadora tradicional, en el marco del Islam, ayudada por las voces que escucha. Esta situación desencadena una discusión entre el etnopsiquiatra y la coterapeuta que pone en cuestionamiento el saber cultural del etnopsiquiatra y que, según pude observar a partir de mi estancia y de conversaciones con el etnopsiquiatra y los

coterapeutas, manifiesta dos conflictos en la sociedad belga. Uno se refiere a la discusión sobre las expresiones religiosas en las instituciones públicas y laicas de Bélgica y Francia, en aquella época, que se traslada a la Universidad Libre de Bruselas, universidad pública masona[9] en la que estudiaba psicología la coterapeuta, y, en este caso, en el hospital público de Brugman en el que tiene lugar la consulta etnopsiquiátrica. Su forma de vestir y sus interacciones, saluda dando la mano (y no un beso), se vuelven significativas en las relaciones de poder en el grupo de coterapeutas reactualizando, en el campo clínico, la discusión laicidad vs religión.

La segunda discusión en la que se inscribe la movilización colectiva de modelos explicativos sobre el padecimiento de la paciente es la del papel de los terapeutas tradicionales y los líderes religiosos en el contexto de origen migratorio (Marruecos) y en el de destino (Bélgica). La llamada a ser curadora tradicional y/o el acompañamiento del discurso de ser una buena musulmana (del psiquiatra y la coterapeuta respectivamente), y su expectativa y demanda de ser una paciente psiquiátrica con un diagnóstico y unos medicamentos alopáticos se articula y disputa en la búsqueda de la eficacia terapéutica y del sentido del padecimiento. Pero también en las connotaciones que, por ejemplo, tiene ser terapeuta tradicional en un contexto en el que son discriminados por los líderes religiosos quienes, a diferencia de lo que ocurre en diversos contextos de Marruecos, tratan de monopolizar la función terapéutica con discursos y prácticas islamizantes. Lo cual refleja procesos más amplios de estratificación social en la sociedad belga y al interior de los colectivos culturalmente minoritarios en este caso, que influyen en las dinámicas etnopsiquiátricas. Cabe subrayar que en estas movilizaciones epistémicas y discursivas también colaboran los pacientes. En otros lugares hemos discutido sobre el rechazo, o aceptación provisional, de un discurso cultural no biomédico o psicopatológico biomédico y/o su reelaboración en términos sociales y políticos, por ejemplo al adscribir su padecimiento a la opresión de clase, racial o de género (Muñoz, 2021) en la sociedad belga y/o en su comunidad de adscripción u origen.

Otro caso sobre procesos de nomadismo terapéutico es el de los "fetiches" u "objetos activos", incorporados en la mecánica del control de la transferencia y la contratransferencia, como mediadores entre el mundo de las relaciones sociales inscritas en el universo espacial de la

9 Creada por los liberales masones en 1834 para enfrentar al poder formativo de la iglesia católica en la Universidad de Lovaina.

consulta, el universo teórico del dispositivo y el emocional del paciente a través de la práctica. Los objetos activos, como anti-objetos sin una función cultural determinada en el contexto de uso (Nathan, 1994), actuando en un medio "maná", tienen una existencia liminar que les permite atravesar modelos explicativos produciendo, mediante analogías formales (p. e., la composición espacial y multicultural de la consulta como (con)textualidad frente a la ruptura texto/contexto del padecimiento), transformaciones orgánicas a través de símbolos que inducen a una reorganización estructural en el inconsciente. Se encontrarían entre la eficacia simbólica de Levi-Strauss y el medio maná de Marcel Mauss. El "objeto activo" es utilizado en la consulta de dos formas: proporcionándolo el etnopsiquiatra al paciente, como un objeto que representa al grupo en una forma de "don", o demandado por aquel para que el paciente lo elabore y entregue al grupo, como un "contradon", desencadenando el proceso de transferencia y la eficacia terapéutica (Muñoz, 2021). Un ejemplo desarrollado en otro texto (Muñoz, 2013b) es la circulación por el grupo de coterapeutas de un "franco senegalés" que el etnopsiquiatra tenía, de casualidad, en el bolsillo, para posteriormente entregárselo a una paciente, belga de origen marroquí, mencionándole que "es una moneda que viene de África y puede ayudarla con su problema". La paciente experimentará una transferencia que le permitirá descubrir y resolver la causa (simbólica y/o mágica), vinculada a un maleficio realizado por su madre como venganza, de uno de los problemas generadores de su aflicción, y su no aparición el día antes de ir a cada consulta: la agresión sexual de un hombre-espíritu durante sus sueños, que representa al hombre con el que no se quiso casar y su familia trató de obligarla. Si las consultas diádicas con el etnopsiquiatra, o con otros terapeutas, no funcionaban, el dispositivo grupal y sus procesos nómadas permiten enfrentar colectivamente al espíritu-amenaza con resultados positivos en la vinculación del texto con el contexto, y por ende en la eficacia terapéutica (Muñoz, 2013b).

Algunos de los procesos de nomadismo terapéutico, constitutivos de la práctica etnopsiquiátrica, también se dan ex profeso en dispositivos de acompañamiento terapéutico no profesional, como por ejemplo en la antipsiquiatría intercultural (Muñoz, 2022), a partir del encuentro entre trayectorias socioculturales diversas y la producción colectiva de modelos explicativos y eficacias curativas. En otros casos, operan de manera menos sistematizada o visible, esto es de facto, en contextos terapéuticos biomédicos o no biomédicos. Ejemplos de ello son los medicamentos entendidos como fetiches que invitan a ser significados, o las articulaciones de modelos explicativos religiosos, espirituales y

científicos entre los psiquiatras (Kareem & Littlewood, 1992), los infectólogos que atienden el VIH (Muñoz, 2018a) o los profesionales de la salud en las unidades de cuidados intensivos (Comelles, 2000). Lo cual remite a procesos de pugna o negociaciones desiguales por la hegemonización del discurso y la práctica terapéutica, entendida como una estrategia selectiva de vida, desde esquemas culturales biomédicos, religiosos o populares profanos (De Martino, 1999), insertos en mundos locales rotulados por la estratificación social.

Son múltiples los estudios que desde las ciencias de la salud problematizan la coexistencia de diversos modelos explicativos sobre el proceso s/e/a-p en los profesionales de la salud mental, y en los pacientes, subrayando cómo esto afecta al diagnóstico o a la eficacia de la atención terapéutica. Un ejemplo de ello es el estudio de Menegatti-Chequini et al. (2019) en un hospital de Brasil, apuntando a la incidencia negativa en la práctica clínica (biomédica) de la coexistencia de creencias religiosas y espirituales en los psiquiatras, lo cual puede estar vinculado a las tensiones históricas entre la salud mental y la religión. En otros casos, se señala que las creencias religiosas de los psiquiatras son beneficiosas para la práctica clínica, y se abordan de manera más abierta que en otras especialidades médicas que tienden a juzgarlas como negativas para el profesional y para el paciente (Curlin et al., 2005). Con frecuencia, en estos trabajos se adopta una perspectiva que opone las creencias (mágicas, religiosas, etc.) a los conocimientos científicos y considera que el encuentro clínico está basado en la relación entre la autonomía del médico y la del paciente, obviando su carácter estructural e ideológico y los procesos en los que estas viejas o nuevas diferencias se hacen significativas o no para la práctica clínica. Desde este enfoque, algunos de estos estudios plantean la necesidad de las competencias culturales respecto al paciente y al terapeuta para evitar prejuicios que incidan negativamente en la eficacia terapéutica celebrando la existencia de lo plural en un subyacente marco biomédico acultural, funcionalista y carente de relaciones de poder. Otros estudios han problematizado el denominado como "eclecticismo psicoterapéutico", por su poca sistematicidad y/o por su pluralidad terapéutica basada en las diferencias y no en las semejanzas entre aproximaciones apelando a propuestas sincréticas (Patterson, 1989), bajo principios dominantes de la psicoterapia occidental, en un marco teórico común y sistematizado. Es decir, nos recuerdan desde el sincretismo aquello que con frecuencia los psicoterapeutas hacen en sus consultas, en términos pragmáticos, antes de estructurarlo en un relato legítimo adscrito a una inamovible "corriente psicoterapéutica".

Desde nuestra propuesta nómada, un elemento de análisis principal reside en considerar que para el médico (o el terapeuta tradicional) es importante creer en el componente cultural de otras maneras de explicar o abordar el control o la curación, aunque sea de forma negativa, para poder llevar a cabo su práctica de atención. De no ser así, su práctica, retomando a Littlewood & Lipsedge (1983), pertenecería a la clínica veterinaria. Esto es, su papel como médico estaría exento de aquello que lo constituye: las relaciones sociales y de poder en grupos reales vinculados al mundo. Si retomamos el supuesto de que el poder, según Foucault (2012/1975), o la norma, según Levi-Strauss (1985/1949]), produce, y requiere, de su propia crítica o transgresión, la transgresión aquí no subyace en el tránsito sancionado de una frontera disciplinaria o cultural sino en el performance de su permanencia. Lo cual no quiere decir que no se puedan o deban modificar expresiones, p. e. ideológicas, discriminatorias del médico, pero para que esto sea eficaz debe operar a partir de la asunción de que las transiciones epistémicas son una necesidad al interior de las relaciones sociales de la terapéutica, que son las del mundo, y no un elemento fragmentado y prescindible. Esto es, el médico o el chamán no se oponen a la eficacia de la práctica de atención cuando garantizando su pretensión de atender en todo momento y lugar se comportan como personas vinculadas a mundos locales de saberes, valores o experiencias, la realidad del encuentro terapéutico reside en ello, sino cuando tratan de actuar como sujetos universales y autocontenidos. En otras palabras, sin clase social, sin género, sin condición de ciudadanía y sin posicionalidad étnica. A medida que estas características relacionales son significadas en el encuentro clínico, al comprometer o garantizar la eficacia terapéutica, el nomadismo terapéutico se hace más visible como efecto de la estratificación social y/o como estrategia selectiva de vida en la atención en salud.

2. EL APEGO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LAS PERSONAS MAYAS CON VIH EN CHIAPAS: LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN, EL NOMADISMO TERAPÉUTICO Y LO CRONIFICABLE

El impacto del VIH en los pueblos indígenas en Latinoamérica y en México es un problema escasamente abordado desde las políticas públicas, la academia y la sociedad civil. Los trabajos existentes dan cuenta de una prevalencia, mortalidad y apego diferenciado al tratamiento antirretroviral, respecto a la población no indígena, en algunos grupos étnicos estudiados (Ponce et al., 2017; Muñoz 2023). Tanto en este como en otros contextos del mundo, por ejemplo, en África

subsahariana, diversos estudios en el ámbito de la salud pública han considerado la naturaleza pluralista de la atención como uno de los problemas en el apego al tratamiento antirretroviral (Mshana et al., 2006). El pluralismo asistencial es analizado como el uso de diferentes recursos de atención no biomédicos basados en creencias, erróneas, respecto al control del VIH y su causalidad. Por ejemplo, las personas creen que la brujería es la causa del VIH y afrontarla permitirá su cura. La noción de pluralismo se articula aquí con la de creencia para culpabilizar a las víctimas del no apego al tratamiento y al conocimiento científico. Para ello se secundariza el papel de la vulnerabilidad relacional (en dicho no apego) a partir de la ausencia de medicamentos, de una atención médica discriminatoria o de las dificultades económicas para viajar al hospital. La búsqueda de atención tiene un componente cultural e individual conductista que deposita el fracaso terapéutico en la "cultura del paciente" y/o en sus "estilos de vida" e inadecuadas decisiones durante el proceso, entendido como un camino en línea recta que va desde lo menos biomédico (la autoatención en casa) a la atención alópata en el centro de salud una vez que las anteriores "fallan". Esta creencia en el apego implica una concepción evolucionista, lineal y en ocasiones plural-dicotómica del "modelo explicativo" que va de la cura al control. Los escasos estudios que han abordado el apego diferenciado al tratamiento antirretroviral (TAR) de las personas indígenas en Latinoamérica, algunos de los cuales han sido realizados en el contexto mexicano de Chiapas, dan cuenta de representaciones y prácticas discriminatorias de médicos tratantes que, en la línea de lo mencionado, atribuyen el fracaso en su apego al TAR a su etnicidad (Muñoz, 2014, 2023). Esta representación, trata de justificar a partir de estereotipos culturales la desafiliación institucional y, por ende, al tratamiento desde explicaciones que con frecuencia se sustentan en el pluralismo médico. Esto es, los indígenas por lo general desconfían de la biomedicina, prefieren ir con los curanderos o tratarse con plantas debido a su ignorancia, a su pobreza y, en síntesis, a su "cultura" entendida como adhesiones étnicas a concepciones de la salud "tradicionales" y opuestas a las "científicas" (Muñoz, 2014). Frente a este tipo de representaciones, comunes en la atención de otros padecimientos, algunos antropólogos en Chiapas han reivindicado el papel positivo del pluralismo médico (Ayora, 2002). En el contexto regional, la única investigación que ha subrayado las limitaciones de este concepto, pero sin proponer uno nuevo, es la realizada por Hovler et al. (2018) respecto a los sistemas de salud locales mayas en Guatemala, señalando que es debido a la imbricación cultural entre los modelos biomédico

y tradicionales que los terapeutas logran satisfacer las necesidades de los usuarios.

Los hallazgos que a continuación se discuten se inscriben en una investigación etnográfica en la zona Selva de Ocosingo, en 2017-2018, (Muñoz, 2023) la cual ha buscado dilucidar los procesos estructurales y socioculturales que inciden en el mayor abandono del tratamiento antirretroviral de las personas indígenas, respecto a las no indígenas, problematizando la mencionada perspectiva discriminatoria del paradigma explicativo dominante en la práctica médica e investigación en salud.[10] Uno de los procesos sociales que encontramos es el caleidoscopio de formas de atención existente y sus usos itinerantes y dinámicos, impulsados por el pragmatismo, con efectos positivos o no en la toma del TAR. Los usos de estos recursos no constituyen una respuesta fetiche sobre el mayor o menor apego al tratamiento, son más bien un observatorio respecto a los procesos de estratificación social, producida por la vulnerabilidad relacional, y las estrategias de vida conformadas por prácticas socioculturales de autoatención y de búsqueda de atención.

---

10 Se realizó observación participante en el Servicio de Atención Integral Hospitalaria (SAIH), especializado en la atención del VIH, de Ocosingo (Chiapas) durante un mes y medio en la recepción del medicamento y la consulta de enfermería. Se acompañó al equipo de enfermería, que realiza campañas de vacunación en diversas comunidades, en la entrega de medicamentos antirretrovirales. Las entrevistas y la observación participante se llevaron a cabo mediante el consentimiento informado y con la colaboración de la responsable del programa de VIH de Ocosingo. Se preguntó a los participantes si preferían hacer las entrevistas en su lengua materna, con un traductor o en español (Muñoz, 2023). En total fueron 58 entrevistas en profundidad a personas con VIH que se autoidentificaron como indígenas tseltales o choles (y en dos casos de otras regiones del estado y del país), a sus familiares y a profesionales de la salud. Ocosingo es el municipio de mayor tamaño de Chiapas y una región socioculturalmente compleja de localidades rurales pequeñas y dispersas en las que habita una mayoría de población indígena tseltal que sufre grandes rezagos en salud y profundas desigualdades económicas que los empujan a la migración. En comparación con la región colindante Altos de Chiapas (y su capital San Cristóbal de las Casas), Ocosingo tiene poca presencia de la sociedad civil y de la academia, con diferencias notables respecto al número de intervenciones e investigaciones, en este caso, en el campo de la salud. A partir del levantamiento zapatista ocurrido en 1994, Ocosingo experimentó la instalación de bases militares que tuvieron como objetivo su control y represión. Las bases militares y otros actores locales y/o estatales, como grupos paramilitares, han influido en dinámicas de desplazamiento de la población, así como de trabajo sexual por parte de mujeres indígenas jóvenes pobres que viven cerca de los batallones (Ramos y Pérez, 2009). Éstas fueron algunas de las razones por las que decidí realizar el estudio de caso en dicho municipio (Muñoz, 2023).

En la arena de las diversas formas de atención a la salud existentes en estos contextos, analizamos dos aspectos ilustrativos del nomadismo terapéutico: por un lado, los usos itinerantes que los participantes realizan respecto a la concepción de la curación y la cronicidad, que entendemos como un "discurso biomédico de la cronificación"[11] (Muñoz, 2018a); por otro, cómo esto se articula a la utilización transitoria de recursos de atención como la fitoterapia, las iglesias cristianas, los terapeutas ambulantes y la clínica de atención al VIH, entendida como un conjunto de estrategias de vida. A continuación, expongo, en primer lugar, algunos procesos socioeconómicos y culturales que inciden en el uso de los recursos de atención biomédicos o de otro tipo y, en segundo lugar, ejemplos de nomadismo terapéutico que dan cuenta del apego o no al TAR.

Las personas tseltales y choles con VIH participantes en la investigación usan o excluyen ciertos recursos de atención, incluido el TAR, y de autoatención en función de diversos procesos sociales, económicos y culturales que, a su vez, moldean la percepción que tienen de la transmisión y la atención de la infección. Un ejemplo de ello es el curso de la infección y su sintomaticidad, o el tipo de vínculo con el servicio de atención al VIH y su duración implicando una mayor o menor capitalización de las explicaciones recibidas en la clínica sobre el modelo explicativo biomédico (o de otro tipo) respecto a su control. Las redes de cuidados, sus modalidades y las relaciones sociales en las que se inscriben, por ejemplo vinculadas a ciertos recursos terapéuticos, condicionan también la atención a la que se accede y las representaciones sobre esta y sobre el control del VIH. Otros procesos que, articulados con los anteriores, median en el tipo de uso de los recursos de atención son la posibilidad de pagarlos, el impacto del endeudamiento tras el pago, y de costear el viaje hasta el centro de salud para retirar el TAR; la migración por motivos económicos; o, entre otros, el estigma y la discriminación en la familia, en la comunidad o en el centro de salud (Muñoz, 2023, 2024). Un papel a su vez importante lo juegan las adscripciones religiosas de los participantes y de sus familias y el contexto de conflictividad religiosa

11 El modelo explicativo biomédico que considera al VIH como una infección crónica. Esta explicación surge a partir de la denominada como universalización del tratamiento antirretroviral en diversos países del mundo. Subrayamos, en este sentido, su carácter discursivo al estar lo "crónico y cronificable" sujeto a, por ejemplo, estratificadores sociales que distribuyen de forma inequitativa el acceso a la prevención, detección y atención oportuna, con consecuencias diferenciadas en términos de morbi-mortalidad.

en el que residen. Un ejemplo de esto son las comunidades en las que existe una tensión social entre católicos e iglesias protestantes con implicaciones en las persecuciones o expulsiones de algunos de sus miembros (Rivera-Farfán, 2001). O las conversiones de miembros de familias católicas a iglesias cristianas para evitar las acusaciones de brujería y, en esta transición, el abandono de prácticas vinculadas con la curación espiritual (Eroza y Muñoz, 2024). Estas trágicas consecuencias de las diferenciaciones religiosas y su correlato en las terapéuticas se inscriben en un contexto de histórica vulnerabilidad relacional hacia los pueblos indígenas y de conflictividad y violencia social promovida a partir de procesos de estratificación y control político por actores como el estado y las élites locales (Rus, 1995). No podemos pensar, a nivel analítico, en una sumatoria de condiciones como si fuesen variables aislables, sin considerar que se trata de procesos articulados que interactúan entre sí impidiendo o no apegarse al TAR. Esto es, la dimensión económica condiciona prácticas que permiten acceder al TAR, pero esta no se puede entender sin analizar el impacto de los usos sociales del estigma y la discriminación en la comunidad de residencia de la persona con VIH, desde el sector salud y/o los miembros de la misma, o la movilización de modelos explicativos de la transmisión del VIH como una forma de interactuar con el estigma por la condición de salud y/o, por ejemplo, la orientación sexual (Muñoz, 2018b, 2023, 2024). Estos procesos determinan condiciones de acceso a los recursos simbólicos y materiales que redefinen posiciones en la estructura social y en la producción de estratificación y ponen en juego modalidades de relación y disputa por los tipos de atención en salud. Explicado esto, describimos algunas de las estrategias de vida, de tipo sociocultural, que los participantes llevan a cabo en el seno de los procesos mencionados, marcados por la vulnerabilidad relacional, las cuales problematizan el pluralismo asistencial subrayando su dimensión nómada.

Algunas personas tseltales y choles que viven con VIH acuden a cultos cristianos en los que, cuando visibilizan su condición de salud, se les motiva a que tomen el medicamento antirretroviral como una forma de controlar la infección. De manera simultánea a ello, ciertos miembros de la congregación alientan la posibilidad de cura a partir del rezo y la creencia en dios, lo cual es incorporado por algunos participantes. En algunos casos, además de la creencia en dios como forma de curación mencionan que existen hierberos, pastores, que en otras comunidades pueden curar este mal y acceden a ellos cuando viajan a estas comunidades o ellos acuden a la ciudad de Ocosingo.

> Si, estoy comenzando a ir a la iglesia, mi familia me lleva, son presbiterianos. Les conté en la iglesia (del VIH) y ellos me apoyan. Le piden a Dios que yo me cure, hacen oración… y que no deje mis pastillas (…) Me dicen en la iglesia que tome yo hierbas pero nunca lo he probado. Me han dicho que hay un doctor en Comitán (que cura el VIH). La verdad no sé. Pues me han dicho aquí (en el SAIH) que no se puede curar (entrevista, hombre 27 años).

> La persona que nos dijo que tomara esas yerbas, tomó también. Así nos dijo un señor que vive en (nombre de la comunidad), dijo que con esa planta se curó, como es pastor, que eso le ayudó, tanto orando como eso le ayudó (entrevista, hombre 31 años).

En ciertos casos, los hierberos fueron curanderos que utilizaban elementos terapéuticos sincretizados con el catolicismo y ahora se dedican, en algunos contextos, solo a la fitoterapia o se convirtieron en pastores y curan diversas enfermedades con la palabra de dios. Al igual que sucede en ciertas familias cuyos miembros son de diferentes adscripciones religiosas la persona con VIH, como pude observar en el trabajo de campo, hace un uso nómada, en el sentido de itinerante pero no de errático, acudiendo al culto (protestante) cada fin de semana y pidiéndole a su familiar católico que le contacte entre semana con un curandero (católico) de otra comunidad para que le haga una "limpia". Por supuesto, esto no es tan evidente en todos los participantes, algunos excluyen ideológicamente un tipo de prácticas defendiendo un corpus de representaciones y prácticas en torno a una forma de atención, por las razones mencionadas anteriormente relativas a la conflictividad, pero han tenido o tienen prácticas itinerantes con otras en espacios extracomunitarios. Si, por ejemplo, observamos desde las prácticas de los actores el rezo colectivo, la limpia espiritual, la fe y su vínculo con la toma o no del medicamento antirretroviral, esta relación no está definida por sistemas (médicos, religiosos, terapias alternativas…) ni por explicaciones delimitadas a ellos sino por personas y relaciones sociales que, procesualmente, reconfiguran y nomadizan el modelo explicativo del participante sobre el control y/o la curación. El abandono de la toma del medicamento no tiene tanto que ver con el tránsito "inter-sistemas/modelos explicativos" sino con cómo este se articula con procesos estructurales a partir de la estratificación social. Esto se observa en el siguiente caso:

Algunas mujeres tseltales que residen en comunidades rurales alejadas de Ocosingo y se encuentran en condiciones económicas y de

redes de apoyo precarias, abandonan el apego que tenían al tratamiento antirretroviral tras el engaño de un terapeuta itinerante[12] que provoca una deuda en la familia y, fruto de ello, una disminución de sus redes de apoyo que se incrementa con el estigma y la discriminación por su condición de salud en su comunidad de residencia. Las explicaciones sobre el TAR y el control del VIH se articulan con la dificultad económica de ir a la clínica, centralizada en Ocosingo, y con la condición de deber ir acompañadas debido a la inseguridad del trayecto provocada por el crimen organizado y al control al que están sometidas las mujeres que por lo general no salen de su comunidad solas (lo cual implica, entre otras cosas, un gasto doble en el viaje al incluir al acompañante). En el caso de una mujer tseltal que durante la investigación sufría esta situación, tras desterrar la cura con hierbas debido a la experiencia del fraude económico de uno de los mencionados terapeutas, manejaba de forma itinerante una explicación del control del VIH con el TAR, al que fatídicamente ella y su hija recién nacida no podían acceder por las razones referidas, al mismo tiempo que creía poder ser curada por rezadores católicos que desde fuera de su casa realizaban rezos para su sanación.

En otros casos, el tránsito entre recursos de atención es propiciado, no de manera lineal, por el tipo de atención especializada que requieren ciertos signos y síntomas desde un abordaje basado en procesos de causación analíticamente diferenciables pero que en la práctica tienen una articulación entre sí para el sujeto. Por ejemplo, el curandero desconoce la condición de salud VIH positiva del participante y aborda la causalidad y el curso de los signos y síntomas que atiende desde el marco explicativo de la intencionalidad provocada por las personas, por ejemplo la brujería, pero una vez atacado este problema, y con un efecto satisfactorio de remisión temporal en el usuario, lo deriva al hospital para que allí sea tratado de aquello que él considera no puede curar. El participante, quien está convencido de la incurabilidad del VIH y de su necesario control con el TAR y dispone de los suficientes medios económicos y de la red de apoyo para acudir al centro de salud especializado a recibirlo, regresa con el curandero para atender aquello que el TAR no puede, ya que es provocado por las personas (el mal de ojo, etc.), e incide en el curso de la infección. Desde este punto de vista, la cura y el control son interdependientes y

12 Un tipo de terapeutas que defino como itinerantes porque residen en otras regiones pero acuden a Ocosingo, u otras ciudades, para curar con el uso de plantas y/o recursos espirituales (Muñoz, 2023).

su abordaje apela a estrategias de vida nómadas (de facto) cuya eficacia reside en producir nuevas conexiones entre fronteras explicativas cambiantes e imprecisas. Si a partir del paradigma de la pluralidad entendemos que existen modelos explicativos culturales que se complementan y/o se utilizan de forma simultánea o alternada, como si fuesen compartimentos estancos, esto nos dificulta explorar puntos de vista intermedios, fronterizos y más dinámicos como es el hecho de que la cura y el control no sean antagonistas ni obligatoriamente operen en niveles diferenciados de causación, explicación o manifestación del padecimiento. En este último caso, la cura entendida como un trayecto es necesaria para el control ya que el control "se cura" para poder permanecer asintomático. En otros casos, como el de una mujer que esperaba la cura mediante la fe en el seno de una iglesia cristiana, su representación de la cura no era antagonista a la del control. Dios podía curar a partir de la práctica religiosa de las personas, y la fe y las personas le ayudaban en su control biomédico mediante la toma del TAR mientras alentaban su cura a través de la intervención divina. Lo cual nos habla de que la condición crónica no termina de ser algo más que un "discurso biomédico de la cronificación" cuya materialización no depende solo de nuestras creencias culturales o de las del médico, sino también de nuestra posición estructural en los procesos de estratificación social y de los alcances, limitaciones y contradicciones de la práctica de las estrategias de vida a nuestra disposición.

En los casos descritos con anterioridad podemos observar que la explicación sobre la cura y el control no son entidades opuestas ni separadas, de igual forma que la transición de una a otra no remite a visiones culturales plurales ligadas a "lo étnico" y/o a las erróneas creencias del individuo o grupo social. Las limitaciones de entender desde un esquema cultural, no articulado a procesos económicos y sociales, el complejo uso de recursos terapéuticos, invitan a no considerarlos como anclados a sistemas estáticos, determinados por una cultura autocontenida y/o basados en una concepción del self inamovible definida, por ejemplo, por dicotomías como la modernidad y la tradición o la acción sociocéntrica o egocéntrica. En otras palabras, una variación racializada del actor intencional a partir de la articulación del principio ideológico de autonomía del individuo con el del sometimiento cultural al ethos colectivo. Revisar las concepciones de lo curable y lo cronificable desde el eje del nomadismo terapéutico nos permite dimensionar las líneas de fuga de las explicaciones del padecimiento y de las prácticas de autoatención y de búsqueda de atención desde nuevas conexiones entre los procesos de estratificación social y las estrategias

de vida, problematizando los usos reduccionistas y normalizadores del monismo y de lo pluralizable.

CONSIDERACIONES FINALES

El denominado como pluralismo médico o asistencial ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde las ciencias sociales, cobrando un renovado interés en los últimos años para la investigación aplicada en salud (Hsu, 2008). Hemos visto algunas de las principales críticas que se han realizado a los usos dominantes de este concepto desde las ciencias sociales o de la salud, subrayando la exclusión del análisis del poder, el énfasis conductista en las prácticas de los sujetos o el uso de la categoría "cultura" o "sistema" de forma simplificada (Hsu, 2008). Dichas críticas han sido escasamente acompañadas de propuestas conceptuales (Horbst et al., 2017) que permitan generar nuevas preguntas o revisar aquellas existentes desde nuevos focos teóricos y epistemológicos. Desde hace pocos años, algunos interesantes estudios en el campo de la globalización y los fenómenos transnacionales han recuperado la categoría del pluralismo médico adaptándola a estas realidades. Sus propuestas principales han estado basadas en la movilidad territorial como una forma de pluralización terapéutica o una modalidad de atención resolutiva aludiendo a la creciente diversificación de los préstamos e hibridaciones entre recursos terapéuticos y estrategias de búsqueda de atención. Si para las ciencias de la salud el pluralismo médico es el depositario del fracaso terapéutico, para estas propuestas, desde las ciencias sociales, el pluralismo y sus variantes basadas en la movilidad son con frecuencia un fetiche vindicativo que resuelve las demandas de atención, desde lo biomédico o no, y, en algunos casos, permite entender algunas de sus desigualdades a partir de marcos transnacionales.

Desde nuestro punto de vista, estas valiosas propuestas problematizan el concepto "pluralismo médico", especialmente la visión homogénea de cultura o sistema, pero sugieren una reactualización de esta categoría en contextos de movilidad, secundarizando a menudo el análisis de la estratificación social y las estrategias de vida a la importancia de las alianzas conceptuales entre lo (trans)cultural, lo pluralizable y lo móvil. En la práctica, algunos de los estudios que se enmarcan en estas propuestas también podrían ser explicados desde el nomadismo terapéutico, pero otras formas de interacción fronteriza que no impliquen el imperativo de la movilidad no pueden ser explicadas desde

ellas. En este artículo hemos planteado cómo esta categoría, más allá de tratar de explicar nuevos o viejos fenómenos con un concepto que no implique perturbaciones epistémicas, pretende problematizar algunas de las lógicas dominantes de representación sobre la eficacia terapéutica y la cronicidad, a través de dos ejemplos en la salud mental y en el apego al tratamiento antirretroviral. Adoptar una perspectiva basada en lo procesual, en lo no dicotómico o sistémico y en la importancia de las prácticas sociales pretende apelar al nomadismo como un instrumento de análisis de la estratificación social y como una estrategia de vida que reconozca las diferencias socioculturales analizando su conversión en desigualdades en los procesos de afrontamiento y de atención al padecimiento.

El nomadismo terapéutico es, por un lado, un estado de facto de la acción y del pensamiento del terapeuta y del usuario, y, por otro, un devenir práctico ex profeso que condensa tensiones sociales y especificidades del ser entendidas como procesos y no como puntos o posiciones fijas. En el nomadismo terapéutico se cristaliza tanto la eficacia terapéutica o el apego a un tratamiento problematizando las representaciones basadas en la sedentarización/afiliación, como la violencia institucional u otras dimensiones de la vulnerabilidad relacional cuestionando la perspectiva individualista y/o culturalista. A medida que la cultura/etnicidad, el género, la generación, la clase social o la condición de ciudadanía de los sujetos involucrados, entendidas estas características como procesos y posicionalidades estructurales, son significativas en el encuentro clínico o en la búsqueda de atención al comprometer o garantizar la eficacia terapéutica o el control del padecimiento, el nomadismo terapéutico se hace más evidente como efecto de la estratificación social y/o como estrategia de vida. Desde esta perspectiva, el nomadismo terapéutico tiene tres implicaciones: en primer lugar, convierte al usuario y al terapeuta en sujetos reales, pertenecientes a grupos sociales reales con relaciones de poder y disputa por los recursos materiales y simbólicos. En segundo lugar, invita a analizar la eficacia terapéutica a partir de prácticas que, orientadas por el pragmatismo, requieren de transacciones entre explicaciones teóricamente adscritas a diversas epistemes o corpus de saberes. En tercer lugar, descentra el universal de la condición crónica convirtiéndolo en un "discurso biomédico de la cronificación" cuya materialización depende de nuestra posición estructural en los procesos de estratificación social y de sus articulaciones con las estrategias de vida en disputa. Dicha propuesta puede aportar a campos de estudio como el de la salud y la interculturalidad, así como a la reconstrucción de los

itinerarios terapéuticos o trayectorias de atención desde una marco teórico-metodológico que documente y analice su dimensión nómada problematizando las perspectivas conductistas, no procesuales y lineales. En este sentido, podríamos hablar de trayectorias nómadas de atención o itinerarios terapéuticos nómadas.[13]

El nomadismo terapéutico entendido como un componente de la especificidad del pensamiento y del devenir de la acción en el campo de la salud, implica puntos de fuga explicativos, transacciones liminares y nuevas conexiones entre los espacios intermedios de epistemes teóricamente diferenciadas, pero empíricamente articuladas. Afrontar los usos reduccionistas del pluralismo médico desde nuevas propuestas conceptuales inspiradas en las prácticas de los actores, nos invita a cuestionar los mecanismos hegemónicos de producción de representación de la eficacia terapéutica y de los procesos de cronificación instigando a la insurrección epistémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayora, I. (2002). *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*. Plaza y Valdés.

Baer, H. A. (2011). Medical Pluralism: An Evolving and Contested Concept in Medical Anthropology. En M. Singer, & P. Erickson (Eds.), pp. 405-423. *A Companion to Medical Anthropology*. Blackwell.

Boudali, A., Bahiri, R., Hmamouchi, I., Abouqual, R. y Hajjaj N. (2011). The prevalence of medical nomadism of the followed patients in rheumatology. *Rheumatology International*, *32*(6), 1639-1643.

Beck, S. (2012). Biomedical mobilities: Transnational lab-benches and other space-effects. En M. Knecht, M., Klotz, S. Beck (Eds.), *Reproductive technologies as global form. Ethnographies of Knowledge, practices and transnational encounters* (pp. 231-254). Campus.

Broom A. y Tovey P. (2008). *Therapeutic pluralism: exploring the experiences of Cancer Patients and Professionals*. Routledge.

13 Publicamos un artículo, posterior a la publicación original del presente texto, que si bien no utiliza estos conceptos reconstruye los itinerarios terapéuticos de personas mayas con epilepsia desde el nomadismo terapéutico (Eroza & Muñoz, 2021) y podría ejemplificar dicha propuesta.

Cant, S. y Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. Routledge.
Castro, A. (2005). Adherence to Antiretroviral Therapy: Merging the Clinical and Social Course of AIDS. *Plosmedicine*, *2*(12), 1217-1221.
Comelles, J. (2000). Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En E. Perdiguero, y J. Comelles (Eds.), *Medicina y cultural. Estudios entre la antropología y la medicina* pp. (305-352). Bellaterra.
Curlin, F. A., Roach, C. J., Gorawara-Bhat. R., Lantos, J. D. y Chin, M. H. (2005). When patients choose faith over medicine: physician perspectives on religiously related conflict in the medical encounter. *Arch. Intern. Medicine*, *165*(1), 88-91.
Deleuze, G. y Guattari, F. (1998). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-textos.
De Martino, E. (1999). *La tierra del remordimiento*. Bellaterra.
Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.
Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsiquiatrie générale*. Gallimard.
Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.
Eroza, E. y Muñoz Martínez, R. (2021). Experiences of suffering and therapeutic nomadism of Mayan people with seizures in the Highlands of Chiapas, Mexico. *Journal of Concurrent Disorders*, *3*(3), 49-75. https://cdspress.ca/wp-content/uploads/2021/09/Eroza_MS_APR_2021_3_FINAL-JULY16.pdf
Eroza, E. y Muñoz Martínez, R. (2024). La diabetes como experiencia sociocultural. Las narrativas de dos ancianos mayas de los Altos de Chiapas. En P. Sesia, y R. Muñoz (Coords.), *Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México*. Casa Chata, CIESAS.
Fassin, D. (2000). Les politiques de l´ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes. *L'homme*, *153*, 231-250.
Foucault, M. (2012). *Vigilar y Castigar.* Siglo XXI. (Obra original publicada en 1975).
Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Amorrortu.
Harman, R. (1974). *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya tzeltal*. Instituto Indigenista Nacional.

Helman, C. (1978). Feed a cold, starve a fever - folk models of infection in an english suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *2*(2), 107-137.

Holland, W. (1989). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. Instituto Indigenista Nacional.

Hörbst, V., & Wolf, A. (2014). ARVs and ARTs: medicoscapes and unequal place- making for biomedical treatments in sub-Saharan Africa. *Medical Anthropology Quarterly*, *28*(2), 182-202.

Horbst, V., Gerrets, R. y Schirripa, P. (2017). Revisiting medical pluralism. *L´Uomo*, *1*, 7-26.

Hovler, E., Martínez, R., Mehta, K., Nisonoff, H. y Boyd, D. (2018). Beyond medical pluralism: characterising health-care delivery of biomedicine and traditional medicine in rural Guatemala. *Glob. Public Health*, *13*(4), 438-453.

Hsu, E. (2008). Medical Pluralism. En K. Heggenhougen, & S. Quah (Eds.*), International Encyclopedia of Public Health, 4*, pp. 316-321. Elsevier.

Jacorzynski, W. (2006). The war of the Spiders: Constructing Mental Illnesses in the Multicultural Communities of the Highlands of Chiapas. En H. Johannessen, & L. Imre (Eds.), *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine* (pp. 69-85). Berghahn Books.

Janzen, J. (1982). *The Quest of Therapy in Lower Zaire*. University of California Press.

Johannessen H. y Imre, L. (Eds.) (2006). *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*. Berghahn Books.

Kareem, J. y Littlewood, R. (1992). *Intercultural therapy: themes, interpretations and practices*. Blackwell.

Kaspar, H., Margaret, W. y Audrey, B. (2019). *Therapeutic mobilities*. Taylor-Francis.

Krause, K. (2008). Transnational Therapy Networks among Ghanians in London. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *34*(2), 235-251.

Krause, K., Gabriele A. y Parkin D. (2012). Medical Knowledge, Therapeutic Practice and Processes of Diversification. Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity. *Working Papers,* 12-11.

Leslie, Ch. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Sciences and Medicine*, *14*(4), 191-195.

Levi-Strauss, C. (1985). *Las estructuras elementales del parentesco*. Planeta. (Obra original publicada en 1949).
Linares, J. L. (1982). *Ideología médica, sanidad y sociedad*. Akal.
Littlewood, R. y Lipsedge, M. (1982). *Aliens and alienist. Ethnic minorities and psychiatry*. Penguin books.
Maffesoli, M. (2004). *El nomadismo: vagabundeos iniciáticos*. Fondo de Cultura Económica.
Menegatti-Chequini, M. (2019). How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *41*(1), 77-83.
Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Casa Chata. CIESAS.
Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, *4*(7), 71-83.
Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico. Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, *51*, 17-22.
Mol, A. (2002). *The body multiple. Ontology in medical practice*. Duke University Press.
Mshana, G., Wamoyi, J., Ross, A., & Wight, D. (2006). The man who believed he had AIDS was cured: AIDS and sexually-transmitted infection treatment-seeking behaviour in rural Mwanza, Tanzania. *AIDS Care*, *18*(5), 460-466.
Muñoz, R. (2013a). Cuando la psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural. Debates en torno al lugar, los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas. *Revista Cuicuilco*, *57*(20).
Muñoz, R. (2013b). Un antropólogo en la consulta hospitalaria. En O. Romaní (Coord.), *Etnografías, técnicas cualitativas e investigación en salud. Un debate abierto* (pp. 137-152). Universitat Rovira i Virgili.
Muñoz, R. (2014). Atención Médica, Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral y Discriminación. Algunas problemáticas en la atención a personas que viven con VIH-sida, desde una perspectiva antropológica. *Revista Pueblos y fronteras digital*, *9*(17), 95-115.
Muñoz, R. (2015). Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: Encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural. *Desacatos*, *48*, 92-107.

Muñoz, R. (2018a). El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional médico en Guayaquil (Ecuador). *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, *78*, 33-67.

Muñoz, R. (2018b). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil (Ecuador). *Andamios. Revista de Investigación Social*, *36*, 311-341.

Muñoz, R. (2021). *Antropología, psiquiatría y alteridad: de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*. Universitat Rovira I Virgili.

Muñoz, R. (2022). Antipsiquiatría intercultural. *Eikasía Revista De Filosofía*, *107*, 219-260.

Muñoz, R. (2023). *Pueblos indígenas ante la epidemia del VIH. Política, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y en Oaxaca*. CIESAS, Casa Chata.

Muñoz, R. (2024). Hacia una antropología médica crítica de los actores que vulneran: De las estructuras sin sujeto a la vulnerabilidad relacional en salud. En R. Muñoz, & P. Sesia (Coords.), *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina*: *Aportaciones de la Antropología Médica Crítica* (pp. 11-40). Editorial de la UNLa -Universidad Nacional de Lanús. https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/download/5759/2739

Nathan, T. (1994). *La influence qui guerit*. Odile Jacob.

Parkin, D. (2013). Medical crisis and therapeutic talk. *Anthropology and Medicine*, *20*(2), 124-141.

Patterson, Ch. (1989). Foundations for a systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(4), 427-435.

Pedersen, D. y Baruffati, V. (1989). Healers, deities, saints and doctors: elements for the analysis of the medical systems. *Social Science & Medicine*, *29*(4), 487-496. https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90194-9

Pitarch, P. (2004). La conversión de los cuerpos. Singularidades de las identificaciones religiosas indígenas. *Liminar*, *2*(2), 341-358.

Ponce, P., Muñoz, R. y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y Políticas Públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención,

la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, *13*(3), 537-554.
Ramos, B. y Pérez, M. (2009). *Militarización y trabajo sexual en San Cristóbal de Las Casas*. Sna Itzamma-Tezcatlipoca.
Rechtman, R. (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes et migrations*, *1225*, 46-61.
Rivera Farfán, C. (2001). Expresiones del cristianismo en Chiapas. *Pueblos y Fronteras*, *1*, 67-91.
Rus, J. (1995). La comunidad revolucionaria institucional: La subversión del gobierno indígena en los Altos de Chiapas, 1936-1998. En J. Viqueira, & M. Ruz (Eds.), *Chiapas los rumbos de otra historia* (pp. 251-277). UNAM, CIESAS, CEMCA, UAG.
Stengers, I. (1997). Pour en finir avec la tolerance. *Cosmopolitiques* VII. La Decouvert.

Capitalismo, salud y comunidades de cuidado: sanando heridas coloniales

César Ernesto Abadía-Barrero

Este capítulo recupera los aprendizajes de más de 20 años de trabajo comprometido en antropología de la salud en Colombia, desarrollado por varios equipos académicos inter y transdisciplinarios y en colaboración con distintos colectivos y organizaciones. La primera parte se concentra en distintas estrategias de investigación-acción que indagaron por los avances del capitalismo en el campo de la salud, principalmente la reforma privatizadora de la salud y la seguridad social en Colombia, y los ejercicios de resistencia a la reforma y esfuerzos colectivos en defensa del derecho a la salud y de las redes públicas en salud. La segunda parte nace del trabajo con colectivos indígenas, campesinos y de víctimas del conflicto armado en Colombia, en el marco del acuerdo de paz, y resalta estrategias solidarias para apoyar esfuerzos y fortalecer lo que distintos pueblos indígenas referencian en sus cosmovisiones como Vivir Bien o Buen Vivir. Este último trabajo ha resultado en dos instalaciones artísticas y colaborativas y en una nueva iniciativa de aprendizaje transnacional que llamamos Buen Vivir y Sanaciones Colectivas, la cual pretende aliviar nuestras heridas coloniales.

Ya que este capítulo nació como ponencia central del congreso de la Red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA) de 2024, su tono es el de un compartir experiencias y aprendizajes y no el de una revisión de literatura o una presentación formal de una investigación. Así, se señalan en notas distintos referentes que han sido importantes en nuestro trabajo, así no logremos hacer justicia a los trabajos de otras y otros autores.

Nuestro trabajo ha intentado dar respuesta a necesidades que surgen de dinámicas políticas y transformaciones históricas, económicas y culturales. Así, hemos trabajado específicamente en la intersección del capitalismo, la salud como derecho humano y comunidades de cuidado. Durante los últimos 20 años hemos intentado comprender cómo afecta el capitalismo al derecho a la salud y, simultáneamente, qué estrategias utiliza la gente para resistirse a las múltiples formas de violencia que despliega el capitalismo, y cómo las comunidades recrean prácticas de cuidado colectivo en medio de las fuerzas destructivas del capitalismo. Considero que este trabajo se ha nutrido de dos importantes tradiciones interdisciplinarias, la Medicina Social Latinoamericana y las perspectivas críticas en Antropología de la Salud,[1] y junto con distintos colectivos, nuestra principal preocupación académica y política han sido los derechos de las personas a la salud y el bienestar.

Como un dato personal "curioso", quiero compartir que mis primeros entrenamientos en etnografía y teorías y métodos de las ciencias sociales ocurrieron cuando era estudiante de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Mi formación clínica estuvo impregnada por los legados de intelectuales latinoamericanos, influyendo generaciones de profesionales de la salud con un ethos de compromiso político con las luchas sociales. De hecho, la Medicina Social Latinoamericana es una de las tradiciones intelectuales más vibrantes, y su asociación (ALAMES) tiende puentes entre organizaciones sociales y académicas que ofrecen un trabajo teórico, práctico y activista en torno a la atención sanitaria. Tuve el privilegio de tener como profesores y profesoras a algunas figuras de renombre en las ciencias sociales y de la salud, lo que me permitió desde el principio incorporar una perspectiva crítica en torno al modo en que las cuestiones sociales, en particular la historia y la economía política, configuran las inequidades en salud, la prestación de servicios y los resultados de la atención sanitaria. Sin embargo, necesitaba herramientas adicionales para fundamentar mi análisis y compromiso en las teorías y métodos de las ciencias sociales, y por eso me convertí en un antropólogo que ahora

1 En Estados Unidos y Europa, esta corriente se reconoce como Antropología Médica Crítica, siguiendo los postulados de Singer y Baer (1995). Desde América Latina se prefiere la Antropología de la Salud, como propuesta para desenmarcar el ejercicio antropológico del mundo de la biomedicina. La perspectiva crítica de la antropología de la salud, similar a la medicina social latinoamericana, se nutre de postulados marxistas en economía política e historia y de otras vertientes de teorías críticas, como los feminismos y las luchas anti-racistas, entre otras.

forma equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios no sólo con clínicos y científicos sociales, sino también con artistas y organizaciones comunitarias.

Esta breve reflexión biográfica es importante para comprender que mi trabajo académico ha estado impregnado por un esfuerzo por comprender y transformar cómo las estructuras de opresión se encarnan en las experiencias vitales de las personas y cómo las inequidades en salud son el resultado de estas mismas estructuras. Mis proyectos de investigación me han llevado desde entornos clínicos y hospitalarios hasta ONGs de salud como derecho humano fundamental, desde alianzas nacionales e internacionales de profesionales de la salud y movimientos sociales que promueven reformas sanitarias y luchan contra la privatización de la salud, hasta entornos comunitarios y regiones rurales donde agricultores desplazados y comunidades indígenas siguen desarrollando creativamente sus propias nociones de salud y bienestar. En todos estos entornos diferentes, el esfuerzo intelectual orientador sigue siendo la doble tensión entre la destrucción capitalista del campo de la salud y los esfuerzos constantes por resistir, contrarrestar o proponer modalidades alternativas para nutrir la vida, la salud y el bienestar.

Mi enfoque etnográfico pertenece a la tradición de la Investigación Acción Participativa (IAP), en la que la idea no es simplemente establecer relaciones de colaboración con los participantes en la investigación, sino tomar partido.[2] Junto con otros académicos latinoamericanos y del sur global, hemos argumentado en contra de la neutralidad científica y la autoría en solitario para proponer que el trabajo etnográfico es siempre político, y que la producción de conocimiento es siempre colectiva (Abadía-Barrero et al., 2018; Ramos, 2008). Notarán que a lo largo de este capítulo uso a veces yo y a veces nosotros como pronombres para señalar esta construcción colectiva del conocimiento. También se darán cuenta de que mi trabajo, siempre colaborativo, pasa de tener como objetivo el desvelar el destructivo poder material, simbólico e histórico del capitalismo y el colonialismo a aportar a esfuerzos por resistir y sanar ese poder destructivo.

2 Joanne Rappaport nos ofrece dos libros fantásticos sobre la IAP, el último en formato de novela gráfica (2025, 2021).

PARTE 1

Colombia, es un país conocido por sus arraigadas y amplias políticas neoliberales y, más recientemente, por el acuerdo de paz firmado en 2016 para poner fin a un conflicto armado de 52 años entre el Estado y la guerrilla más antigua del planeta, las FARC-EP (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo). Colombia reformó su Constitución en 1991, que estableció un "estado social de derecho" en el que se reconocen los derechos económicos y sociales como esenciales para la ciudadanía de las personas y dependientes de sus oportunidades. Sin embargo, durante esos mismos años, las instituciones financieras internacionales obligaban a los gobiernos a aplicar reformas neoliberales a través de programas de ajuste estructural. Los nuevos préstamos de la banca internacional estaban condicionados a la aplicación de ajustes estructurales que atentaban justamente contra los derechos sociales y económicos. Los estudiosos de la Constitución han aclarado que el neoliberalismo cooptó las "reformas constitucionales progresistas" que se estaban desarrollando en la misma época. Es decir, en procesos de negociación paralela, el proceso constituyente avanzaba en una reforma que reconocía las condiciones sociales como determinantes de derechos, pero el país en general era obligado a avanzar en propuestas para desmantelar el ya insuficiente estado de bienestar y destruir infraestructuras públicas de servicios, sindicatos y demás redes solidarias.

La contradicción de paradigmas se hizo evidente en los debates al interior de cómo la constitución abandonó la idea de reconocer la salud como un derecho humano fundamental, lo cual implicaría la obligación por parte del gobierno de su garantía. En vez de esto, la salud fue solamente reconocida como un servicio público, lo cual implicaba que el alcance de la salud se limitaba a la atención del servicio sin tomar en cuenta sus determinantes sociales, económicos y políticos, negando así la integralidad de la salud y limitando el alcance de ese servicio público.[3] En vez de integralidad, la reforma neoliberal se estructuró alrededor de un mínimo de atención, lo que con el tiempo

3 Al igual que los servicios públicos, como el agua, la idea dentro de la gubernamentalidad neoliberal es que la gente tiene derecho a un consume mínimo, pero debe pagar por cualquier consume adicional. (ver, por ejemplo, Von Schnitzler, 2016.) Esta idea se trasladó al campo de la salud, entendida como consume de servicios de salud que deben ser limitados y los cálculos económicos a nivel individual.

se conocería como el paquete básico universal o, en Colombia, Plan Obligatorio de Servicios – POS, que limita y fragmenta el derecho integral a la salud. De otro lado, al señalar que la salud es un servicio público, este podría ser administrado o proveído por agentes públicos o privados, como ya sucedía, pero el principal cambio fue trasladar la administración del sistema, incluido los recursos, al mercado de aseguradoras mayoritariamente privadas. Lo que se buscaba desde ese tiempo era que el sector financiero, la banca nacional y transnacional a través de las aseguradoras, avanzaran en el campo de la salud y la seguridad social, insertando su lógica del aseguramiento individual, es decir la venta de pólizas individuales de salud, pensiones y cesantías. Y quienes no podían pagar por la póliza, recibían subsidios a través de las políticas de focalización, también creadas bajo la lógica neoliberal. Así, la reforma neoliberal al sistema de seguridad social del país que llegó en 1993, dos años después de la constitución, implementó la privatización de la salud más agresiva conocida en el mundo. Todo el sistema de salud pasó a un esquema de aseguramiento individual obligatorio con nuevos actores financieros con fines de lucro recibiendo todos los recursos del sistema. Estas aseguradoras se hicieron tan poderosas que establecieron toda una serie de mecanismos para impedir que la gente accediera a los servicios sanitarios y para negar el pago a los hospitales por los servicios prestados. El gobierno pasó a un segundo plano como "regulador" mientras las aseguradoras se convertían en el centro económico y administrativo del sistema y responsable último de su mal funcionamiento (ver, entre otros, Hernández, 2003; Iriart et al., 2017; Useche, 2007).

Cuando comencé mi carrera como profesor de antropología, en 2005, me uní a dos importantes esfuerzos colectivos de resistencia a la privatización a partir de los cuales preguntamos por las formas en que la privatización del sistema sanitario del país estaba afectando a pacientes y proveedores.

SALUD AL DERECHO

Quizás uno de los marcos más influyentes que desarrollamos en colaboración con la ONG Salud al Derecho, fue "los Itinerarios Burocráticos de los sistemas de salud basados en el aseguramiento" (Abadía-Barrero & Oviedo, 2010; Abadía-Barrero & Oviedo Manrique, 2009). A través de este trabajo, aprendimos que, las aseguradoras utilizaban trabas administrativas y los límites del plan de beneficios para negarles a las

personas medicamentos u otros tratamientos, citas con especialistas, o cirugías aduciendo que la póliza no les cubría lo que los médicos ordenaban. Peor aún, en muchos casos, eran solo algunas partes del tratamiento o procedimiento que no estaban cubiertas por la póliza la justificación para negar la prestación de servicios. Además de esto pasaba que el hospital o centro de salud podría o no tener contrato vigente, o faltar suministros o personal. El resultado era que la atención era dilatada y/o las personas eran obligadas a imponer recursos legales para pedir a los jueces la protección de su derecho a la salud, lo que se conoce como judicialización de los derechos (Biehl, 2013). Los miles de casos al año que inundaron al sistema judicial (conocidos como tutelas en Colombia o derechos de amparo en otros países) obligaron a la Corte Constitucional en 2008 a decretar la salud como un derecho humano fundamental y a instar al gobierno a resolver las múltiples fallas del sistema. El malfuncionamiento del sistema de salud estaba colapsando el sistema judicial.

En las peticiones judiciales antes de 2008, las y los colombianos tenían que reclamar su derecho a acceder a tratamientos, citas o medicamentos por su conexidad con sus derechos a la vida y a la dignidad. Aprendimos que las personas, tanto antes de 2008 como después, necesitaban demandar a diferentes actores del sistema de salud (hospitales, aseguradoras, entidades de control, etc.) porque siempre había vacíos legales que llevaban a los jueces a negar nuestras peticiones. Por ejemplo, la falta de suministro de un medicamento podría ser porque no estaba en el plan de beneficios o porque el médico no había realizado bien la fórmula o porque la farmacia no había comprado la dosis adecuada. Y lo que es quizá más importante, descubrimos que las disposiciones judiciales acababan siendo cálculos económicos de merecimiento; es decir, los jueces en sus fallos podían negar a las personas el acceso a algún medicamento u otro tratamiento, cita con especialistas, rehabilitación o cirugía, si los gastos en salud que el sistema incurriría para atender a una persona atentaban contra la seguridad financiera de todo el sistema. Era un cálculo perverso entre asegurar el "mínimo vital" de la persona (un límite arbitrario entre la muerte y la vida digna con un mínimo suficiente), el cálculo de finanzas personales que eran requeridas en el proceso judicial para determinar cuánto podría pagar la persona por su tratamiento sin afectar su "mínimo vital" o las finanzas del sistema. Los jueces, entendimos, juzgaban en función de cómo quedó reglamentada la ley 100 de 1993. Así, los jueces fallaban a favor o en contra de la petición de alguien para que se le concediera su derecho a la salud en función de si sus necesidades eran realmente

vitales, de si la atención necesaria estaba cubierta por el paquete mínimo de servicios y de cómo afectaba esa cobertura a las finanzas del sistema y, por extensión, al bienestar de los demás. Para las aseguradoras, fallos a favor de los jueces no significaban que ellas tenían que pagar por los servicios no incluidos en la póliza, sino que un fondo especial público se encargaba de pagar por esos gastos. Sostenemos que, en los procesos de judicialización de los derechos, las decisiones clínicas se transfieren al poder judicial, pero, más que eso, los cálculos financieros del sistema basado en el mercado estructuran las formas en que los jueces dictan sentencia. Es decir, varios jueces en sus fallos, en contra de los principios de integralidad y calidad del derecho a la salud, adoptaron los marcos morales de la banca internacional que limitaron los recursos a la salud y, por ende, el alcance del derecho a la salud (Abadía-Barrero, 2015).

Con el tiempo, nos volvimos más efectivos y la gran mayoría de las acciones jurídicas eran falladas a favor. A pesar de los recursos limitados, los jueces obligaban a los actores del sistema a proveer los servicios requeridos para garantizar el derecho a la salud ya que era muy difícil argumentar que la negación de un tratamiento no afectaba la vida y la dignidad de las personas. Con fallos a favor, los jueces también autorizaban a las aseguradoras a hacer los recobros de esos tratamientos al fondo público, asegurándoles aún más recursos. Llegamos a comprender que los mecanismos judiciales de protección de derechos pueden ser eficaces en la gran mayoría de los casos, pero también está claro que no todos los ciudadanos tienen acceso a estos mecanismos jurídicos de protección de derechos, que el poder judicial ha quedado atrapado en la retórica moral neoliberal, y que el tiempo que toman las demandas judiciales en ser resueltas riñen con las necesidades clínicas y terapéuticas, lo que resulta en un aumento del sufrimiento, el empeoramiento de las condiciones médicas y el pronóstico, la discapacidad o incluso la muerte por falta de atención oportuna y eficiente (Abadía-Barrero & Oviedo Manrique, 2009). En otras palabras, tenemos un conflicto entre el tiempo judicial y el tiempo clínico, o dicho sin rodeos, para la atención en salud no hay tiempo para la justicia. Hemos aprendido que, con la reforma privatizadora, las aseguradoras de salud con fines de lucro han implementado una estructura burocrática que, apoyada en la ley o incluso en claro desacato a las sentencias judiciales, niega y retrasa la atención a los pacientes, y secuestra los recursos del sistema (Abadía-Barrero & Oviedo, 2010). Concluimos ahora que los itinerarios burocráticos producidos por las aseguradoras con ánimo de lucro producen daños corporales en los

pacientes y llevan a muchos hospitales a la quiebra, como mostraremos más adelante. Además, cuantos más sectores con ánimo de lucro existen, más difícil es hacerles rendir cuentas. Así, nos hemos unido a otros académicos para mostrar cuáles son y cómo operan los mecanismos ideológicos del neoliberalismo en la salud (Chapman, 2016; Iriart et al., 2001; Iriart & Merhy, 2017; Navarro, 2007; Waitzkin & Working Group for Health Beyond Capitalism, 2018).

Además de influir en la forma de fallar de los jueces, las "tecnologías del lenguaje" neoliberales, como cobertura, derechos de amparo/tutelas, copagos, planes de primas, estabilidad financiera, problemas de bases de datos, etcétera, han cambiado el discurso público y el imaginario de las personas en cuanto a qué son los derechos y cómo deben realizarse (Abadía-Barrero, 2015; Ardila-Sierra & Abadía-Barrero, 2020). Como constructo, la moral neoliberal y los itinerarios burocráticos explican el poder de las estructuras burocráticas nuevas y obligatorias que obligan a las personas a transitar del sistema sanitario a los tribunales. Pero también hemos aprendido que estos mecanismos legales para hacer frente al neoliberalismo prolongan el sufrimiento y el tiempo que se tarda en resolver una necesidad de atención clínica. De ahí que incluso los mecanismos legales de protección resulten ineficaces porque la lógica del tiempo burocrático sirve a los propósitos de los actores capitalistas, pero no a las necesidades de los pacientes según sus experiencias y las pautas clínicas establecidas.

EL MATERNO

Pasemos ahora del derecho a la salud de colombianas y colombianos a los derechos al trabajo de los trabajadores de la salud en un hospital universitario. También en 2005, me encontré con una noticia en la que un funcionario estatal anunciaba que tenía toda la intención de cerrar el hospital infantil y de maternidad más antiguo del país, El Materno. Yo había recibido formación clínica en El Materno durante mis años en la facultad de Odontología y se había convertido en noticia común que muchos hospitales públicos habían sucumbido a la reforma privatizadora. Los hospitales públicos dejaron de recibir fondos directos del gobierno para su funcionamiento y los nuevos actores poderosos del sistema, las aseguradoras, utilizaban mecanismos administrativos para evitar pagar las facturas de los hospitales. El Materno, además de servir como el centro de referencia más importante para gestaciones de alto riesgo y atención a recién nacidos graves,

era un hospital universitario afiliado a la universidad más importante del país, la Universidad Nacional. Al involucrarme en el desarrollo de esta historia y colaborar en la lucha de trabajadoras y profesores por mantener abierto el hospital, iban surgiendo varias preguntas: *¿cómo afecta la desfinanciación de un hospital universitario a la calidad de la atención y a la formación clínica de los estudiantes de medicina?, ¿cómo enfrentaban las trabajadoras y profesores universitarios las amenazas de cierre y liquidación del hospital?,* y aún más en general*, ¿cuáles eran las implicaciones de la desfinanciación y eventual cierre de tan legendario hospital para la historia del país en materia de salud?*

Cuando leí sobre las amenazas de liquidación del Materno en 2005, empecé a ir al hospital y a solidarizarme con pacientes, profesores y trabajadores. A lo largo de estos años, hasta 2019, otros y otras amigas participaron en estos esfuerzos y me ayudaron a realizar varios talleres, eventos, entrevistas e intervenciones artísticas para denunciar la situación del hospital e intentar desafiar las narrativas oficiales. A pesar de estar acreditado como el hospital universitario más importante del país, donde sendas investigaciones médicas dieron lugar a descubrimientos originales y donde se entrenaron los profesionales de la salud del país más destacados, los funcionarios del gobierno señalaron que la administración del hospital era incapaz de adaptarse a las exigencias actuales del mercado de la salud instauradas con la reforma, y que eran los propios trabajadores -por mantener una planta increíblemente numerosa y unas prestaciones extremadamente "onerosas"- los culpables de la crisis económica del hospital. Como el neoliberalismo también cambió la relación entre la educación médica y la formación en los hospitales, los profesores universitarios y los clínicos fueron acusados de malgastar recursos y de no ser maleables a los nuevos paquetes de cobertura y procedimientos de facturación del sistema.

A pesar de los esfuerzos de profesores, administradores y trabajadores, un proceso de liquidación se sumó a la violencia del desfinanciamiento y abandono del hospital. En este proceso, los trabajadores se quedaron sin salarios durante casi un año y, después, varios de ellos, los que protestaron contra el proceso, recibieron indemnizaciones escasas e inadecuadas tras cerca de 10 años de asistir diariamente al hospital para luchar por sus derechos laborales. Finalmente, el hospital cerró sus puertas en 2006 como el máximo centro académico de atención en maternidad de la Universidad Nacional y fue reabierto meses después como un centro satélite de menor nivel que proporciona una atención más básica a las mujeres gestantes y a los recién nacidos. Si bien los profesores han permanecido obstinadamente en el hospital y

muchos ex trabajadores fueron recontratados por la nueva administración del hospital, las nuevas condiciones de trabajo, las exigencias administrativas y los niveles más bajos de atención demuestran otro aspecto de cómo la violencia neoliberal destruye proyectos históricos (Povinelli, 2011).

Hemos aprendido que la violencia económica crónica -vía desfinanciamiento, corrupción, salarios no pagos o competencia desleal- actúa en sincronía con otras formas de violencia simbólica e incluso física contra el cuerpo de trabajadores y profesores que simbolizan un enfoque público, solidario y subalterno de la atención médica (ver la descripción del continuo de violencias en Bourgois, 2004). En esta historia hay aspectos sutiles que pueden permanecer invisibles. Al seguir la historia de este hospital, El Materno, se hizo evidente que lo que el neoliberalismo está transformando en última instancia es la *epistemología del cuidado de El Materno,* lo que significa una tradición histórica específica en las formas en que se fusionan la educación, la investigación y la praxis médica. *"Las epistemologías del cuidado son las formas en que se crea, se practica, se enseña, se experimenta, se investiga, se valida y se confronta el cuidado médico: procesos que se insertan en marcos históricos particulares y conectan el cuidado médico con los afectos, la política y los mercados"* (Abadía Barrero, 2022, p. 4).

Veamos un ejemplo. Quizá la "epistemología del cuidado" más emblemática que se originó en El Materno fue el Programa Madre Canguro, una forma de cuidado sin ánimo de lucro para recién nacidos de muy bajo peso que se basa en las capacidades de los cuerpos humanos para cuidar a bebés que, de otro modo, morirían o necesitarían la costosa, moderna y aislante tecnología de las incubadoras para sobrevivir (Abadía-Barrero, 2018). Los neonatólogos colombianos se preguntaron si los seres humanos podríamos proporcionar el mismo nivel de cuidados con nuestros cuerpos que los marsupiales, y acabaron generando datos que demostraban que llevar a los bebés en posición canguro (es decir, en contacto piel a piel 24 horas y en posición vertical similar a la de las ranas) producía resultados clínicos similares a los de las incubadoras e incluso aportaba algunos beneficios clínicos, emocionales y económicos a los bebés, las familias y las comunidades (Abadía-Barrero, 2018). El primer Programa Madre Canguro del mundo, nacido en 1978 en El Materno, se dio a conocer en todo el mundo y ganó fama y reconocimiento hasta el punto de que visitantes de todas partes venían a aprender a El Materno, y los creadores del programa viajaban por todo el mundo formando a personal sanitario. A medida que El Materno fue desfinanciado y la competencia desleal

que instituyó el neoliberalismo tocó fondo (Abadía Barrero, 2022), este legendario programa comenzó a ser desmantelado.

Pero uno de los aspectos que empezó a ser muy relevante fue que, sin ese programa, los profesores no podían brindar atención integral a los recién nacidos, a las madres y a las familias que necesitaban el método Canguro, ni enseñar esta forma de atención a la nueva generación de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. Por lo tanto, el núcleo de la destrucción durante el neoliberalismo es, en nuestra opinión, toda una epistemología del cuidado desde el sur global que amenaza directamente los principios por los que se sostiene el binomio biomedicina y mercados neoliberales: lucro (el canguro no tiene costo asociado y la atención antes de la ley 100 era gratuita), uso creciente de la tecnología (utilizar el cuerpo humano en vez de las incubadoras) y conocimiento biomédico (confiar en que son las mamás y familias quienes van a proveer mejores cuidados a los recién nacidos que el equipo de salud, quienes solo apoyan y acompañan el proceso) (Abadía-Barrero, 2018). Aprendimos que tan importante como es entender lo que hace el neoliberalismo y cómo pretende volverse hegemónico, tenemos que prestar atención a lo que está siendo destruido e indagar sobre las estrategias de resistencia y los esfuerzos por mantener otras formas de cuidado que siguen presentes en la batalla por las definiciones de lo que significa y debería significar el cuidado de la salud.

Para avanzar en estas discusiones teóricas, recurrimos a la comprensión de Gramsci sobre la hegemonía y la subalternidad, que fueron muy influyentes en América Latina (Kohan, 2006; Santofimio-Ortiz, 2018). A través de las hegemonías podemos entender el poder y la dominación "como fuertemente controladores pero nunca completos o totales" (Crehan, 2002). A través de la hegemonía entendemos que la batalla no es simplemente sobre realidades materiales, como la desfinanciación de los hospitales públicos y la inversión de recursos en nuevas infraestructuras basadas en el mercado, sino el entrelazamiento entre materialidad e ideología, cómo la gente concibe los derechos y acaba ofreciendo un consentimiento voluntario al poder, por ejemplo apoyando el papel de los mercados en la sanidad y argumentando que los servicios financiados con fondos públicos son, por naturaleza, de peor calidad.

También nos basamos en teorizaciones sobre las ruinas y el arruinamiento (Stoler, 2013) para argumentar que la destrucción capitalista nunca es total y que las historias subalternas siempre encuentran formas de permanecer vivas y poderosas, incluso en medio de

un dramático abandono o daño. En el libro *Salud en Ruinas* argumentamos que las epistemologías subalternas del cuidado encuentran formas creativas de enfrentarse, contrarrestar y sobrevivir, aunque sea de formas alternativas, precarias, parciales o rotas. En la historia del Materno, la escuela de medicina de la Universidad Nacional y su epistemología del cuidado permanecen vivas, incluso llegando a lo más profundo de los tejidos del país, ya que trabajadores y exalumnos continúan practicando un tipo de medicina que desafía las lógicas basadas en el mercado que promulgan la biomedicina y las reformas neoliberales.

Permítannos recapitular algunos de los elementos teóricos más importantes de esta primera parte:

Itinerarios burocráticos y moralidad neoliberal como constructos que ayudan a comprender la experiencia vivida por los pacientes que se ven obligados a enfrentarse a increíbles infraestructuras burocráticas que cooptan la moralidad judicial (Abadía-Barrero, 2015) y prolongan los tiempos clínicos, haciendo incompatibles las exigencias administrativas y legales con el derecho a la salud de las personas (Abadía-Barrero & Oviedo Manrique, 2009). La tensión aquí es entre la gubernamentalidad neoliberal y las necesidades de atención integral de las personas.

Salud en ruinas, que ejemplifica los daños producidos por el capitalismo a través de las reformas sanitarias basadas en el mercado. Y lo que es más importante, los pacientes, los médicos en formación, los trabajadores y los profesores universitarios encarnan esos daños en sus cuerpos, emocionalmente, pero también simbólicamente. El argumento es que existe una lucha por el poder simbólico en la que los emblemas de la atención sanitaria progresista y sus *epistemologías de cuidado* integrales y desmercantilizadas deben destruirse para que avance la hegemonía cultural de las fuerzas del mercado en la salud. En medio de las ruinas, sin embargo, siempre seguirá surgiendo aquello que se quiere destruir.

PARTE 2.

LA SANACIÓN COLECTIVA DE LAS HERIDAS DE LA GUERRA A TRAVÉS DE LAS PLANTAS Y EL ARTE

Me referiré ahora al trabajo actual y emergente que comenzó con el acuerdo de paz colombiano y terminaré presentando la iniciativa Buen Vivir y Sanaciones Colectivas.[4] Después de 52 años de guerra, Colombia firmó en 2016 un acuerdo de paz entre el gobierno y la guerrilla más antigua del planeta, las FARC-EP. La Agencia Nacional de Reincorporación convocó a la Universidad Nacional y a Médicos del Mundo a formular uno de los mandatos del acuerdo: Un Plan Nacional de Salud Rural. En 2017, gracias a la invitación de profesores/amigos de La Nacional con los que he venido trabajando, empezamos a participar con amigas y amigos en una nueva iniciativa de apoyo al acuerdo de paz en salud que, con el tiempo, se conformó como Red SaludPaz.[5]

El reto ahora era construir una propuesta de salud rural que cumpliera con uno de los principios fundamentales del acuerdo de paz: Buen Vivir. Traído del Sumaq Kawsay en quechua y del Suma Qamaña en aymara, el principio del Buen Vivir está recibiendo cada vez más atención en los círculos académicos desde que esta epistemología indígena se insertó como principio fundacional de las constituciones ecuatoriana y boliviana. Cuanto más aprendo de los ancianos indígenas sobre la complejidad que representa este concepto, más siento que los esfuerzos académicos por definirlo y captarlo en el llamado "giro ontológico" no logran transmitir su significado. Algunos estudiosos y nuestro trabajo actual en una pequeña vereda amazónica colombiana problematizan las visiones occidentales sobre el bienestar, junto con sus mediciones, al proponer que vivir bien, vivir bonito, vivir sabroso, vida abundante, convivencia bonita, vida armoniosa, es el principio de existencia que impulsa los planes de vida de pueblos originarios; se trata de la intrincada armonía personal, comunitaria, interespecies y territorial en la que la vida florece para todos, no se discrimina a nadie, se celebran las diferencias, se comparte la abundancia, nadie toma más de lo que necesita y

4 Buenvivircollectivehealings.com

5 https://www.redsaludpaz.org/dom/s/pags/index.cfm

la madre tierra está en el centro del pensar, sentir y actuar en el mundo (Barbosa Rodríguez & Abadía Barrero, 2023).

Tras algunos proyectos con los ancianos y otras intervenciones comunitarias que recurrían al arte, empezamos a ver que, para avanzar hacia la paz, había múltiples ámbitos de sanación que debían abordarse y que la sanación y el Buen Vivir estaban conectados de diferentes maneras. Por lo tanto, empezamos a combinar las posiciones de la economía política de la salud, que hemos utilizado para estudiar y denunciar el neoliberalismo en la atención sanitaria, con el llamado "giro" decolonial desde el sur como el Buen Vivir (Epele, 2017), siempre atentos y cautelosos a las nuevas cooptaciones académicas, políticas y burocráticas de formas ancestrales de pensamiento y acción (Chandler & Reid, 2018; Makaran & Gaussens, 2020; Todd, 2016).

Guiados por las construcciones y comprensiones locales del Buen Vivir y trabajando junto con amigas y amigos investigadores, principalmente Vanesa Giraldo, Camilo Ruiz y Daniel Gallego, y miembros de la comunidad, hemos facilitado retiros, siembras de huertas, discusiones comunales y extensas enseñanzas de los ancianos para entender el papel de las plantas medicinales en la sanación de las heridas dejadas por el conflicto armado. La investigación de Vanesa ha sido fundamental para comprender que tanto durante los años de la guerra como después del acuerdo de paz, cultivar es una forma de existencia territorial, ya que muchas víctimas del conflicto nos han explicado cómo sembrar y cuidar plantas, cultivos y animales aporta alegría, teje redes sociales y permite construir la paz (Giraldo Gartner et al., In Press). Además, propusimos el concepto de cuidados y sanaciones interespecies para dar cuenta del poderoso acto de cuidar las plantas y recibir sus poderes curativos (Asmupropaz, 2023; Dussan Marquez, Mary Luz & Quintero Bañol, Maria, 2019; Fiagama, Emilio et al., 2023; Giraldo Gartner et al., In Press; Giraldo Gartner & Abadía Barrero, 2022; Perdomo et al., 2024). Comunidades campesinas y ancianos indígenas explican elocuentemente lo que Arturo Escobar llama "interdependencia radical" (Escobar, 2018) entre humanos y plantas, por ejemplo con las plantas sagradas de los uitoto y korebajú: la coca, el tabaco y la yuca dulce. En efecto, las plantas medicinales son las primeras que comunidades campesinas e indígenas desplazadas siembran al llegar a nuevas tierras. Las plantas no son sólo fuente de alimento, sino también medicina, alimento espiritual y vehículos de la memoria. Son la fuente del conocimiento ancestral y, para recibir su sabiduría y sus propiedades curativas, hay que cuidarlas (Giraldo Gartner et al., In Press; Perdomo et al., 2024).

De ahí que aprendiéramos que la gente no separa las plantas medicinales de los alimentos o de los bosques que las rodean. Las plantas medicinales no sólo se utilizan constantemente en la preparación de alimentos, sino que se deben sembrar con otros cultivos. Cuando se necesitan, no sólo los humanos tenemos que despertarlas y pedirles permiso, sino también explicarles por qué las necesitamos. Al fin y al cabo, no sólo son nuestros parientes, sino que nos ayudan a constituir quienes somos (Giraldo Gartner & Abadía Barrero, 2022; McLachlan, 2020).

Además de los tecnicismos de los tipos de mezclas, dosis o preparados, aprendimos que las plantas necesitan ser activadas para que funcionen y, principalmente, tanto el curandero como el enfermo necesitan investir de fe el tratamiento de las plantas (Perdomo et al., 2024). Pero las plantas medicinales y los alimentos sanos, según los ancianos indígenas, son incompatibles con los monocultivos y las fumigaciones con pesticidas. La agricultura sostenible, para muchos de ellos, no significa el desarrollo de un tipo de agricultura rentable, como en las propuestas de "producción agrícola" o "desarrollo rural", sino un sistema autónomo de agricultura que conduzca a la soberanía alimentaria en el que los alimentos y las medicinas se compartan con otros humanos y no humanos, en una especie de economía solidaria entre especies. Para los ancianos indígenas, las Chagras, la forma en que varios grupos indígenas amazónicos cultivan sus alimentos, es siempre diversa, nadie queda excluido y se ofrece a todos quienes necesiten alimentarse, humanos y no humanos. Para ellos, uno de los problemas de los modelos occidentales de agricultura es que, en sus palabras, "el hombre blanco siempre quiere acumular y tener más" (Perdomo et al., 2024). Siguiendo filosofías políticas indígenas como la del Buen Vivir, cuando tomas más de lo que necesitas, estás afectando al bienestar de los demás, tanto de los humanos, ya que provoca desigualdades, como de los no humanos, ya que afecta al equilibrio de la naturaleza. Por lo tanto, la cuestión de cultivar alimentos sanos y comer sano no es sólo económica, sino también una cuestión de respeto y protección de la naturaleza, nuestra madre tierra.

CASA COMÚN

Gracias a una pequeña beca, pudimos llevar a Caquetá algunos recursos para un proyecto de investigación-acción basado en el arte. La idea era crear una intervención artística en la que las víctimas del conflicto armado transmitieran sus esperanzas de un futuro de Buen Vivir. Tres asociaciones de víctimas con las que veníamos colaborando desde

hacía algunos años, aceptaron de buen grado la participación en el proyecto. Con un grupo de mujeres, en su mayoría, víctimas/sobrevivientes de las violencias más atroces del conflicto armado, incluyendo violencia sexual, secuestro, desplazamiento forzado y asesinato o desaparición de seres queridos, nos reunimos en tres talleres en los que construimos colectivamente lo que llegó a conocerse como Casa Común. A partir de los bocetos iniciales sobre sus sueños y esperanzas para un futuro de Buen Vivir, dos ideas principales empezaron a ser evidentes en los dibujos y descripciones de la gente: su deseo de volver a aquellas casas en las que una vez vivieron felices, y de estar rodeadas de naturaleza, cuidando de plantas y animales y disfrutando del aire libre. Todas las casas estaban pintadas desde afuera y sus cuadros estaban llenos de cultivos, animales, árboles, ríos y montañas.

Todos los talleres comenzaban con rituales indígenas de armonización dirigidos por María, mujer indígena embera y lideresa de uno de los colectivos. En los talleres siempre había alguien dispuesto a prestar apoyo entre pares en los momentos de crisis, cuando afloraban la tristeza y los recuerdos traumáticos. Invitamos a la artista y profesora Paola Gamboa para que nos ayudara a plasmar las ideas de la gente sobre cómo debería ser el Buen Vivir en una pieza artística que pudiera exponerse en un museo.

Para nuestro último encuentro, el fin de semana del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2022, les invitamos a venir con sus hijos y nietos si lo necesitaban, para que las obligaciones familiares no les impidieran participar. Alquilamos una chiva (autobús rural) que llevó a 45 personas a un hermoso lugar lleno de jardines de flores y con suficientes habitaciones, dos piscinas (una de lodo), y un Temazcal (es decir, una estructura especial para una ceremonia mesoamericana de sanación). Se les pidió que trajeran sus obras de arte en la fase en que se encontraran. Se les ofreció comida, descanso, música, materiales, rituales y espacios para hablar, disfrutar y trabajar en sus obras. En un rincón de la zona común donde estábamos trabajando, construimos la estructura de la casa, que empezó a poblarse con las piezas de arte que se iban terminando. En grupos, compartimos lo que representaba cada obra y pensamos qué título queríamos darle a cada una. Hacia el final, en nuestro acto de clausura en un gran círculo, empezamos a dar las gracias al espacio, a la oportunidad de estar reunidas, a la gente y a gritar lo que queríamos y lo que no queríamos traer a cualquier casa común futura.[6]

6 https://drive.google.com/file/d/12FlBUtBKT-C1OJ6xIS74lkRLubLv_5Uo/view?usp=sharing (Abadía Barrero et al., Under review)

Sentimos que Casa Común es el resultado de un trabajo emocional colectivo. Fue un proceso femenino y feminizado con espacios que a pesar de la cantidad de participantes se hicieron muy seguros y privados, tanto porque se creó en espacios domésticos como también porque trataba de recuerdos muy íntimos de la guerra (Goessling, 2025). Casa Común se creó a través de una mezcla de amor, arte y dolor. Pero esta obra colectiva fue posible sobre todo gracias a todo el trabajo que estas mujeres habían realizado durante muchos años para apoyarse mutuamente, buscar justicia y poder llevar las heridas de la guerra con dignidad. Nos dimos cuenta de que para sanar las heridas de la guerra es necesario abrir espacios en los que las mujeres puedan reunirse y nutrirse. Si bien el arte fue un vehículo para la narración individual y la expresión del dolor y sigue siendo una terapia individual para el trauma, la construcción colectiva y la exposición conjunta de tantas voces que comparten los dolores, las penas, las alegrías y las esperanzas se erigen como una reparación histórica que a menudo se descuida en los debates sobre derechos humanos.

Casa Común ha viajado a diferentes ciudades de Colombia, Canadá y Estados Unidos. Se ha convertido un archivo artístico, un archivo senti-pensante (siguiendo la propuesta de senti-pensamiento que Orlando Fals Borda acuñara a partir de su trabajo de IAP con comunidades afrodescendientes, indígenas y campesinas) (Rappaport, 2021) que permitió a la comunidad de artistas/víctimas/sobrevivientes representar sus dolores, penas y esperanzas a través de piezas de arte que no priorizan la palabra escrita como la principal forma de archivar sus historias.[7] Cuanto más aprendemos sobre el Buen Vivir, más claro queda que la sanación de las heridas de la guerra en Colombia tiene que ver con la intrincada conexión entre las personas y sus territorios, y que la sanación de las heridas de la guerra con sus múltiples traumas exige reparaciones y restituciones de tierras, pero también la práctica de rituales colectivos.

7 Estrategia que la profesora Beatriz Elena Arias López conceptualizó como narrativas textiles. De su trabajo con víctimas y firmantes del acuerdo de paz en destejiendo miradas (https://des-tejiendomiradas.com), nos inspiramos para utilizar esta propuesta metodológica en casa común

SANAR LAS HERIDAS COLONIALES

Inspirados por el trabajo de las mujeres de Casa Común y por el trabajo que los ancianos indígenas están haciendo para recuperar el conocimiento tradicional en torno a las plantas medicinales y, más recientemente, para ayudar a mantener su conocimiento ancestral a través del mantenimiento de rituales y la elaboración de calendarios ecológicos y epidemiológicos, propusimos la iniciativa Buen Vivir y Sanaciones Colectivas.[8] Esta red de aprendizaje de buenos humanos, intercultural y transdisciplinaria, se pregunta por el tipo de sanación que ocurre más allá del cuerpo individual para incluir a colectivos humanos, relaciones entre especies y ecologías. Se centra en las *heridas coloniales*, es decir, las heridas históricas, colectivas y ecológicas que siguen perturbando las epistemologías indígenas. Basada en los conocimientos ancestrales y el direccionamiento de mayoras y mayores, esta iniciativa se inspira en los rituales, la espiritualidad, el comunalismo, los movimientos sociales y la des-colonialidad/anti-colonialidad para apoyar formas de sanación que tienen como núcleo las historias y las subjetividades colectivas de opresión.

Me sentí muy honrado cuando la académica mapuche Catalina Alvarado-Cañuta me envió un correo electrónico para preguntarme si podía desempeñar el papel de asesor en sus estudios de doctorado en Antropología de la Salud. Aunque Catalina había estado trabajando en la salud materna indígena y también estaba interesada en las plantas medicinales en contextos urbanos, nuestras conversaciones han dado lugar a un maravilloso proyecto doctoral articulado a la iniciativa Buen Vivir y Sanaciones Colectivas. Pensando en cómo artistas mapuches están utilizando su arte para sanar las heridas coloniales, Catalina está refinando aún más las primeras ideas de la iniciativa sobre las heridas coloniales para preguntarse cómo podemos sanar las heridas del pasado a través del arte, cómo podemos sanar los dolores, las penas y los daños que nuestros antepasados soportaron y que todavía están presentes en nuestros cuerpos, entornos y demandas políticas. La sanación, desde esta perspectiva, no es total. Con Catalina lo estamos pensando como un alivio colectivo e histórico que requiere rituales y direccionamiento de sabedoras y sabedores de pueblos originarios. Como director inaugural de esta iniciativa, tuve el privilegio de invitar al esposo de Catalina, el afamado cineasta, artista y curador mapuche

8 Buenvivircollectivehealings.com

Francisco Huichaqueo como profesor residente para el año académico 2023-2024. Nos hemos hecho muy amigos con Catalina y Francisco y su generosidad al compartir sus conocimientos nos ha permitido conceptualizar aún más el Buen Vivir, las Sanaciones Colectivas y las Heridas Coloniales (Alvarado-Cañuta & Abadía-Barrero, 2026).

De manera similar a Casa Común, inspirados en el trabajo de Francisco, y pensando en las formas en que la iniciativa podría apoyar su trabajo, invitamos a una serie de talleres a un colectivo de mujeres migrantes en la ciudad de Hartford, Connecticut, USA, que producen arte a través del tejido, el bordado y la pintura. Con Catalina, Camilo Ruiz y yo como parte del equipo de investigación y bajo la dirección artística de Francisco, las invitamos a pensar en un proyecto de arte que quisieran compartir con sus comunidades; les preguntamos, qué tipo de ideas del Buen Vivir y formas de arte querían llevar a las comunidades migrantes donde vivimos en el área de Hartford. Si en Casa Común hubo rituales de armonización y música, en este caso, Francisco invitó a las mujeres a conectarse con territorios indígenas haciéndolas intervenir con pasteles fotos de su territorio mapuche. Si bien la mayoría de las mujeres no se reconocían como indígenas o con ascendencia Indígena y el proceso de imaginar una forma de arte particular y tomarse un tiempo de sus múltiples demandas fue difícil, a través de varios encuentros, conversaciones, dibujos y comida, varias comenzaron a traer recuerdos de sus vidas en el campo, rodeadas de hermosos paisajes y en compañía de abuelas, abuelos y otros familiares. Las comidas tradicionales cocinadas en la cocina abierta del campo y el estar rodeadas de la familia y el trabajo comunal cuidando cultivos y animales, se convirtieron en el núcleo de recuerdos que mezclaban nostalgia y felicidad. Poco a poco, las mujeres "recordaban emocionalmente" y los aromas, la ropa, las risas y las canciones construían una memoria emocional colectiva. En varias de ellas, empezaron a surgir palabras en su lengua materna mam, utilizadas por sus abuelas y abuelos, ya fuera al recordar actividades o a sus mayores hablando en mam.

Francisco nos ayudó a imaginar la curaduría de la exposición final recreando esa gran viga de madera en la que las familias cuelgan diferentes productos del campo y donde se llena de sensaciones y enseñanzas la vida familiar y comunitaria. Al igual que en Casa Común, las conexiones con la naturaleza eran tales que Francisco tuvo que pensar cómo incorporar tierra, rocas, árboles, frutas, fuego o montañas de hojas de maíz a la exposición. Como cineasta, Francisco también quería captar la fuerza que percibía en este grupo de artistas, y decidió construir una instalación que jugara con las ideas de las mujeres, sus obras de arte y unos

videoretratos. El éxito de la exposición fue tal que el museo más importante del estado, The Wadsworth, nos invitó a recrear la instalación para darle el espacio central en una exposición temporal de arte de Abya Yala (septiembre-diciembre 2024). Tras leer sobre el arte de Francisco y hablar con él sobre su filmografía y su labor curatorial decolonial, el director del museo, abrió la colección de objetos arqueológicos para que Francisco pudiera incorporarlos a la nueva instalación.

La nueva versión de la instalación llamada *Ancestros Hoy. Historias visuales de mujeres migrantes,* combina el arte de las mujeres, las películas de Francisco y "piezas arqueológicas" de la colección del museo. En este caso, Francisco ha conceptualizado cómo las "piezas arqueológicas" que fueron robadas de tierras indígenas y que él llama prendas de memoria se mantienen secuestradas en instituciones coloniales como los museos y cómo, al sacar los objetos al exterior y hacerlos dialogar con las piezas de arte de las mujeres, el pasado y el presente se conectan una vez más y se hacen visibles de manera diferente, no como objetos que satisfacen las curiosidades occidentales, sino como la fuerza que los ancestros están dando a las mujeres, sus herederas naturales, para seguir recuperando su poder indígena y sanar las heridas coloniales.[9] Más recientemente nos enteramos que fue tal el impacto de Ancestros Hoy que el museo que la van a incorporar en 2026 dentro de sus instalaciones permanentes como parte de la sala *Arte de las Américas: Objetos de Memoria*.

A través del trabajo, la conceptualización y la obra de Francisco, hemos aprendido que el poder de las intervenciones artísticas, instalaciones o películas indígenas reside en desafiar las categorías occidentales de curación y pensamiento. La sanación o el alivio de las heridas coloniales no consiste en una intervención biológica ni en un ejercicio racional, sino en sanar el espíritu humano ayudando a las personas a reconectar con sus identidades y territorios (Alvarado-Cañuta & Abadía-Barrero, 2026). De hecho, Francisco piensa en sus películas como "Cine Medicina", ya que el foco de la cámara actúa como el soplo de la Machi, sanando el espíritu (Huichaqueo, 2024). Su trabajo curatorial con las mujeres se erige como otra forma de "sanación colectiva de heridas coloniales", cuyo poder reside en conectar con nuestros antepasados y reclamar un camino emocional hacia el abrazo de la indigenidad como forma de interrumpir los procesos de colonialismo interno.

---

9 https://www.huichaqueo.cl/mision/ancestros-hoy. La exposición fue visitada por más de 16.000 personas. Un análisis de la obra de Francisco Huichaqueo se encuentra en (Gómez-Barris, 2017, p. ch 3)

PARA CONCLUIR

Permítannos resumir los principales mensajes para llevar y volver a las preguntas originales: ¿Cómo afecta el capitalismo al derecho a la salud? ¿Cuáles son las estrategias de los pueblos para resistir a las múltiples formas de violencia que despliega el capitalismo? ¿Cómo construyen las personas comunidades de cuidados en medio de las fuerzas destructivas del capitalismo?

Sabemos que la violencia capitalista es un aspecto de la violencia colonial. De hecho, no es nuevo que la matriz colonial de poder se sustenta en las múltiples violencias que residen en las identidades raciales, de género y de clase impuestas y co-creadas con ideas de superioridad de ciertas habilidades corporales sobre otras, de la superioridad de la racionalidad por encima de otras formas de valorar la existencia y el conocimiento, o la supremacía ontológica de lo humano sobre la naturaleza. Nuestra investigación sobre el capitalismo, el derecho a la salud y las comunidades de cuidado ha contribuido a la comprensión de las innumerables formas en que la violencia del capitalismo arruina la salud individual y los sistemas de atención sanitaria a través de la violencia económica, simbólica y física. Sabemos que la violencia es un continuo, y nuestro trabajo de promoción de estrategias para avanzar en el acuerdo de paz complementa conceptualmente la violencia de las políticas impulsadas por el capitalismo con la violencia de la guerra, también resultado de despojos y desigualdades para favorecer la acumulación de capital y el lucro de los capitalistas. La forma en que las comunidades se cuidan unas a otras y sacan adelante planes de vida fundados en el principio del Buen Vivir se logra colectivamente y con la naturaleza. La reconexión con la gente y la naturaleza parece ser un camino para sanar las heridas coloniales, incluida la guerra, ya que fusionan el despojo de territorios con el borramiento de identidades y conocimientos ancestrales.

Permítanme terminar enumerando algunos de los términos que estamos utilizando y que esperamos sean útiles para avanzar en nuestra reflexión sobre estos temas y apoyar los esfuerzos para resistir la colonialidad y revitalizar la indigenidad.

El marco analítico gramsciano del poder y la hegemonía nos ha ayudado a entender la transformación de infraestructuras legales, burocráticas y financieras y las interacciones cotidianas en la salud mundial. Para transformar el bienestar social y avanzar en su "acumulación por despojo" (Harvey, 2003), los propietarios de las compañías de seguros transnacionales necesitaban desfinanciar las instituciones y

los programas de salud pública (Iriart et al., 2001; Stocker et al., 1999). Para avanzar en las estrategias de privatización, como los programas de focalización o la reforma de la atención sanitaria, una alianza de clase entre las élites económicas internacionales y nacionales necesitaba crear infraestructuras legales y administrativas que dieran lugar a una nueva forma de atención sanitaria privada y burocratizada, que explicamos a través de los constructos *itinerarios burocráticos y moral neoliberal*. Por lo tanto, los debates en antropología de la salud tendrán que lidiar con las formas en que las "regulaciones" como una forma de gubernamentalidad neoliberal desafían la atención clínica integral y transforman no sólo las experiencias e interacciones de los pacientes con los médicos y las instituciones médicas, sino también las formas en que se conceptualiza la "justicia" en la atención sanitaria.

La investigación colaborativa de El Materno aportó muchas lecciones a la antropología de la salud y cultural. En primer lugar, *Salud en Ruinas* describe cómo la violencia neoliberal en la atención sanitaria se traduce en la desfinanciación y el abandono de las infraestructuras sanitarias públicas y su sustitución por lógicas financiarizadas (Abadía Barrero, 2022). Esta violencia es sutil y crónica, como en la destrucción lenta pero progresiva de edificios y personas, pero también puede ser muy intensa y visible. El proceso de ruina o arruinamiento tiene que ver con una lucha por los símbolos culturales de la salud, como las *epistemologías subalternas de cuidados* que desafían su ideología que sostiene que la salud es una mercancía asegurable, y que el "derecho a la salud" se puede conceder a través de la competencia del "libre mercado". Sin embargo, argumentamos que las epistemologías del cuidado, como el Programa Canguro, no están en contra o fuera de la biomedicina, sino que también están estructuradas por la colonialidad del poder de la biomedicina. Por tanto, creemos que la antropología de la salud puede desarrollar investigaciones interdisciplinarias sobre cómo las diferentes epistemologías del cuidado en todo el mundo han resistido, sobrevivido y coevolucionado dentro de una matriz colonial de poder.

Y creo que nuestro trabajo actual y en evolución con las plantas medicinales y los conocimientos ancestrales en la construcción de la paz y en la iniciativa Buen Vivir y Sanaciones Colectivas es un esfuerzo por reforzar aún más las cuestiones que subyacen a las epistemologías del sur y epistemologías subalternas del cuidado. En este caso, sin embargo, al aportar desde la perspectiva des-colonial/anti-colonial del Buen Vivir, podemos formular preguntas sobre la sanación y la reparación entre y a través de seres y territorios, desestabilizando aún

más la hegemonía de la biomedicina en la salud. La antropología de la salud nos ayudó a entender cómo se construyen los cuerpos a través de los entornos y cómo las enfermedades y los grupos de enfermedades afectan a individuos y grupos sociales específicos debido a su posición social e histórica. Sanar las heridas de la guerra y las heridas coloniales exige recuperar la tierra, pero también re-establecer relaciones ecológicas armónicas enfocadas en el "cuido de la vida", como lo llaman los ancianos uitoto y korebajú, y sanar el espíritu humano, como lo plantea Huichaqueo. Se trata de un apasionante campo de investigación transdisciplinar entre la antropología de la salud, la antropología ambiental y las políticas y metodologías indígenas. Se trata de responder a la pregunta que declama la poeta Tzotzil Enriqueta Lunez en una de las películas de Francisco Huichaque: ¿Cómo sanamos aquello en lo que no pedimos convertirnos?

No soy la tierra del sol
en mi suelo no yace el cordón umbilical de los hombres
en mi suelo nadie cargó con una cruz
en mi suelo jamás un hombre atentó en contra de su hermano
nadie quiso ser mestizo
en mi suelo tu cuerpo despedía aromas de incienso, laurel y naranjillo.
Lo recuerdo
en tu suelo las niñas eran hacendosas
los hombre cargaban leña
los viejos sabían pedir agua
Mi madre conocía el conjuro para sanar la piel
yo, solía de niña salir del camino para darle cabida
a los pasos del tío anciano.
Sí, aún lo recuerdo
esa era tu grandeza, antes de hablar español.[10]

10 https://latinamericanliteraturetoday.org/es/2017/07/three-poems-enriqueta-lunez/

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadía Barrero, C. E. (2022). *Salud en Ruinas: La Destrucción Capitalista del Cuidado Médico en el Instituto Materno Infantil de Bogotá* (1st ed). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Senora del Rosario.

Abadía Barrero, C. E., Giraldo Gartner, V., Ruiz-Sanchez, H. C., & Gamboa Alzate, P. (Under review). Victims, Artists and Healers: Collective healing of ecological and war-related wounds in the Colombian Amazon. *Medical Anthropology*.

Abadía-Barrero, C. E. (2015). Neoliberal Justice and the Transformation of the Moral: The Privatization of the Right to Health Care in Colombia. *Medical Anthropology Quarterly*, *30*(1), 62–79. https://doi.org/10.1111/maq.12161

Abadía-Barrero, C. E. (2018). Kangaroo Mother Care in Colombia: A Subaltern Health Innovation against For-profit Biomedicine. *Medical Anthropology Quarterly*, *32*(3), 384–403. https://doi.org/10.1111/maq.12430

Abadía-Barrero, C. E., & Oviedo, D. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas En Salud*, *Sup 9*, 86–102.

Abadía-Barrero, C. E., & Oviedo Manrique, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-Care Health Care Systems. *Social Science & Medicine*, *68*, 1153–1160.

Abadía-Barrero, C. E., Ruíz-Sánchez, H. C., & Pinilla Alfonso, M. Y. (2018). Etnografía como acción política: Articulación del compromiso antropológico a estrategias contra hegemónicas. En *Trabajo de Campo en América Latina. Experiencias Antropológicas Regionales en Etnografía. Guber, R. Eckert, C. Jimeno, M. and Krotz, E. (Eds.)* (pp. 438–455). Editorial SB.

Alvarado-Cañuta, C. y Abadía- Barrero, C. E. (2026). Collective Healings of Colonial Wounds: A conceptual framework. *Medical Anthropology.* DOI: 10.1080/01459740.2026.2674746

Ardila-Sierra, A., & Abadía-Barrero, C. (2020). Medical labour under neoliberalism: An ethnographic study in Colombia. *International Journal of Public Health*, *65*(7), 1011–1017. https://doi.org/10.1007/s00038-020-01420-4

Asmupropaz. (2023). *Sembrar paz para sanar el corazón* (V. Giraldo Gartner, Ed.). Asmupropaz.

Barbosa Rodríguez, E., & Abadía Barrero, C. E. (2023). Vivir Bien para reconciliarnos con la Madre Tierra y florecer por fuera del capitalismo. Una invitación para la medicina social [Living Well to Reconcile with Mother Earth and Flourish outside of Capitalism. An invitation for social medicine]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *41*(2), e353229. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353229

Biehl, J. (2013). The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts: The judicialization of biopolitics. *American Ethnologist*, *40*(3), 419–436. https://doi.org/10.1111/amet.12030

Bourgois, P. (2004). The Continuum of Violence in War and Peace: Post-Cold War Lessons from El Salvador. En N. Scheper-Hughes & P. Bourgois (Eds.), *Violence in War and Peace* (pp. 425–434). Blackwell Publishing.

Chandler, D., & Reid, J. (2018). 'Being in Being': Contesting the Ontopolitics of Indigeneity. *The European Legacy*, *23*(3), 251–268. https://doi.org/10.1080/10848770.2017.1420284

Chapman, A. R. (2016). *Global health, human rights and the challenge of neoliberal policies*. Cambridge University Press.

Crehan, K. (2002). *Gramsci, Culture and Anthropology*. University of California Press.

Dussan Marquez, Mary Luz, & Quintero Bañol, Maria. (2019). *Botiquín de plantas medicinales para sanar el cuerpo y el alma*.

Epele, M. (2017). Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas. *Salud Colectiva*, *13*(3), 359. https://doi.org/10.18294/sc.2017.1104

Escobar, A. (2018). *Otro posible es posible: Caminando hacia las transiciones desde Abya Yala/Afro/Latino-América*. Ediciones Desde Abajo.

Fiagama, Emilio, Arango, Maria Celina, García, Alfonso, Calderón, Ismael, Carvajal, Adolfo, Barbosa, Estelio, Díaz, Diego Andrés, Vargas Ridaure, Wilson, Ramos Quintana, Stefany, Valencia Pizarro, Pedro, López Montiel, Susana, Piranga Valencia, Juven Arcadio, Maldonado López, Luis Harley, Acosta Piranga, Ada Luz, Manzanilla, Rosalba, Abadía Barrero, C. E., Giraldo-Gartner, V., Aldana García, Javier, Reyes Bermúdez, Alejandro, … Perdomo, Edwar Samir. (2023). *Salud, Vida y Tradición. Desde la sabiduría de los pueblos Uitoto, Ko'revaju y Muinane*.

Giraldo Gartner, V., & Abadía Barrero, C. E. (2022). Medicinal plants. Healing the relationships between human and non-human in

post-accord times. En C. Gardeazábal Bravo & K. G. Guerrieri (Eds.), *Human Rights in Colombian Literature and Cultural Production* (1st ed., pp. 139–154). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003154167-10

Giraldo Gartner, V., González Sanabria, S., & Cortés Guzmán, E. R. (In Press). Las plantas medicinales en la reconstrucción de los lazos socioecológicos tras la devastación de la guerra. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*.

Goessling, K. P. (2025). Learning from feminist participatory action research: A framework for responsive and generative research practices with young people. *Action Research*, *23*(1), 48–70. https://doi.org/10.1177/14767503241228502

Gómez-Barris, M. (2017). *The extractive zone: Social ecologies and decolonial perspectives*. Duke University Press.

Harvey, D. (2003). The `New' Imperialism: Accumulation by Dispossession. *The Socialist Register.*, 63–87. /z-wcorg/.

Hernández, M. (2003). Neoliberalismo en Salud: Desarrollos, supuestos y alternativas. En D. Botero (Ed.), *La Falacia Neoliberal. Crítica y Alternativas* (pp. 347–361). Universidad Nacional de Colombia.

Huichaqueo, F. (2024). *Cine Medicina, Una Mirada Contra Colonial Para La Liberación Indígena*. Yale University. Council on Latin American & Iberian Studies, New Haven.

Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *ahead*, 0–0. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808

Iriart, C., Merhy, E. E., Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *21*(63), 1005–1016. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808

Iriart, C., Merhy, E. E., & Waitzkin, H. (2001). Managed Care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, *52*, 1243–1253.

Kohan, N. (2006). *Antonio Gramsci. Revolucionario Italiano, sus aportes teóricos influyen poderosamente en los actuales activistas contra la guerra y el capitalismo*. Ocean Press.

Makaran, G., & Gaussens, P. (Eds.). (2020). *Piel blanca, máscaras negras: Crítica de la razón decolonial* (Primera edición). Universidad Nacional Autónoma de México.

McLachlan, A. (2020). *Cultivating Futures: Botanical Economies and Knowledge Ecologies in Migrant Colombian Amazonia.* [PhD Thesis]. University of Chicago.

Navarro, V. (2007). *Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health and quality of life*. Baywood Pub.

Perdomo, R., Valencia, Pedro, Fiagama, Emilio, Perdomo, Miriam, Perdomo, Lucélida, García, Alfonso, Calderón, Ismael, Carvajal, Adolfo, Barbosa, Estelio, Arango, Maria Celina, Díaz, Diego Andrés, Manzanilla, Rosalba, Perdomo, Edwar Samir, López, Susana, Valencia, Shellany, Ramos, Stephany, Aldana, Javier, Giraldo, Vanesa, & Abadía Barrero, C. E. (2024). Intercultural Communalism: Intercultural and Intergenerational Work Around Medicinal Plants in a village in Southern Colombia. In C. Smith-Morris & C. Abadía-Barrero (Eds.), *Countering modernity: Communal and cooperative models from indigenous peoples*. Routledge.

Povinelli, E. A. (2011). *Economies of abandonment: Social belonging and endurance in late liberalism*. Duke University Press.

Ramos, A. R. (2008). Anthropologist as Political Actor. *Journal of Latin American Anthropology*, *4*(2), 172–189. https://doi.org/10.1525/jlca.1999.4.2.172

Rappaport, J. (with Flórez, L., & Pérez, P.). (2025). *Historieta Doble: Una Historia Gráfica de la Investigación-Acción Participativa* (1st ed). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Senora del Rosario.

Rappaport, J. (with Paredes Cisneros, S.). (2021). *El Cobarde No Hace Historia: Orlando Fals Borda y Los Inicios de la Investigación-Acción Participativa* (1st ed). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Senora del Rosario.

Santofimio-Ortiz, R. (2018). El pensamiento de Antonio Gramsci en América Latina y Colombia. *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, *20*(1), 177–196.

Singer, M., & Baer, H. (1995). *Critical Medical Anthropology*. Baywood Publishing Company, Inc.

Stocker, K., Waitzkin, H., & Iriart, C. (1999). The Exportation of Managed Care to Latin America. *New England Journal of Medicine*, *340*, 1131–1136.

Stoler, A. L. (Ed.). (2013). *Imperial debris: On ruins and ruination*. Duke University Press.

Todd, Z. (2016). An Indigenous Feminist's Take On The Ontological Turn: 'Ontology' Is Just Another Word For Colonialism. *Journal*

of Historical Sociology, *29*(1), 4–22. https://doi.org/10.1111/johs.12124

Useche, B. (2007). De la Salud Pública a la Salud Privada: Una Perspectiva Global a la Reforma en Salud en Colombia. *Palimpsestus*, *6*, 123–131.

Von Schnitzler, A. (2016). *Democracy's infrastructure: Techno-politics and citizenship after apartheid*. Princeton University Press.

Waitzkin, H., & Working Group for Health Beyond Capitalism (Eds.). (2018). *Health care under the knife: Moving beyond capitalism for our health*. Monthly Review Press.

¿Es posible una antropología de la salud humana y otra que humana? Aportes desde las "socioecologías de cuidado" a propósito del debate sobre *Una Salud-One Health*

María Sol Anigstein Vidal, Anabel Sepúlveda Matus y Constanza Biscarra Mc-Naughton

En las últimas décadas, los seres humanos hemos enfrentado innumerables dificultades a la hora de sostener la vida, es decir, un escenario de crisis generalizada en múltiples dimensiones (climática, socioecológica, sociosanitaria, de reproducción social y de cuidados, entre otras) (Trevilla, Estrada y Soto, 2020). En el campo de la salud pública y global, ha habido aperturas que buscan recoger las preocupaciones existentes en torno a la crisis climática y la degradación medioambiental a partir, principalmente, de la propuesta de *One Health o Una Salud*, así como propuestas críticas a este último enfoque en el campo de la medicina social y la salud colectiva. El mismo esfuerzo por contribuir a dar respuesta a esta crisis –o, más bien, de *seguir con el problema* (Haraway, 2019)–, ha tenido lugar desde las ciencias sociales, particularmente en los estudios sobre el cuidado. Al alero de perspectivas críticas provenientes de enfoques variados que pueden resumirse en decoloniales, feministas y posthumanos, se han desarrollado diversas propuestas epistémicas, ontológicas y/o éticas que buscan situar al centro del debate nuestra vulnerabilidad e interdependencia ontológica más allá de lo humano como elemento central de dichas reflexiones sobre los cuidados (Carrasco, 2001; Pérez-Orozco, 2006; Butler, 2010; Puig de la Bellacasa, 2017; Hirata, 2020; Mol & Hardon, 2023).

Aunque a menudo se habla de "cuidados" en el campo de la salud, como queda de manifiesto en el concepto de "salud-enfermedad-atención-cuidados" (Michalewicz et al., 2014), es menos frecuente la

articulación entre las teorías sociales críticas en las ciencias sociales y humanidades y la investigación e iniciativas en torno a la salud pública, incluso en el marco de la propuesta de *Una Salud*, pese a su mencionada interdisciplinariedad (van Patter et al., 2023). Por ende, las reconsideraciones críticas al modelo de *Una Salud* han sido enfáticas en proponer aperturas epistémicas y ontológicas que incluyan paradigmas relacionales, a partir de los cuales tenga la oportunidad de integrar en la práctica la salud humana, animal y medioambiental, como se planteaba originalmente (Meisner et al., 2024). Propuestas como las de las teorías feministas y ecofeministas sobre el cuidado, perspectivas posthumanistas, enfoques críticos de la colonialidad y la medicina social latinoamericana podrían significar un enriquecimiento importante de esta perspectiva (van Patter et al., 2023; Baquero et al., 2021).

Con la finalidad de contribuir a este debate a propósito de la propuesta de *Una Salud* y, con ello, preguntarnos por la posibilidad de delinear una antropología de la salud humana y otra que humana, realizamos un breve recorrido de ciertos antecedentes que permiten trazar interconexiones entre el campo de la salud y el de las ciencias sociales, posicionado en el centro los cuidados. En un primer momento, revisamos las principales críticas al modelo de *Una Salud*, las cuales ponen de manifiesto la preocupación por articular planteamientos que tengan oportunidad de dar respuesta al problema de la crisis socioambiental generalizada. Luego, nos referimos a las propuestas sobre cuidados como parte del proceso salud-enfermedad-atención, dando cuenta de sus articulaciones y ensambles en el campo de la salud. Y, por último, nos referimos a los planteamientos y debates desde los cuales desarrollamos nuestra propuesta en relación con las "socioecologías de cuidado",[1] buscando con esto contribuir a las reconsideraciones críticas de la propuesta de *Una Salud*, particularmente en lo que respecta a los tres principales sesgos que se han problematizado sobre ella, a saber: el antropocentrismo, la medicalización y el capitalismo colonial (van Patter et al., 2023).

1 Nota el pie: Financiada por ANID/FONDECYT Regular N°12408040.

ALGUNAS PROPUESTAS CRÍTICAS EN TORNO A UNA SALUD: ¿ES POSIBLE UNA SALUD MÁS ALLÁ DE LO HUMANO?

Desde principios del siglo XXI en el campo de la salud pública comienza a incorporarse la idea de *Una Salud*, lo que implica pensar la salud humana en conjunto con la salud de otras especies y del medio ambiente, entendidas como interdependientes. Esto llevó a la conformación de un Cuadro de Expertos de Alto Nivel para el Enfoque de "Una Sola Salud" (OHHLEP) pertenecientes a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Oficina Internacional de Epizootias (OIE/WHOA), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de construir definiciones y planes de acción en esta línea. Esta perspectiva "reconoce que la salud de las personas, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente relacionados y son interdependientes" (Organización Mundial de la Salud, 2023, p. 6), por lo que su propósito es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas.

Si bien este enfoque es un gran avance en términos del reconocimiento de la interdependencia de los seres humanos y del ecosistema en el que habitan, su desarrollo y aplicación han sido limitados, por lo que han surgido propuestas críticas.

Una de las propuestas es la llamada *Una Salud Relacional*, cuya principal crítica a *Una Salud* se refiere al carácter biomédico y antropocéntrico de esta perspectiva, que no reconoce a los no humanos como portadores de salud por derecho propio, transformándolos muchas veces en meros vectores de posibles enfermedades humanas. Esta perspectiva, en cambio, señala que los seres humanos son una especie más incluida en los ecosistemas que comparte con seres bióticos y abióticos, y que en conjunto encarnan y corporizan las dimensiones económicas, biofísicas, políticas, históricas, sociales y culturales que se despliegan en dichos ecosistemas, para lo cual deben tenerse presentes los sistemas de poder y opresión que los configuran (Meisner et al., 2024).

Otra mirada crítica es el modelo de *Una Salud de las Periferias*, una propuesta decolonial desde el Sur Global que, reconociendo los principios de la salud colectiva, critica la epistemología de *Una Salud* ya que mientras se alinea con los intereses de los grupos hegemónicos, descuida los intereses de los grupos periféricos. Paralelamente, *Una Salud de las Periferias* constituye una crítica al enfoque de la medicina social y la salud colectiva, al incluir, por una parte, perspectivas relacionales

y multiespecie, asumiendo la dimensión más que humana de la determinación social de la salud, y, por la otra, al reconocer la experiencia acumulada de miles de años de salud multiespecie de las ontologías "alternativas" presentes en comunidades indígenas (Baquero et al., 2021; Baquero, 2021).

Por último, la crítica de van Patter et al. (2023) desde miradas feministas, posthumanistas y decoloniales visibiliza el antropocentrismo del enfoque de *Una Salud*. Las autoras señalan que, pese a que *Una Salud* reconoce un enfoque "más allá de lo humano", en el que se articula la salud humana, animal y medioambiental, en la práctica ha reproducido los principales sesgos que son herencia de una ontología moderna, vale decir, el *antropocentrismo,* la *medicalización* y el *capitalismo colonial* (Meisner et al., 2024; van Patter et al., 2023). Las reconsideraciones críticas a este modelo han sido enfáticas en reconocer sus limitaciones, aunque también en señalar sus posibilidades, especialmente la de entrelazarse con perspectivas decoloniales, feministas y posthumanas (van Patter et al., 2023). Es así que las autoras proponen la ética del cuidado como clave para comprender la colaboración entre especies y así calibrar los dilemas morales propios de abordar la salud humana, animal y medioambiental, bajo la idea de que el devenir juntos de humanos y otros que humanos puede convertirse en un proceso de estar bien juntos.

Las críticas a *Una Salud* señalan su limitación, ya que en general suele integrar la salud humana y animal, centrándose en enfermedades zoonóticas y dejando fuera el componente medioambiental. En otras palabras, dicho modelo continúa centrado en la biomedicina y en el componente humano. De este modo, seres otros que humanos, como animales, aparecen, más bien, como amenazas para la salud humana y no como portadores de salud por derecho propio. De hecho, inclusive las excepciones a esta norma priorizan las necesidades humanas (o, más precisamente, del capitalismo colonial), pues ponen el acento en los efectos relacionados a la productividad agrícola y a las pérdidas económicas (Meisner et al., 2024).

En el fondo, aunque *Una Salud* se proponga como un modelo orientado a la interdependencia, el problema es la distribución que hace entre los componentes humano, animal y medioambiental, en la que la intersección es meramente parcial; conformando esferas rígidamente delimitadas que sólo se superponen en ciertos puntos. En este esquema clásico del modelo, pese a que los humanos y animales se encuentran dentro del medio ambiente, parte de los conjuntos humano y animal quedan fuera de él, así como parte de la esfera humana se

halla fuera del conjunto animal, lo que incluso es incongruente con la biología evolutiva (Baquero, 2021).

En este sentido, es posible reconocer diferencias significativas entre lo propuesto por Meisner et al. (2024) a partir del modelo de *Una Salud Relacional* y la propuesta de *Una Salud de las Periferias* (Baquero, 2021; Baquero et al., 2021). Si bien en ambos se reconoce una distinción significativa respecto de *Una Salud*, puesto que proponen que tanto la esfera animal como la medioambiental y la humana son portadoras de salud y no únicamente vectores, reservorios o determinantes de la salud humana, en la propuesta de Meisner et al. (2024), además del medio ambiente, se integra el ecosistema. En este esquema, la distribución de la salud adquiere la forma de círculos concéntricos a partir de los cuales los humanos están contenidos en la esfera animal, que a la vez está contenida en el ecosistema, y todo lo anterior comparte un medio ambiente común. En este sentido, los autores conceptualizan el "ecosistema" como una comunidad de seres bióticos y abióticos en interacción, y lo distinguen del medioambiente o entorno, definido como el contexto que es a la vez biofísico, social, cultural, político, histórico y económico, en donde existen humanos, animales y los ecosistemas. Por ejemplo, respecto de los arbovirus (entre los que se encuentra el dengue), que son transmitidos por insectos, los autores proponen que, siguiendo un esquema causal, el control de la tierra es un componente del medioambiente (con antecedentes políticos e históricos concretos y situados), que resulta determinante en la salud del componente ecosistémico, animal y humano. El medio ambiente corresponde entonces al contexto en el que residen y se encarnan el resto de los componentes.

Por otra parte, en la propuesta de Baquero (2021) se incluye el componente humano, animal y el ambiente, que corresponde a vegetales, otros seres vivos, agentes inanimados, o sea, lo que en Meisner et al. (2024) compone el ecosistema. Lo central de su propuesta y que es un elemento diferenciador respecto tanto de *Una Salud* como de *Una Salud Relacional* es que sus conjuntos se encuentran mucho menos delimitados, presentando bordes porosos a partir de los cuales los componentes en lugar de estar separados unos de los otros, se encuentran pluralmente vinculados, deviniendo en enredos o colectivos multiespecie. La configuración específica que adoptan dichos enredos dependerá del fenómeno sanitario específico que atraviesen.

A partir del contraste entre estas dos propuestas, no pretendemos desalentar los esfuerzos por reconsiderar críticamente los modelos aplicados para abordar la salud humana y otra-que-humana. Es posible que, contextualmente, una de las dos propuestas pueda funcionar

mejor que la otra, aunque ambas representan esfuerzos por "seguir con el problema" (Haraway, 2019) de pensar la salud más allá de lo humano. Sin embargo, es innegable que lo "relacional" no está dado únicamente por trazar relaciones entre uno y otro componente, como se hace en *Una Salud Relacional*, sino, más bien, en una ontología donde los componentes humanos y los "naturales" no se encuentran escindidos. En estas ontologías la naturaleza no es un recurso externo ni tampoco el medio ambiente un telón de fondo de la vida social, sino que es parte constitutiva de la vida social. Dicha distribución del mundo resuena, en mayor medida, con la propuesta de *Una Salud de las Periferias*, la cual reconoce tener coincidencias con referentes de la salud presentes en ontologías indígenas, modelos agroecológicos, modelos urbanos sostenibles, entre otros.

En síntesis, identificamos en el campo de la salud pública y global ciertas aperturas que aspiran a reunir las preocupaciones existentes en torno a la crisis climática y la degradación socioambiental a partir fundamentalmente de la propuesta de *Una Salud*, en torno a la cual se han levantado relecturas críticas desde el campo de la medicina social y la salud colectiva, tales como el modelo de *Una Salud Relacional* (Meisner et al., 2024) y de *Una Salud de las Periferias* (Baquero et al., 2021; Baquero, 2021), junto a la crítica de van Patter et al. (2023). Como se señaló anteriormente, estos autores reconocen en el modelo de *Una Salud* tres principales sesgos que estarían haciendo inviable una salud más que humana: el antropocentrismo, la medicalización y el capitalismo colonial, a partir de lo cual proponen nutrir la propuesta desde perspectivas posthumanistas, feministas y decoloniales.

CUIDADOS MÁS ALLÁ DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN: APERTURAS DESDE LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA, ESTUDIOS FEMINISTAS, POSCOLONIALES Y POSTHUMANISMOS

La noción de proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados ha sido utilizada en antropología médica y de la salud en América Latina en los últimos 40 años. Se trata de un constructo que proviene de la medicina social latinoamericana y de la salud colectiva, cuya primera mención es en la década de 1980, al hablar del carácter social del proceso de salud-enfermedad (Laurell, 1982), en contraposición a la mirada biologicista y dicotómica de la salud como ausencia de enfermedad. Esta perspectiva fue transitando después a la idea de salud-enfermedad-atención

(Menéndez, 2014), poniendo de relieve la respuesta social organizada en torno a este proceso, que implica la inclusión de aspectos socioculturales. Ya en el siglo XXI, comienza a verse la utilización de la expresión "proceso salud-enfermedad-atención-cuidados", pero sin una definición del todo clara de este nuevo término (Michalewicz et al., 2014). No obstante, podemos mapear su formulación, por una parte, en el debate de la salud colectiva cuando da cuenta de la integralidad del cuidado en la reforma de salud brasilera como superación de las dicotomías preventivo/curativas e individual/colectivo, lo que implica la comprensión de los individuos/colectividades en su totalidad y singularidad (Pinheiro y Guizardi, 2006); por la otra, en la propuesta de Hersch-Martínez y Salamanca-González (2022) que, partiendo de la base de los planteamientos de la salud colectiva, señala que visibiliza de mejor forma las condiciones estructurales, que posibilitan, dificultan o impiden la vida cotidiana y las proyecciones de futuro de las personas, bajo el propósito de impedir el daño evitable. Su perspectiva del cuidado recoge los debates feministas de Gilligan (1982) y Tronto (2013), e incluye la atención como primer paso de la producción de cuidado, así como la desatención como primer momento del daño, haciendo una suerte de homologación de la atención entendida como visibilización y a la vez como acción. En estas perspectivas, si bien se alude someramente a lo ecosistémico y ambiental, no se profundiza en la idea de cuidados incluyendo esas dimensiones.

En línea con las aperturas antes mencionadas de van Patter et al. (2023) y Herch-Martínez y Salamanca-González (2022), a continuación, profundizamos en los aportes de las miradas feministas, decoloniales y posthumanistas, respectivamente, para caracterizar una posible comprensión más que humana y socioecológica de los cuidados, entendidos como parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, pero incluyendo lo ecosistémico y ambiental como parte de una trama amplia de cuidados. Este esfuerzo, a su vez, se enmarca en la posibilidad de pensar y practicar una antropología de salud humana y otra que humana.

Las reflexiones en torno a los cuidados son de larga data, siendo los estudios feministas uno de los espacios más significativos para su visibilización, comprensión y para el reconocimiento de su contribución a la sociedad y a la economía (Carrasco et al., 2011; Carrasco, 2013; Rodríguez Enríquez, 2015; Durán, 2018; Federici, 2018). En este contexto, se han analizado las relaciones entre el trabajo productivo y reproductivo, se han establecido distinciones entre trabajo doméstico y de cuidados, se ha abordado su feminización y las intersecciones de

diversos ejes de desigualdad en las experiencias de cuidados, así como sus implicancias afectivas, emocionales y éticas, entre otras múltiples aristas (Anigstein, 2020; Anigstein et al., 2021; Guizardi et al., 2022).

La noción de reproducción social fue recuperada en las décadas de 1970 y 1980 en el marco del debate acerca del trabajo doméstico, resultando decisivo para visibilizar las labores del hogar como una forma de trabajo, en su mayoría no remunerado y realizado mayoritariamente por mujeres (Balbo, 1978). El trabajo doméstico se entiende, en este sentido, como parte constitutiva de la reproducción –la producción de los recursos materiales indispensables para la alimentación, la higiene y la salud que garantizan la vida y el bienestar de las personas– y como condición de posibilidad del trabajo productivo. Esta dinámica configura una economía del cuidado cuya feminización sustenta profundas desigualdades de género (Rodríguez Enríquez, 2014). Cabe destacar que, hasta inicios de los años '90, esta categoría contenía no solo el trabajo material, sino también los cuidados, así como aspectos afectivos y de socialización (Carrasco et al., 2011; Durán, 2018; Federici, 2018).

En el año 1990, Berenice Fisher y Joan Tronto en su trabajo titulado "Toward a Feminist Theory of Caring", (re)definen los cuidados como:

> (…) todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo cual buscamos para entretejer una compleja red de sostenimiento de la vida. (Fisher y Tronto, 1990, p. 40)

La incorporación de dicha noción de sostenibilidad de la vida marca un punto de inflexión y apertura en las reflexiones sobre los cuidados. Desde esta mirada, la sostenibilidad se concibe como un proceso complejo y multidimensional, indispensable para garantizar que la vida –en sus registros personal, colectivo y ecológico– pueda sostenerse en condiciones dignas (Bosch et al., 2005; Esquivel, 2011; Carrasco, 2016). Esto supone lidiar cotidianamente con dinámicas de daño y reparación, así como de salud y enfermedad, transformando las condiciones materiales tanto en los hogares como en los territorios, en un esfuerzo por contrarrestar la precariedad (Das, 2008, 2017; Han, 2012).

Esta comprensión de los cuidados conlleva la distinción de al menos tres dimensiones: la afectiva, la ética-política y la material (Fisher y Tronto, 1990; Puig de la Bellacasa, 2017). La primera remite a las emociones, sentimientos y estados afectivos que se experimentan en

relación con otros y con el entorno, influyendo en nuestras formas de vinculación y acción hacia el mundo. Dichas emociones pueden ser positivas, como la empatía, el amor o la solidaridad, o negativas, como el miedo, la indiferencia o el odio. La dimensión ética y/o política se refiere a los valores y principios que orientan las decisiones y prácticas, y que, según estas autoras, se sustentan en la interdependencia y la responsabilidad frente a las necesidades y el bienestar de los otros y del entorno. Por último, la dimensión material alude a las prácticas concretas y tangibles de cuidado –de sí, de los demás y del entorno–, siempre en estrecha articulación con las dimensiones afectiva y ética.

Paralelamente, en América Latina estas perspectivas sobre los cuidados se han vinculado fuertemente con vertientes decoloniales a partir de propuestas ecofeministas y del feminismo comunitario, que conversan y se articulan con movimientos de lucha socioambiental impulsados por comunidades indígenas, campesinas, afrodescendientes y/o provenientes de sectores populares. El énfasis ha estado puesto en evidenciar y analizar los impactos negativos en los territorios y comunidades de un sistema heteropatriarcal, capitalista y colonial, que se sustenta en la extracción y explotación intensiva (Trevilla e Isla, 2020).

Desde esta perspectiva, se ha mostrado que la crisis socioecológica y la crisis de los cuidados son procesos correlacionados, cuya expresión material se observa en la sobrecarga que enfrentan las mujeres frente al deterioro ambiental y la precarización social (Díaz, 2019; Bauhardt & Harcourt, 2019). Se trata de lo que Svampa (2015), en articulación con lo propuesto ya por Shiva (2000), denomina un ecofeminismo de la supervivencia, que emerge de la praxis de mujeres indígenas, campesinas y populares al defender el agua, la tierra y los cuerpos como territorios de vida. Estas experiencias permiten visibilizar la porosidad entre lo doméstico y lo territorial: la contaminación de un río o la deforestación de un bosque no solo afectan a un ecosistema, sino que transforman las condiciones materiales de reproducción cotidiana, generando inseguridad alimentaria, enfermedades y sobrecarga de trabajo de cuidados, dando cuenta de la necesidad de dar respuesta a estos problemas a partir de enfoques orientados a la salud más allá de lo humano.

Al mismo tiempo, los feminismos ecoterritoriales en América Latina han documentado cómo estas luchas no son meramente ambientales, sino también esfuerzos mutuos por sostener entramados de cuidados comunitarios. Desde las Madres del Barrio Ituzaingó en Argentina, que resisten a la fumigación con agrotóxicos (Berger y Carrizo, 2019), hasta las Mujeres de Zonas de Sacrificio en Chile, que denuncian la

intoxicación crónica de infancias en Puchuncaví-Quintero (Bolados et al., 2021), el cuidado aparece como ética y política en defensa de la vida. Estas resistencias comunitarias cuestionan la noción moderna de lo común como recurso natural explotable y lo restituyen como potencia de sostenimiento relacional, lo que Caffentzis y Federici (2013) y Vega et al. (2018) identifican como prácticas que restituyen la continuidad entre comunes no capitalistas (por ejemplo, el agua) y comunidad.

Desde los estudios posthumanistas, la antropóloga María Puig de la Bellacasa (2017) retoma la definición de cuidados otorgada por Fisher y Tronto (1990), comprendiendo los cuidados como una práctica vital, múltiple y situada que articula varias dimensiones ineludiblemente ligadas: la mantención y reparación de los mundos compartidos, la dimensión afectiva y ética, y las prácticas materiales concretas de provisión y recepción de cuidados. En tal sentido, los cuidados no se refieren únicamente a una práctica necesaria y cotidiana, indispensable para sostener la vida, sino que constituyen tanto una condición y una relación de carácter ontológico como una intervención ética y política. A partir de ello, la comprensión de los cuidados se ha complejizado considerablemente, incorporando como parte integral de estas relaciones a sujetos humanos y más-que-humanos, es decir, otras especies, el territorio y las producciones tecnocientíficas.

La noción de naturocultura captura precisamente esta co-constitución, evidenciando que nuestras vidas son inescindibles de las materialidades y especies con las que coexistimos (Haraway, 2016). Estos aportes dan cuenta de que las configuraciones sanitarias y de los cuidados tienen lugar como enredos multiespecie conformados por seres humanos y otros-que-humanos bióticos y abióticos como plantas, animales, montañas, aire, metales pesados, pesticidas, plásticos, etc., a partir de lo cual lo humano no puede comprenderse sino es en diálogo con un mundo más amplio. Como recuerda Haraway (2008), nuestros cuerpos están habitados por bacterias y virus en una simbiosis constitutiva, mientras que Tsing (2023a) propone pensar la naturaleza humana como relación interespecie, siempre histórica y situada. Se trata de entramados éticos, afectivos y materiales que involucran lo más-que-humano, desde los hongos que sostienen redes ecológicas y los ríos que posibilitan la vida de una comunidad, hasta las infraestructuras urbanas y la multiplicidad de producciones tecnológicas con las que interactuamos cotidianamente.

A partir del reconocimiento de los aportes feministas, descoloniales y posthumanistas en la genealogía de los estudios del cuidado, es posible reconocer el tránsito que esta noción ha tenido desde una

comprensión restringida a lo doméstico y lo humano hacia un campo donde la interdependencia se sitúa en el centro del análisis.

"SOCIOECOLOGÍAS DE CUIDADO": UNA PROPUESTA PARA PENSAR EL CUIDADO Y LA SALUD MÁS ALLÁ DE LO HUMANO Y DE LA FRACTURA NATURALEZA/CULTURA

En las siguientes líneas situamos la reflexión sobre los cuidados en contextos latinoamericanos afectados por la crisis socioambiental global y por procesos de extractivismo, a partir de lo cual nos interesa delinear nuestra propuesta sobre las "socioecologías de cuidado". Desde aquí, reconocemos que la crisis ampliada que enfrentamos en la actualidad –socioecológica, sociosanitaria, de los cuidados, entre otras– pone de manifiesto lo desafiante que es sostener la vida en estos momentos, haciendo urgente repensar los cuidados desde perspectivas que releven nuestra vulnerabilidad e interdependencia ontológica, abordando las dinámicas de cuidado como un tejido humano y más-que-humano (Carrasco, 2001; Pérez-Orozco, 2006; Butler, 2010; Hirata, 2020; Puig de la Bellacasa, 2017).

En este contexto, la crisis socioecológica ha encontrado en la noción de Antropoceno una forma de expresar la condensación de transformaciones climáticas, ecológicas y sociales que caracterizan nuestra época. El término, acuñado por Crutzen & Stoermer (2000), pretende dar cuenta del modo en que la acción humana habría devenido en fuerza geológica de alcance planetario, lo que marcaría el fin del Holoceno y el ingreso en un nuevo tiempo histórico-natural. Si bien existe cierto consenso en situar su inicio en los procesos de aceleración industrial y tecnológica de los siglos XIX y XX, intensificados tras la Segunda Guerra Mundial, también se ha discutido su genealogía a partir de la colonización, entendida como un momento fundacional de intercambio violento y sistemático de poblaciones humanas, animales y vegetales entre continentes (Davis y Todd, 2017). Esta última perspectiva, sostenida en particular por voces indígenas, cuestiona la neutralidad del término, al insistir en que lo que se designa como Antropoceno no es más que la continuidad de la violencia colonial y extractiva. Desde allí emergen propuestas de descolonizar o indigenizar la noción, como sugiere Todd (2015). Las tensiones en torno a este concepto son eminentemente políticas, pues interrogan qué actores, sociedades y regímenes deben asumir la responsabilidad por los daños provocados. La referencia al *anthropos* como humanidad indiferenciada invisibiliza

las desigualdades históricas y geopolíticas que atraviesan tanto la producción como los efectos del Antropoceno. En respuesta, Moore (2015) propone el término Capitaloceno, subrayando que es el capitalismo –y no una abstracta humanidad– el que ha configurado una era marcada por el despojo, la devastación ecosistémica y la explotación del trabajo y la vida. Por su parte, Flavia Costa (2021) plantea el concepto de Tecnoceno para enfatizar que es el desarrollo de tecnologías altamente complejas y peligrosas lo que define esta época. Eduardo Kohn (2021), en tanto, atribuye la crisis contemporánea a los modernos, es decir, a quienes instauraron una separación ontológica y epistemológica entre naturaleza y cultura que, al materializarse en formas de organización social, económica y política, ha desencadenado los procesos que ahora denominamos Antropoceno. Desde esta perspectiva, el problema no se limita a la dimensión ecológica de los cambios, sino que también revela una arquitectura ontológica que excluye la agencia de la naturaleza y desconoce la densidad relacional de los mundos vivientes.

A estas críticas se suma la propuesta de Tsing et al. (2019), quienes conceptualizan un "Antropoceno fragmentado" para dar cuenta de cómo los impactos y vulnerabilidades no se distribuyen homogéneamente, sino que se expresan de manera desigual en territorios y paisajes concretos, conformando un mosaico de parches que exhiben tanto las desigualdades humanas interseccionales como la persistencia de dinámicas multiespecie. De esta forma, lo que se observa no es un colapso total y uniforme, sino una proliferación de efectos diferenciales que obliga a pensar lo local y lo global de manera imbricada. En la misma dirección, el Movimiento de Mujeres y Diversidades Indígenas por el Buen Vivir (2022) ha introducido la categoría de "Terricidio", que amplía el horizonte del daño: no sólo se trata del exterminio de ecosistemas tangibles y pueblos que los habitan, sino también de las fuerzas reguladoras y vitales que sostienen la vida planetaria en su conjunto.

La paradoja, siguiendo a Kohn (2021), es que aquello que la modernidad produjo al instituir la fractura entre naturaleza y cultura –un mundo diseñado bajo la ilusión de separación y dominio– ha devenido precisamente la condición de su propia crisis. Descola (2012) ya advertía que el edificio dualista de la modernidad, aunque sólido y restaurado una y otra vez con notable pericia, presenta fisuras cada vez más evidentes para quienes lo habitan y, sobre todo, para aquellos pueblos cuyas formas de vida no se dejan contener en sus muros. Tales grietas, pensando junto a Tsing (2023b), se asemejan a las malezas que brotan entre ruinas: emergencias vitales que desestabilizan el orden

moderno-capitalista y muestran que incluso en los terrenos devastados es posible la continuidad de la vida, en clave más-que-humana.

Por lo tanto, la crisis actual no puede entenderse únicamente como una amenaza generalizada sobre todos los vivientes, sino también como una apertura epistemológica y política que devela el agotamiento del proyecto moderno. En este escenario, la naturaleza no comparece ya como paisaje o recurso, sino como agente implicado en las dinámicas de cuidado y en la configuración de mundos compartidos.

El dualismo que separa la naturaleza de la humanidad corresponde a un sesgo colonial y capitalista orientado a una forma moderna de concebir y encarnar el mundo, a partir del cual se sustentan prácticas de explotación intensiva de territorios y comunidades (Descola, 2012; Escobar, 2012). Como ha señalado Latour (2022), la modernidad se erige sobre un proceso de purificación que oculta la proliferación de híbridos –aguas urbanas, semillas transgénicas, pandemias globales–, configurando un relato de separación que nunca fue del todo efectivo. En consecuencia, "nunca fuimos modernos", y reconocerlo abre la posibilidad de articular comprensiones relacionales que restituyan la continuidad entre humanos y otros-que-humanos. Este desplazamiento ontológico no es un mero ejercicio teórico: responde a las urgencias de un presente marcado por crisis múltiples que amenazan la sostenibilidad misma de la vida (Svampa, 2015; Tsing, 2023a).

En este contexto crítico, las grietas extractivistas no sólo develan la fractura entre naturaleza y cultura, sino que también en torno a ellas se activan reconfiguraciones multiespecie que intentan suturar la herida colonial. Inspirándonos en el trabajo de Metaxia Markaki (2022), denominamos socioecologías de cuidado al esfuerzo por descentralizar lo social-humano como único y principal elemento de las tramas de cuidado, permitiendo vislumbrar un espacio de ensamblajes socioecológicos interdependientes. Esto supone un tránsito epistemológico y ontológico, desde la separación y la distinción, hacia la interconexión y lo relacional, donde seres humanos y más-que-humanos, vivos e inertes, colectivos e individuales, se encuentran imbricados.

La noción de "socioecologías de cuidado" se nutre a partir de los aportes teóricos y metodológicos tanto de los estudios sobre cuidados –que interrogan quiénes, cómo y en qué condiciones se sostiene la vida– como de las humanidades ambientales, que colocan en el centro las interrelaciones entre lo humano y la naturaleza. Esta convergencia permite reconocer la interdependencia socioecológica como eje fundamental de las prácticas de cuidado y, al mismo tiempo, cuestionar el modelo de desarrollo extractivista como una forma depredadora de

vincularnos con la naturaleza, cuyos impactos no se limitan a la biodiversidad, sino que también afectan la salud de las comunidades que habitan esos territorios (Svampa, 2015). De esta manera, se vuelve imprescindible indagar en cómo se configuran los cuidados en contextos atravesados por dinámicas extractivistas. Esto resulta especialmente relevante en un contexto sociohistórico en que los cuidados se instalan como un horizonte analítico clave para comprender formas específicas de relación entre naturaleza y cultura, que trascienden el paradigma naturalista sustentado en su oposición (Descola, 2012).

A propósito de *Una Salud* y el debate respecto de su pertinencia para responder a las problemáticas de nuestros tiempos, que han puesto de manifiesto las interdependencias entre los dominios de la naturaleza y la cultura, no como dominios separados, sino como conjuntos híbridos y *naturoculturales*, creemos que es posible explorar una antropología de la salud humana y otra-que-humana. Sostenemos que el concepto de cuidado permite trazar interconexiones entre distintos campos como lo son, en este caso, la salud y la medicina, por un lado, y las ciencias sociales y humanidades, por el otro.

Los cuidados han resultado en un hilo conductor a partir del cual podemos tejer conversaciones que, frecuentemente, se han mantenido replegadas a sus propios campos epistémicos. Es así como, en un primer momento, reconocemos la presencia de *Una Salud* en la salud pública a partir de sus limitaciones y posibilidades delineadas en función de reconsideraciones críticas a la propuesta, en las cuales se cuestiona la reproducción de sesgos tales como el antropocentrismo, la medicalización y el capitalismo colonial, que son imposibles de comprender por separado debido a que están imbricados en una matriz moderna. En estas propuestas se hace un intento por superar dichos sesgos o, por lo menos, esbozar a partir de qué enfoques podría nutrirse el modelo de *Una Salud*. Incluso estas propuestas críticas demuestran diferencias entre sí, situación que no hace más que poner de manifiesto la necesidad de que *sigamos con el problema* en un esfuerzo por explorar una salud más allá de lo humano.

REFLEXIONES FINALES

En los anteriores apartados nos referimos brevemente al desarrollo de los cuidados como parte del proceso de "salud-enfermedad-atención-cuidados", dando cuenta de la incorporación del debate mantenido en los estudios feministas al campo de la salud, como un primer paso

para oponerse a la medicalización de la salud, pero que, sin embargo, aborda de manera somera lo ecosistémico y ambiental. Por lo cual, creemos necesario ir más allá del proceso de "salud-enfermedad-atención-cuidados" para trazar las trayectorias teóricas del cuidado a partir de vertientes feministas, decoloniales y posthumanistas, las cuales esperamos contribuyan a seguir reconsiderando críticamente el modelo de *Una Salud*.

Las formas en que se ha aplicado el enfoque de *Una Salud* suelen reproducir perspectivas modernas, que incansablemente separan la naturaleza de la humanidad, la ciencia de la política, las ciencias naturales de las ciencias sociales, entre tantos otros pares dicotómicos, lo que ha resultado en una proliferación de híbridos que hoy es sintomática de la crisis de la modernidad. Propuestas como las socioecologías de cuidado, junto con las desplegadas por las autoras aquí citadas, y que a diario tienen lugar en múltiples plataformas y campos diversos, en los que se busca retejer nuestros vínculos con otros-que-humanos, son evidencia de ello.

Es así que, las "socioecologías de cuidado" reconocen, a partir de una larga trayectoria proveniente de perspectivas feministas, decoloniales y posthumanistas, que cuidar no es únicamente atender a las necesidades inmediatas de otros humanos, sino sostener, reparar, mitigar y transformar los mundos compartidos donde lo humano y lo más-que-humano coexisten en relaciones de interdependencia. Asimismo, supone un cuestionamiento del modelo extractivista como forma depredatoria de relacionarnos con la naturaleza y la apertura de horizontes para imaginar *Una Salud*, donde los vínculos entre cuerpos, comunidades y territorios se reconozcan como condición de posibilidad para la sostenibilidad de la vida en todas sus formas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anigstein, M. S. (2020). Trabajo femenino y doble presencia como condicionante de las estrategias alimentarias familiares y los estilos de vida en hogares de Santiago de Chile. *Cadernos de Saúde pública*, *36*(9). https://doi.org/10.1590/0102-311X00199819

Anigstein, M. S., Watkins, L., Vergara, F. y Osorio-Parraguez, P. (2021). En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile". *Antípoda,*

Revista de Antropología y Arqueología, (45), 53-77. https://doi.org/10.7440/antipoda45.2021.03

Balbo, L. (1978). La doppia presenza. *Inchiesta, VIII*(32), 3-6.

Baquero, O. S. (2021). One Health of peripheries: Biopolitics, social determination, and field of praxis. *Frontiers in Public Health, 9,* 617003. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.617003

Baquero, O. S., Benavidez Fernández, M. N. y Acero Aguilar, M. (2021). From modern planetary health to decolonial promotion of One Health of peripheries. *Frontiers in Public Health, 9*, 637897. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.637897

Bauhardt, C. y Harcourt, W. (Eds.) (2019). *Feminist Political Ecology and the Economics of Care: In Search of Economic Alternatives*. Milton Park, Routledge.

Berger, M. y Carrizo, C. (2019). *Afectados Ambientales. Aportes conceptuales y prácticas para la lucha por el reconocimiento y la garantía de derechos*. Ediciones Ciencia y Democracia.

Bolados, P., Morales, V. y Barraza, S. (2021). Historia de las Luchas por la Justicia Ambiental en las Zonas de Sacrificio en Chile. *Historia Ambiental, Latinoamericana y Caribeña, 11*(3), 62-92. https://doi.org/10.32991/2237-2717.2021v11i3.p62-92

Bosch, A., Carrasco, C. y Grau, E. (2005). Verde que te quiero violeta: encuentros y desencuentros entre feminismo y ecologismo. En E. Tello, *La historia cuenta: del crecimiento económico al desarrollo humano sostenible* (pp. 321-346). El Viejo Topo.

Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Paidós.

Caffentzis, G., & Federici, S. (2014). Commons against and beyond capitalism. *Community Development Journal, 49*(Suppl_1), i92-i105. https://doi.org/10.1093/cdj/bsu006

Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras tanto,* (82), 43-70. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101012020556/2carrasco.pdf

Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje articulador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales, 31*(1), 39-56.

Carrasco, C. (2016). Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal. Una reflexión necesaria. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas, 1*(1), 34-57. http://dx.doi.org/10.17979/arief.2016.1.1.1435

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas* (pp. 13-93). Catarata.

Costa, F. (2021). *Tecnoceno: algoritmos, biohackers y nuevas formas de vida*. Paidós.
Crutzen, P. J. y Stoermer, E. F. (2000). The "Anthropocene". *Global Change Newsletter, 41*, 17-18.
Das, V. (2008). *Veena Das: sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Universidad Nacional de Colombia.
Das, V. (2017). Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, *3*(5), 302-339.
Davis, H. y Todd, Z. (2017). On the importance of a date, or, decolonizing the Anthropocene. *ACME: An International Journal for Critical Geographies, 16*(4), 761-780. https://doi.org/10.14288/acme.v16i4.1539
Descola, P. (2012). *Más allá de naturaleza y cultura* (H. Pons, Trad.). Amorrortu.
Díaz, A. (2019). Ecofeminismo: Poniendo el cuidado en el centro. *Ene, 13*(4). http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1072
Durán, S. (2018). Las cuentas del cuidado. *Revista Española de Control Externo, 20*(58), 57-89.
Escobar, A. (2012). *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton University Press.
Esquivel, V. (2011). *La Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. PNUD.
Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario: Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de Sueños.
Fisher, B. y Tronto J. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. Abel y M. Nelson (Eds.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (pp. 35-62). State University of New York Press, 35-62.
Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
Guizardi, M., Araya, I., Gonzálvez Torralbo, H., López, E. y Magalhães, L. (2022). Las mujeres y los trabajos del cuidado: Breve guía introductoria al campo de estudios. El lugar sin límites. *Revista de Estudios y Políticas de Género, 4*(6), artículo 1254. https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/1254
Han, C. (2012). *Life in Debt. Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*. University of California Press.
Haraway, D. (2008). *When species meet*. University of Minnesota Press.

Haraway, D. (2016). *Manifiesto de las especies de compañía: Perros, gentes y otredad significativa*. San Soleil Ediciones.

Haraway, D. J. (2019). *Seguir con el problema: Generar parentesco en el Chthuluceno* (H. Torres, Trad.). Consonni.

Hersch-Martínez, P. y Salamanca-González, M. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 40*(1). https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191

Hirata, H. (2020). Por una arqueología del saber sobre el cuidado en Brasil. En K. Battyány (Coord.), *Miradas Latinoamericanas a Los Cuidados* (pp. 107-124). CLACSO, Siglo XXI. https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/15709/1/Miradas-latinoamericanas.pdf

Kohn, E. (2021). *Cómo piensan los bosques: hacia una antropología más allá de lo humano*. Ediciones Abya-Yala.

Latour, B. (2022). *Nunca fuimos modernos: Ensayo de antropología simétrica*. Siglo XXI Editores.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1-11.

Markaki, M. (2022). Kentos: Socio-ecologies of care. *Frontiers of Architectural Research, 11*(6), 1047-1061. https://doi.org/10.1016/j.foar.2022.04.009

Meisner, J., McLeland-Wieser, H., Traylor, E. E., Hermesh, B., Berg, T., Roess, A., van Patter, L., Rosenthal, A., Davidovitch, N. y Rabinowitz, P. M. (2024). Relational One Health: A more-than-biomedical framework for more-than-human health, and lessons learned from Brazil, Ethiopia, and Israel. *One Health, 18*, 100676. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2024.100676

Menéndez, E. (2014). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, (7), 71-83. https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600

Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones, 21*(1), 217-224. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100021

Mol, A. y Hardon, A. (2023). Cuidar: un concepto fluido para compromisos adaptables. *Etnografías Contemporáneas, 9*(16), 232-256.

Moore, J. (2015). *Capitalism in the Web of Life: Ecology and the Accumulation of Capital*. Verso.

Movimiento de Mujeres y Diversidades Indígenas por el Buen Vivir (2022, 3 de febrero). *Argentina: ¡Basta de terricidio!* Stop Ecocide International. https://es.stopecocide.earth/blog-invitado/argentina-enough-of-terricide

Organización Mundial de la Salud. (2023). *The One Health Definition and Principles Developed by OHHLEP*. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/one-health/ohhlep/one-health-definition-and-principles-translations.pdf

Pérez-Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía. El caso de los cuidados*. Consejo Económico y Social.

Pinheiro, R. y Guizardi, F. (2006). Cuidado e integralidade: Por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. En R. Pinheiro, y R. A. de Mattos (Orgs.), *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (pp. 23-38). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO. https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf

Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of Care. Speculative Ethics in More than Human Worlds*. University of Minnesota Press.

Rodríguez Enríquez, C. M. (2014). *El trabajo de cuidado no remunerado en Argentina: Un análisis desde la evidencia del Módulo de Trabajo no Remunerado*. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/34802

Rodríguez Enríquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad, 256*, 1-15. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/47084

Shiva, V. (2000). *Stolen Harvest: The Hijacking of the Global Food Supply*. South End Press.

Svampa, M. (2015). Feminismos del Sur y ecofeminismo. *Revista Nueva Sociedad*, (256), 127-131. https://nuso.org/articulo/feminismos-del-sur-y-ecofeminismo/

Todd, Z. (2015). Indigenizing the Anthropocene. En E. Turpin, & H. Davis (Eds.), A*rt in the Anthropocene: Encounters Among Aesthetics, Politics, Environments and Epistemologies* (pp. 241-254). Open Humanities Press.

Trevilla, D. L., Estrada, E. y Soto, L. (2020). Agroecología y cuidados: Reflexiones desde los feminismos de Abya Yala. *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales, VII*, 621-646.

Trevilla Espinal, D. L. y Islas Vargas, M. (2020, 27 de julio). *Cuidado y sostenibilidad de la vida: diálogos entre la agroecología y la ecología política feministas*. CLACSO. https://www.clacso.

org/cuidado-y-sostenibilidad-de-la-vida-dialogos-entre-la-agroecologia-y-la-ecologia-politica-feministas/

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. NYU Press.

Tsing, A. L. (2023a). *Ensamblajes multiespecies en el Antropoceno* (M. L. Estupiñán, & R. Rodríguez Freire, Eds.; D. Ávila, N. López Peres, R. Zamorano, & R. Rodríguez Freire, Trad.). Ediciones Mimesis.

Tsing, A. L. (2023b). *Los hongos del fin del mundo: Sobre la posibilidad de vida en las ruinas capitalistas* (F. J. Ramos Mena, Trad.). Caja Negra.

Tsing, A. L., Mathews, A. S., Bubandt, N. (2019). Patchy anthropocene: Landscape structure, multispecies history, and the retooling of anthropology: An introduction to Supplement 20. *Current Anthropology, 60*(S20), S186-S197. https://doi.org/10.1086/703391

van Patter, L. E., Linares-Roake, J. y Breen, A. V. (2023). What does One Health want? Feminist, posthuman, and anti-colonial possibilities. *One Health Outlook, 5*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s42522-022-00076-9

Vega, C., Martínez-Buján, R. y Paredes, M. (Eds.). (2018). *Cuidado, comunidad y común: Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*. Traficantes de Sueños.

Vida saudável *versus* vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento e a exigência de novos percursos teóricos

Fabíola Rohden

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende discutir alguns desenvolvimentos teóricos importantes no campo dos estudos sobre biomedicalização, aprimoramento e processos de subjetivação à luz de questões empíricas particulares.* Atualmente somos bombardeados por notícias relativas a promessas de novos produtos, em especial farmacológicos, destinados a melhorar o desempenho físico e sexual, com significativas marcas de gênero. Se o Viagra é um sucesso de vendas desde seu lançamento em 1998, a busca primordial de boa parte dos grandes laboratórios farmacêuticos desde então tem sido em torno de um remédio análogo para tratar as disfunções sexuais femininas. Entre os mais promissores, conforme as expectativas do mercado, estão os produtos à base de testosterona, que agiria no aumento do desejo feminino, e a recém aprovada Flibanserina, da família dos antidepressivos, que proporcionaria um relaxamento propício ao desempenho sexual das mulheres. A notícia

---

* Publicado originalmente na revista *Horizontes Antropológicos*: ROHDEN, Fabíola. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. *Horizontes Antropológicos,* (23), Porto Alegre, 2017, pp. 29-60.
Este artigo foi elaborado no escopo do projeto "Processos de subjetivação, transformações corporais e produções de gênero via a promoção e consumo de recursos biomédicos" (apoiado pelo CNPq).

da possível aprovação do remédio produzido pelo laboratório Sproud Pharmaceuticals em junho de 2015 pela *Food and Drug Administration* (FDA) nos Estados Unidos provocou grande alvoroço, até porque o mercado de vendas é estimado inicialmente em mais de dois bilhões de dólares anuais. No Brasil, foi muito significativa a repercussão em grandes veículos de comunicação, desde redes de televisão a jornais e revistas semanais, além de imensa discussão na internet.[1]

Em setembro de 2014 também houve movimentação em torno da discussão sobre a quebra de patente, nos Estados Unidos, do Androgel, medicamento à base de testosterona, do laboratório Besins Healthcare, cujas vendas já superam a marca de um bilhão de dólares por ano.[2] Embora formalmente indicado apenas para homens, inclusive no Brasil, vários indícios revelam a promoção por parte de representantes do laboratório e o uso, também por mulheres. A testosterona tem aparecido como grande trunfo para melhoramento do desempenho físico, estético e sexual das mulheres também por meio de sua prescrição individualizada e operacionalizada pelas farmácias de manipulação e via os implantes hormonais (Sanabria, 2010). Nesse último caso, não se pode deixar de fazer referência ao fato de ter sido popularmente divulgado como o "chip do tesão". Estes implantes subcutâneos contendo testosterona são indicados por alguns médicos para impedir a ovulação e a menstruação, aumentar a libido, proporcionar ganho de massa muscular e diminuição de gordura subcutânea. As chamadas "mulheres chipadas", muitas delas celebridades populares, passaram, portanto, também a divulgar a existência desse novo dispositivo tecnológico cuja promessa seria resolver várias das demandas assumidas como causas de insatisfação feminina.[3]

A promoção de discursos públicos em torno da insatisfação feminina e a promessa de resolução via recursos biomédicos aparece também no campo da medicina estética, em especial da cirurgia plástica. Nesse caso, é interessante que se torna central a expectativa da transformação rápida dos corpos, que viria acompanhada de uma

---

1 Ver, por exemplo: "Liberação de pílula do desejo sexual feminino avança nos EUA". http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/06/1638059-liberacao-de-pilula-do-desejo-sexual-feminino-avanca-nos-eua.shtml Acessado em 04/06/2015

2 Conforme o documento "Generic AndroGel Availability". http://www.drugs.com/availability/generic-androgel.html Acessado em 08/09/2014.

3 Ver, por exemplo: "Mulheres chipadas preocupam os médicos". O Estadão, 10 de setembro de 2011. http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,mulheres-chipadas-preocupam-medicos,770917,0.html Acessado em 10/07/2015.

forte transformação subjetiva. Nos relatos de mulheres que passaram pela experiência das cirurgias, é frequente a menção à ideia da realização de um sonho, do alcance da feminilidade esperada, da satisfação pessoal e da realização sexual.[4]

Além disso, dados do International Survey on Aesthetic/Cosmetic realizado em 2013 e divulgado em 2014, promovido pela The International Society of Aesthetic Plastic Surgeons (ISAPS) indicam achados importantes. O primeiro deles diz respeito ao fato de o Brasil ter ultrapassado até mesmo os Estados Unidos no número total de procedimentos cirúrgicos notificados, chegando à marca dos 1.491.721, o que corresponde a 12,9 % do total mundial. O número realizado nos Estados Unidos continua próximo, atingindo 1.452.356 (12,5 %). Mas é de se notar que os outros países que seguem na lista realizam um número muito menor de procedimentos, como México que aparece com 486.499 (4,2 %) e Alemanha com 343.479 (3,0 %). No que refere ao gênero, é espantosa a proeminência feminina. As pacientes mulheres são responsáveis por 9.943.211 (85,7 %) dos procedimentos cirúrgicos em contraste com os 1.656.125 (14,3 %) realizados em homens, em 2013. Entre as cirurgias mais procuradas estão lipoaspiração e aumento dos seios.[5]

Com base nestas informações, já temos indicativos de que os processos de coprodução e apropriação dos recursos biomédicos com fins de aprimoramento são absolutamente distintos do ponto de vista do gênero e mais do que isso, ajudam a reinscrever as diferenças em termos corporais, supostamente acentuando características associadas a uma feminilidade desejada para as mulheres, e masculinidade esperada para os homens. Do mesmo modo, as formas de sexualidade prescritas e incentivadas parecem compactuar, em termos gerais, com as normas heterossexuais predominantes em nossa sociedade. Esta diferenciação em termos de gênero e sexualidade tem sido estudada em investigações particulares ao campo da medicina sexual e ao campo da medicina estética, mas uma aproximação tem sido rara.[6] Em fun-

---

4 Ver, por exemplo: "Silicone nos seios: a melhor das minhas experiências femininas". https://blogdescolada.wordpress.com/2013/07/24/silicone-nos-seios-a-melhor-das-minhas-experiencias-femininas Acessado em 10/07/2015.
"Eu, Fernanda P, 21 anos – Turbinada e Feliz da Vida". http://divadiz.com/fernanda-turbinada-implantes-de-silicone Acessado em 10/07/2015.

5 International Survey on Aesthetic/Cosmetic (International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures 2013). http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf Acessado em 07/07/2015.

6 Para o campo da medicina sexual, ver Loe (2001), Marshall & Katz (2002),

ção dos limites deste artigo, não será viável resenhar estas produções. Contudo, suas contribuições serão tomadas aqui como pano de fundo para propor algumas articulações mais singulares com outros campos analíticos.

É preciso também chamar a atenção para outra dimensão reveladora de que estaríamos assistindo à conformação de um fenômeno com características originais. Diz respeito ao caráter publicizado que caracterizaria certas formas de aprimoramento de si baseadas em biotecnologias. Não apenas tem se tornado cada vez mais comum a exposição das próprias transformações corporais, que há algumas décadas atrás pareciam ser apresentadas com mais discrição, quanto tem sido frequente a divulgação de narrativas em livros, revistas, sítios na internet ou entrevistas na televisão. Expressões como "realização pessoal", "o sonho da minha vida", "o encontro da minha feminilidade", "finalmente me senti uma mulher completa" são frequentemente acionadas para ilustrar a razão da procura pelo uso de hormônios ou intervenções estéticas por mulheres, por exemplo. Ao mesmo tempo, uma tradução dessas categorias em termos como "satisfação pessoal", "qualidade de vida", "autoestima", "confiança" aparece nos discursos de médicos/as e instituições ligados a estes campos de intervenções. No que se refere, por exemplo, a publicações de grande circulação e sítios na internet que divulgam produtos e serviços, a presença desses depoimentos tanto das pacientes/consumidoras quanto dos/as médicos/as é constante e parece ter se tornado imprescindível.[7]

A publicização da trajetória envolvendo a busca pela transformação e os próprios investimentos feitos nessa direção parecem ter se convertido em algo capaz de produzir distinção e reconhecimento. Se o consumo de medicamentos para a melhoria de determinadas condições do sujeito e as cirurgias estéticas antes eram vistos como algo que denotava uma percepção de "inferioridade" em relação às normas sociais (Martin, 2007; Heyes & Jones, 2009), no contexto atual parecem indicar muito mais o predomínio de uma nova forma de

---

Fishman (2004), Giami & Spencer (2004), Marshall (2006), Tiefer (2006), Moynihan e Mintzes (2010), Rohden (2009), Brigeiro e Maksud (2009); Russo et al. (2009, 2011), Faro et al. (2013). No que se refere à medicina estética, consultar Gilman (1999), Bordo (2009), Davis (2009), Frazer (2009), Heyes e Jones (2009), Antonio (2008), Edmonds (2014). Para uma análise que aproxima o uso de substâncias farmacológicas, especialmente hormônios, e cirurgias plásticas, recorrer a Edmonds & Sanabria (2014).

7 No campo da chamada "autoayude científica", o recurso aos depoimentos pessoais tem sido uma marca sempre presente, como indicado em Rohden (2012).

produção de si, via o reconhecimento moral desses tipos de processos de aprimoramento.

É evidente que não se pode generalizar esta suposição mas sim tomar estas indicações enquanto problemas empíricos que, além de investigações etnográficas, requerem a rediscussão de algumas vertentes teóricas. Obviamente o sujeito produz a si próprio em termos de movimentos de interiorização e singularização e isto não está sendo negado aqui. Porém, o que pretendo é chamar a atenção para como a exposição pública das narrativas pessoais, ou a própria elaboração pública delas, reflete uma maneira de falar sobre isso cada vez mais em voga. Este tom é especialmente percebido nos discursos que justificam o uso destes artefatos com fins de aperfeiçoamento individual, como forma de dar sentido e respaldo moral à decisão de buscar uma intervenção, muitas vezes envolvendo altos riscos, e que não necessariamente se justificaria em termos de saúde.

No contexto deste artigo, estes dados iniciais servem sobretudo para indicar como tanto o campo de intervenções oferecidas pela medicina sexual quanto aquele propiciado pelas cirurgias estéticas traduzem um imenso interesse das pessoas neste tipo de recursos e um amplo desenvolvimento institucional e mercadológico. Além disso, também instigam a refletir sobre temas como o acesso a novas tecnologias de intervenção cada vez mais propagadas e suas consequências para os indivíduos, a procura pelo aprimoramento e transformação corporal e subjetiva, a capacidade de buscar o consumo dessas informações e meios de realização pessoal. Em virtude da conformação deste conjunto de questões que dizem respeito a fenômenos bastante contemporâneos, pretendo trazer à tona certos eixos de investimento teórico que têm sido fundamentais para estudar processos como estes. Trata-se de algumas reflexões, por meio da seleção de apenas algumas referências chave no campo, que giram em torno dos conceitos de medicalização, biomedicalização, farmaceuticalização, aprimoramento e modos de subjetivação. Certamente, são escolhas que não têm nenhuma pretensão exaustiva ou englobante mas que resultaram da necessidade de pôr em debate as questões bem particulares reportadas acima. A ideia central é discutir até que ponto estes eixos dão conta de fornecer pistas satisfatórias para o entendimento destes problemas ou se não estaríamos frente à necessidade de produzir algumas redefinições de nossos problemas teóricos.

MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE EM CENA

Não se pode discutir os fenômenos relativos aos novos usos de artefatos biomédicos e suas consequências para os sujeitos sem fazer referência à importância que tiverem a emergência do diagnóstico como categoria central para entendermos nossa sociedade, assim como as mudanças pelas quais passou a medicina nos últimos séculos. Um dos pilares dessa transformação, ocorrida a partir do início do século XIX, concerne à transferência do foco anteriormente dado ao indivíduo doente, para a nova definição das doenças como entidades ontologicamente reais e específicas. Na medida em que as doenças, assim concebidas, tornam-se entidade sociais com as quais se interage cada vez mais quotidianamente, não é de se estranhar a importância que adquire a dimensão do diagnóstico e sua capacidade de incitar fortes tensões políticas. É possível perceber isso ao assistir diferentes grupos de atores sociais, desde médicos/as a órgãos do governo e ativistas, em longas disputas sobre a adequação de um determinado diagnóstico. Além disso, não se pode deixar de mencionar que a operacionalização do diagnóstico torna-se peça fundamental no estabelecimento de todo o processo de cuidado terapêutico, desde a organização dos sistemas de saúde e o uso de medicamentos à correspondente burocracia associada a esses eventos. Este processo de interação, ao longo do século XX, tem sido modulado pelas novas tecnologias de mapeamento, prognóstico e tratamento (Rosenberg, 2002).

Para Rosenberg (2002) a doença passa a existir enquanto fenômeno social a partir do momento em que ocorrem concordâncias acerca de sua percepção e classificação. Essa estabilização da doença serve para estruturar as relações sociais, o que demonstra como o diagnóstico torna-se a chave da experiência da doença, ressignificando-a e demandando respostas socialmente negociadas. A partir da situação ritual característica da interação médico-paciente, são estabelecidos os significados culturalmente acordados para uma experiência, a princípio, individual. A relevância desta operação está exatamente em "transformar incertezas em narrativas estruturadas" (2002, p. 238). Rosenberg considera tão importante o crescente papel do diagnóstico na história do ocidente nos últimos séculos que optar por usar a expressão "tirania do diagnóstico", reportando à sua indispensabilidade. Segundo o autor:

> O diagnóstico é um ritual cognitiva e emocionalmente necessário que conecta profissionais e ideias médicas a homens e mulheres que são

> seus clientes. Tais ligações entre o coletivo e o unicamente individual são necessárias em qualquer sociedade e nas nossas o papel da medicina é central para tais percepções e identidades negociadas. O sistema de categorias de doença e diagnósticos é tanto uma metáfora para nossa sociedade quanto um microcosmo dela. (Rosenberg, 2002, p. 256. Tradução minha.).

Resta nos perguntarmos sobre as consequências ou as implicações dessa força do diagnóstico nessa zona de fronteira entre doença/saúde e consumo de aprimoramento que caracterizaria os casos da medicina sexual e estética, trazidos aqui com a intenção de possibilitar a redefinição de um problema conceitual. Certamente o diagnóstico ajuda a transformar incertezas individuais em narrativas estruturadas e socialmente compreendidas por meio da evocação da legitimidade médica e autoridade científica. Porém, cabe perguntar, se nos exemplos aqui tratados nos quais o aprimoramento é a questão central, isso se torna necessário apenas para se conseguir implementar uma forma de tratamento e resolução de problemas individuais nos serviços médicos, inclusive acionando os direitos e regulamentações oficiais; ou ganha também cada vez mais importância nos próprios processos de produção de si que passam a ter no idioma do diagnóstico uma ferramenta fundamental. Para prosseguir nessa linha de problematização, é necessário fazer referência a outros desenvolvimentos centrais nesse campo analítico.

O trabalho de Conrad (1992, 2007) pode ser apontado como marco importante no debate sobre medicalização não apenas pelas suas contribuições analíticas acerca de certos processos sociais mas sobretudo pelo seu esforço em termos de conceitualização do fenômeno. Além disso, trata de temas como disfunção sexual e uso de hormônios, que imporiam necessárias conexões com as questões do aprimoramento, consumo, subjetividade, gênero. De acordo com o autor, medicalização é o processo através do qual problemas anteriormente definidos como não-médicos passam a ser concebidos e tratados como problemas médicos e caracterizados como doenças ou transtornos. Esse fenômeno abarcaria cada vez mais comportamentos tidos como desviantes e também processos vitais ou condições de vida, como nascimento, envelhecimento, morte, sexualidade, etc. Contudo, uma ressalva feita pelo autor se refere ao fato de que nem sempre os/as médicos/as são agentes centrais ou dotados de mais poder nesse jogo de interesses. Muitas vezes os/as próprios/as pacientes, inclusive, participam ativamente na busca pela medicalização institucionalizada de

uma determinada condição, conferindo um caráter ainda mais complexo a esse processo sociocultural.

Conrad (2007) analisa os processos de medicalização envolvidos em casos como a recente centralização no homem via andropausa, calvície e disfunção erétil; a expansão do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) de crianças para adultos; e o uso do chamado hormônio do crescimento visando aprimoramento. Em função desses exemplos, torna-se imperativo dar conta de tratar de aspectos que caracterizam o campo mais recentemente (em contraste com seus estudos iniciais na década de 1970), como o emprego da biotecnologia, a conversão dos/as pacientes em consumidores/as e a expansão das organizações voltadas aos cuidados médicos. Seu trabalho tem o mérito de chamar a atenção para o crescente papel das indústrias de fármacos e biotecnologia, especialmente no que diz respeito à demanda por aprimoramento biomédico "para nossas crianças, nossos corpos ou nossas habilidades mentais e sociais" (Conrad, 2007, p. 137. Tradução minha.). No que se refere ao tema do consumo, é perspicaz em citar os casos da cirurgia estética, TDAH para adultos, terapias com hormônio do crescimento e o aumento dos anúncios de fármacos. Sinaliza que os indivíduos convertem-se em consumidores, e não mais em pacientes, e dessa forma têm se tornado peças fundamentais na demanda por serviços de saúde e tratamentos médicos (2007, p. 140). Tomando a cirurgia estética como caso exemplar de consumismo na medicina, indica como o corpo tem se tornado um projeto, a partir de diferentes formas e graus de intervenção, e a medicina tem se convertido em um veículo para o melhoramento (2007, p. 138).

Quanto a esse aspecto, argumenta que é possível distinguir diferentes faces do aprimoramento biomédico. A primeira seria a normalização, a qual se caracteriza pelo uso dos aperfeiçoamentos biomédicos para levar o corpo a atingir os padrões considerados normais ou socialmente adequados segundo médicos e pacientes. Cita como exemplo as cirurgias estéticas para aumentar ou reduzir o tamanho dos seios, conforme as convenções do que seria considerado normal. A segunda face seria a reparação, no qual as intervenções médicas servem para restaurar ou rejuvenescer o corpo, de acordo com uma condição prévia. Afirma que tanto as cirurgias estéticas quanto o uso do Viagra, por exemplo, podem ilustrar essa busca por restaurar um nível prévio de performance. A terceira corresponde ao aumento ou melhoria das performances visando competitividade. Nesse caso, são citados recursos como treinamentos rigorosos, dietas e "drogas de escolha" usadas como forma de incrementar a performance (Conrad, 2007, p. 86-89).

Em trabalho anterior, Conrad (1992) trata da importância de distinguir a medicalização do que denomina saudicização (*healthicization*). Embora os dois processos associem questões médicas e comportamentais, o autor propõe que:

> Com a medicalização, as definições e tratamentos médicos são oferecidos para problemas sociais ou eventos naturais; com a saudicização, definições comportamentais e sociais são expandidas para eventos previamente definidos biomedicamente (por exemplo, doenças do coração). Medicalização propõe causas e intervenções biomédicas; saudicização propõe causas e intervenções comportamentais e de estilo de vida. Um transforma o moral em médico, o outro transforma saúde em moral. (Conrad, 1992, p. 223. Tradução minha.)

Conrad cita como exemplo as preocupações com saúde e *fitness* e sua associação com a redução de riscos de adoecimento. Apesar dessa distinção ser interessante, no contexto contemporâneo parece ser bem mais complexo delimitar essas circunscrições. Meu argumento é que em práticas envolvendo uso de medicamentos pró-sexuais e cirurgias estéticas, tanto uma condição "natural" ou "normal" (diminuição de desejo ou potência; variáveis contornos corporais ou envelhecimento) é convertida em problema médico; quanto, ao mesmo tempo, torna-se uma obrigação moral, em nome da junção entre saúde e bem-estar, corrigir estas condições. Talvez uma pista interessante para situar a produção de Conrad em relação às questões aqui abordadas, é o fato de que permanece uma disjunção entre o campo da saúde/doença por um lado, e o campo do aprimoramento, por outro. E, embora seja evidente que em alguns domínios esta distinção seja importante, no que se refere ao que se está pretendendo tratar neste artigo, o mais produtivo é colocá-la em xeque, desafiando as suas fronteiras.

Além disso, embora Conrad (2007) invista bastante na conceitualização do processo de medicalização de forma ampla e em diferentes análises empíricas, as questões pertinentes à produção de subjetividade não são tratadas de forma privilegiada. No capítulo introdutório de seu livro, sintomaticamente em um item chamado "Controvérsias e críticas" (2007, p. 10-14), afirma que alguns autores, na esteira deixada por Foucault, têm enfatizado como os discursos da medicina e da saúde têm se tornado centrais para as subjetividades. Mas, situa seu próprio trabalho como distinto, embora possivelmente complementar, a essas abordagens:

> Estudos da medicalização, como eu e outros entendemos, focam especialmente na criação, promoção e aplicação de categorias médicas (e tratamentos e soluções) para problemas e eventos humanos; enquanto nós estamos certamente interessados nos *aspectos sociais* da medicalização, nós os vemos como algo que vai além, mas inclui, *discurso e subjetividade*. (Conrad, 2007, p. 13. Tradução minha. Grifos meus.)

Conrad (2007), portanto, concede lugar às subjetividades mas ao mesmo tempo admite não priorizar esta dimensão que, ao mesmo tempo, distingue do que seriam os "aspectos sociais" a serem privilegiados. Discurso e subjetividade estariam, de certa forma, em uma ordem menor, ou mais contingente, de objetos a serem tratados. Segundo ele, a tese da medicalização foca duas dimensões: "examina como a medicina e motores emergentes da medicalização desenvolvem e aplicam categorias médicas, e em um grau menor foca em como a população tem internalizado perspectivas médicas e terapêuticas como uma subjetividade presumida" (Conrad, 2007, p. 14. Tradução minha.). Da mesma forma, embora a dimensão de gênero seja citada, enfatizando que "os problemas das mulheres têm sido desproporcionalmente medicalizados" (2007, p. 10. Tradução minha.) apesar da crescente atenção dada aos homens, a questão não é abordada de forma mais sistemática. Na verdade gênero não aparece como objeto de uma problematização mais intensa que pudesse influenciar o quadro analítico mais geral do autor.

O tom empregado por Conrad (2007) parece explicitar um momento de passagem entre as análises que podem ser consideradas mais "tradicionais" envolvendo a medicalização e a tensão com perspectivas que estariam imprimindo uma nova ênfase no sujeito, no aprimoramento e considerando de alguma forma, as dimensões do gênero e da sexualidade.

NOVOS CONTORNOS VIA A BIOMEDICALIZAÇÃO

Em certo sentido, o trabalho de A. Clarke e colegas (2010) caminha na direção das novas abordagens analíticas, por meio do grande empreendimento que fizeram ao definir o novo marco da biomedicalização. Segundo as autoras, a partir de uma vasta pesquisa acerca do panorama norte-americano, pode-se reconhecer três fases fundamentais de transformações na área médica e de atenção à saúde: a primeira corresponde ao período que vai de 1890 a 1945 e é marcada pelo

desenvolvimento da medicina alopática, profissionalização e especialização da medicina e profissões afins; a segunda se refere ao período entre 1945 e 1985 e se caracteriza pelo aumento da jurisdição, da autoridade e da aplicação da medicina na vida das pessoas; e a terceira se inicia a partir de 1985 e pode ser descrita como a grande transformação da biomedicina por meio das inovações tecnocientíficas. Esta última fase é definida como biomedicalização da sociedade. Trata-se de um processo complexo, multissituado e multidirecional no qual a medicalização é redefinida em função das inovações advindas com a biomedicina tecnocientífica. A ênfase dada pelo prefixo "bio", corresponde precisamente às transformações de elementos humanos e não humanos que só se tornam possíveis graças às inovações tecnocientíficas. Como exemplo são citadas a biologia molecular, as biotecnologias, a genomização, a medicina dos transplantes e as novas tecnologias médicas (Clarke et al., 2010, p. 162).

O aspecto clínico continua sendo central, especialmente em virtude dos impactos das inovações tecnocientíficas nas novas possibilidades de diagnóstico e tratamento decorrentes de avanços na engenharia biogenética, tecnologias computacionais, desenvolvimento de novas drogas e procedimentos de vizualização. Tudo isso gerou grandes consequências em termos políticos e econômicos, como o crescimento vertiginoso do setor saúde nos Estados Unidos. A concepção da vida em si, em matéria a ser controlada e transformada está associada à centralidade dos aspectos biológicos na política e na economia contemporâneas que se convertem em biopolítica e bioeconomia. Para além disso, ocorreu também a conformação de uma nova cultura ou "regime de verdade", centrada na responsabilização individual. A preocupação com a saúde passa a ser um atributo moral do indivíduo, que precisa estar informado a respeito dos novos conhecimentos, das práticas de cuidado de si, prevenção e tratamento das doenças, e disposto a consumir os recursos agora disponíveis (Clarke et al., 2010).

Para as autoras, este quadro leva a indagar de que forma as pessoas estariam atualmente se engajando com as novas possibilidades postas em cena pela biomedicalização, seja de forma individual (enquanto sujeitos corporificados, em relação aos aprimoramentos, e como usuários/as ou consumidores/as); coletivamente (enquanto movimentos sociais de saúde e grupos de pacientes); e como população (em termos de cidadania biológica e planos de saúde, por exemplo). Um aspecto importante se refere ao fato de que a biomedicalização se dá de forma a aprofundar estratificações em termos de classe, gênero e raça. Nem todos os indivíduos são afetados e têm acessos a esses

recursos da mesma forma. Ao mesmo tempo, o processo de biomedicalização recria ou reforça as estruturas de distinção existentes. Além disso, a capacidade ou a agência individual para resistir ou acessar a esses processos não pode ser pensada sem uma análise mais consistente das diferenças e constrangimentos sociais envolvidos.

No plano individual, o aprimoramento passa a ser um problema central, mostrando o alargamento das possibilidades de intervenção para além da manutenção da saúde ou reparação do corpo, por meio dos procedimentos cosméticos, próteses, aprimoramento genético ou medicina regenerativa. A procura pelas cirurgias estéticas, que movimentavam cerca de 15 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos e o amplo mercado de uso de hormônios "antienvelhecimento", ilustram de forma privilegiada a força deste fenômeno. No plano coletivo e populacional, destacam-se as variadas formas por meio das quais as pessoas têm se engajado em grupos a partir dos direitos associadas à saúde. Um conceito chave aqui é a noção de "cidadania biológica" que surge para dar conta das lutas por direito à saúde e bem-estar deste o final do século XX, a partir da busca pelo reconhecimento de especificidades biológicas particulares e potencialmente agregadoras entre os sujeitos (Clarke et al., 2010, p. 11-14).

Para Clarke e colegas (2010, p. 78-82), as transformações de corpos e identidades na era da biomedicalização torna-se um problema fundamental. Uma dimensão chave desse fenômeno seria a extensão dos modos de operação da pesquisa médica e prática clínica para atingir o controle sobre os corpos por meio de técnicas que empregariam alterações nas próprias subjetividades. Nesse processo, o corpo, deixa de ser visto como relativamente estático ou imutável e enquanto foco de controle, para se converter em algo flexível e suscetível de ser transformado e reconfigurado. Segundo as autoras, passa-se de um processo de normalização para um processo de customização ou personalização associado à instituição das práticas tecnocientíficas como nichos de mercado que sustentam uma "medicina de boutique". Os/as pacientes são consumidores/as que via estes recursos de personalização buscam dar conta de seus projetos individuais a partir de cirurgias estéticas, tecnologias conceptivas ou da promessa de terapias genéticas individualizadas e da farmacogenômica.

É importante salientar que parte da mercantilização e fetichização dos produtos e serviços de saúde tem a ver sobretudo com a importância social atribuída a esses recursos. Nessa direção, a valorização dos desejos associados à customização são concomitantes com a promoção, também marcada pela estratificação social, do aprimoramento

via estilo de vida. As chamadas drogas de estilo de vida, como o Viagra, seriam reflexo dessa vontade de tratar o envelhecimento. Ao invés dos tratamentos focados no corpo doente e nas doenças, a biomedicalização se caracteriza pelo foco nas mudanças comportamentais e de estilo de vida. Não se trata mais simplesmente de oferecer um controle sobre o corpo por meio das intervenções médicas mas da transformação do corpo, do *self*, e da saúde, em determinadas direções que são concebidas como possíveis: "Desse modo, novos eus e identidades (mãe, pai, capaz de andar, de ouvir; pessoa sexualmente potente, bela) tornam-se possíveis. Algumas identidades são procuradas, enquanto outras não" (Clarke et al., 2010, p. 80. Tradução minha.).

A partir desse enfoque, Clarke et al. (2010, p. 80-82) caminham na direção de definir com mais precisão o que chama de "identidades tecnocientíficas": novos gêneros de identidades baseadas no risco, genômica, epidemiologia e outras tecnociências. O ponto em comum é que estas identidades são construídas através de meios tecnocientíficos aplicados aos corpos diretamente, a histórias ou produtos corporais, como as imagens por exemplo. Essas novas subjetividades, possíveis via os recursos da tecnociência, estariam portanto em sintonia com uma governamentalidade biomédica. Uma ressalva importante se refere à necessidade de situar melhor o caráter original dessas identidades. De acordo com Clarke et al. (2010, p.81), não se trata de dizer que são identidades completamente novas mas que as aplicações tecnocientíficas permitiram novas formas de acessar e performar identidades existentes. Seria possível reconhecer pelo menos quatro modos pelos quais a tecnociência engendra processos de formação de identidades: a) aplicações tecnocientíficas podem ser usadas para obter algo anteriormente indisponível mas socialmente desejável (como nos tratamentos para fertilidade); b) a biomedicalização impõe novos mandatos e performances que passam a incorporar-se à constituição de si (as subjetividades produzidas pela obrigação de dedicar-se a ser saudável, por exemplo); c) as tecnociências biomédicas criam novas, e redefinem as velhas, categorias de identidades relacionadas à saúde (via as novas técnicas de definição de risco, alguém facilmente pode passar de saudável à doente); d) novos modos de interação tecnocientífica (como a telemedicina) podem gerar o desempenho de novas identidades como paciente ou integrante de uma comunidade, que antes seria impossível.

Este esquema analítico tenta fugir de concepções mais duras que conjugam identidades e corpo/saúde. A noção clássica de Rabinow (1999) de identidades biossociais ou biossocialidades, que sublinha a

formação de novos grupos e identidades e práticas individuais decorrentes de novas verdades, parece insuficiente para as autoras. A produção de identidades via os grupos de pacientes, por exemplo, não dá conta de perceber a distância entre a atribuição de uma identidade e sua aceitação. No plano individual, as identidades tecnocientíficas são "tomadas seletivamente", especialmente quando podem significar acesso a determinados recursos valiosos:

> Tal identidade pode ser manipulada como uma identidade 'estratégica', aparentemente aceita para alcançar objetivos particulares, mas (tipicamente em outras situações) pode ser recusada. Tais identidades podem ser também ignoradas em favor de alternativas. Negociações com os processos de biomedicalização estão em curso (Clarke et al., 2010, p. 82. Tradução minha.)

FARMACEUTICALIZAÇÃO DA VIDA E DEMANDAS DE APRIMORAMENTO

Em paralelo aos investimentos em torno da definição e análise de processos via os conceitos de medicalização e biomedicalização, pode-se acionar também o desenvolvimento mais recente da noção de farmaceuticalização. Sua recuperação no contexto deste artigo se deve ao fato de que pode ajudar a aprofundar algumas das questões mais específicas aqui enfocadas. Em especial, torna-se um conceito importante em virtude de sua vinculação com o fenômeno de criação e expansão do uso das chamadas drogas de estilo de vida e a lógica do aprimoramento individual que esses artefatos põem em cena. O tema geral da produção de subjetividades via as tecnociências ganha contornos mais singulares em decorrência do uso de determinados fármacos.

Em artigo que pretende oferecer uma estrutura analítica para este campo de estudos, Williams e colegas (2011) ponderam que enquanto a medicalização é a tradução de fatos não médicos em termos médicos, ampliando o campo de atuação da medicina, a farmaceuticalização se refere à "tradução ou transformação de condições, recursos e capacidades humanas em oportunidade para intervenção farmacêutica" (Williams et al., 2011, p. 711. Tradução minha.). Em termos mais formais, trata-se de: "um processo sociotécnico heterogêneo, dinâmico e complexo que é parte de uma construção a longo prazo e contínua do regime farmacêutico, incluindo atividades socioeconômicas distintas e

atores diversos como clínicas, pacientes, consumidores e reguladores" (Williams et al., 2011, p. 711. Tradução minha.). Este regime iniciou-se ainda no século XIX com o desenvolvimento de produtos farmacêuticos criados a partir de tecnologia baseada na química e consubstanciada em uma pílula. E tem apresentado como dinâmica chave sua contínua capacidade de expansão comercial, clínica e geográfica. Se por um lado, em relação ao conceito mais geral de medicalização, há uma tentativa de restrição ao uso de fármacos; por outro, os autores chamam a atenção para o fato de que a farmaceuticalização potencialmente vai além dos domínios do que seria médico ou medicalizado. O foco aqui são os usos não médicos dos recursos farmacológicos visando estilo de vida e melhorias entre pessoas consideradas saudáveis.

Os autores destacam seis dinâmicas características desse processo: a)redefinição e reconstrução de problemas de saúde a partir de uma solução farmacêutica; b)mudança na relação entre agências regulatórias de estado e indústria farmacêutica; c)mediação dos produtos farmacêuticos na cultura popular e vida diária; d)criação de novas identidades tecnossociais e a mobilização de grupos de pacientes ou consumidores em torno das drogas; e)uso das drogas para propostas não médicas e criação de novos mercados; f)relação entre inovação e a expectativa de um futuro farmacêutico mais eficaz.

No que se refere à criação de novas identidades, enfatizam o papel ativo de consumidores/as e pacientes que muitas vezes se convertem em verdadeiros/as *experts* na avaliação dos riscos e benefícios dos medicamentos. As associações e grupos de pacientes que lutam pelos direitos de acesso aos fármacos ilustrariam muito bem este fenômeno de criação de novas identidades sociais. Contudo, é preciso salientar que o impacto do uso de fármacos na formação de distintas e variadas subjetividades, para além do/a paciente *expert* ou dos grupos de luta por direitos, não é problematizado pelos autores.

Com relação à questão do uso de fármacos para fins não médicos e a criação de novos mercados, é significativo o destaque dado ao tema do aperfeiçoamento, encarnado na proposta do sujeito se tornar "melhor do que bem". Consumismo e farmaceuticalização da vida diária estariam associados nesse processo que teria como justificativa o aprimoramento de pessoas saudáveis. Williams et al. (2011, p. 718) fazem a importante ressalva de que o desejo do aperfeiçoamento não é algo novo. Mas o que tem mudado são os meios para atingi-lo. E no contexto atual, que envolve também o uso de fármacos, temos que considerar que os limites entre o que constitui uma doença ou transtorno e seus tratamentos e o uso para aprimoramento não são nada evidentes.

Além disso, é importante considerar segundo os autores, em passagem que sintomaticamente faz uma referência explícita a procedimentos exemplares trazidos neste artigo, que: "A profissão médica, contudo, está agora envolvida em muitas formas de aprimoramento, incluindo cirurgia cosmética e o uso de alguns remédios prescritos (tais como o hormônio do crescimento) para propostas de aprimoramento" (Williams et al., 2011, p. 711. Tradução minha.). Investigar melhor essas interações, à luz da perspectiva da coprodução (Jasanoff, 2004), que envolve discutir as expectativas de uma sociedade que valoriza a cultura do aprimoramento, seria uma tarefa a cumprir.

Nessa direção, o trabalho de Martin (2006, 2007) é uma referência imprescindível. A partir de extensa pesquisa sobre bipolaridade nos Estados Unidos, a antropóloga traça uma argumentação convincente acerca do privilégio dado a determinados tipos de personalidade ou capacidades e a sociedade em questão. Para a autora, a cultura norte-americana teria muito mais afinidade com o comportamento maníaco (em contraste com o depressivo) e isso seria ilustrado pela produção de um mercado que valoriza atitudes energéticas, vibrantes, criativas e produtivas. A articulação entre categorias sociais e culturais e categorias médicas tem sido expressa na compreensão cada vez mais comum de fenômenos quotidianos em termos médicos ou farmacêuticos. E nesse cenário, o aperfeiçoamento passou a ser uma ideia central: não basta mais apenas "regular" ou "normalizar" mas sim é preciso "melhorar constantemente". Segundo a análise de Martin, em contraste com uma possível condenação, em meados do século XX, da necessidade de uso de fármacos para se tornar uma pessoa completa, "hoje em dia somos menos *sem* remédio" (2006, p. 280. Tradução minha. Grifo da autora.).

Ou seja, é inclusive esperado que as pessoas procurem conhecer e usar os recursos, inclusive farmacêuticos, para atingir determinadas metas de autogestão e desempenho. E este empreendimento, longe de ser algo condenável, é visto positivamente. Também agrega-se valor em função do fato de que frequentemente os remédios são caros, bem como o acesso aos/às médicos/as que podem receitá-los é dispendioso. Ser capaz de dispor desses recursos torna-se em si mesmo uma questão de status. Além disso, é interessante que os/as consumidores/as passam a se relacionar com os remédios com intimidade e se apropriando de certas características "personalizadoras" incorporadas nas pílulas.

Martin (2006) argumenta que os laboratórios farmacêuticos e suas equipes de *marketing* têm sido profícuos em atribuir determinadas

qualidades ou personalidades aos produtos e que essas entidades passam também a ser incorporadas pelos/as consumidores/as na sua relação com as pílulas. Pacientes chegam inclusive a ilustrar este processo com a ideia de que trocar de remédio implica em remodelar ou produzir a própria identidade. Outra dimensão importante é a ambivalência da pílula em si que é tanto reconhecida como uma "pessoa", tendo personalidade, quanto como um objeto inanimado ou instrumento para pôr fim a um sofrimento. Este artefato é ambivalente também no que se refere aos seus significados positivos ou negativos, expressos nos chamados efeitos colaterais. Nesse aspecto, é pertinente a sua afirmação de que o que as pessoas comumente fazem é um processo de deslocamento ou purificação em relação aos efeitos negativos. "Tirar da vista" os aspectos perigosos é uma forma de lidar com a ambivalência que permite ingerir cada vez mais medicamentos, transformando os próprios indivíduos em "pessoas farmacêuticas" (Martin, 2006). Um fator importante é que nesse processo entra em cena a relação com as drogas como instrumentos de precisão, que poderiam agir de forma precisa para atingir determinados fins. Isso só é possível a partir da crença na potência das moléculas, nesse caso criadas na engenharia de precisão, aspecto discutido mais amplamente por Rose (2007).

A questão da promoção e consumo de fármacos é traduzida, nos termos de Marshall (2009) na noção de "imaginação farmacêutica". Através de estudo da comercialização das drogas para disfunção sexual, que parecem ter acelerado e garantido a confiança nesses investimentos, a autora discute como a imaginação farmacêutica enquadra um leque de possíveis narrativas que têm em comum a suposição de um modelo linear de progresso científico e a passagem de explicações psicológicas para as fisiológicas associadas às soluções farmacológicas (Marshall, 2009, p. 134). Trata-se de reconhecer como no processo de promoção de novos diagnósticos e tratamentos, produz-se narrativas bastante eficazes que acionam valores e representações sensíveis em determinados contextos culturais. No caso em questão, a "imaginação farmacêutica" teria sido bem sucedida ao redefinir os cursos da vida sexual em termos dos efeitos das drogas empregadas no tratamento da função sexual.

A base para essa transformação seria a mudança de padrão utilizada para pensar o corpo e suas funções. O binarismo normal/anormal teria sido substituído pelo novo par funcional/disfuncional. Como exemplo, cita que durante muito tempo, foi considerado "normal" que a função erétil ou o nível de testosterona declinassem ao longo da vida de um homem. Porém, essa ocorrência passa a ser pensada

como "disfuncional", o que seria "comprovado" pela existência de tratamentos que poderiam melhorar a função em questão. Dessa forma, o "funcional" passa a ser definido pelo que é tratável. O exemplo mais evidente disso seria como o Viagra foi fundamental para instituir a própria categoria da disfunção erétil e, mais recentemente, de como a reposição de testosterona seria o marcador por meio do qual se pode redefinir a andropausa (Marshall, 2010).

Para a autora, seria possível reconhecer quatro dimensões da funcionalidade produzida pela imaginação farmacêutica: 1ª.)a funcionalidade não requer qualquer relação com a normalidade: novos padrões redefinem o que é estatisticamente normal como disfuncional em função de ideias culturais; 2ª.)a funcionalidade é postulada pela mensurabilidade e padronização: estados funcionais são aqueles passíveis de quantificação e tradução em termos da relação com os efeitos de um medicamento; 3ª.)o discurso da funcionalidade desmonta o corpo e o fragmenta em termos de sistemas funcionais e efeito dos medicamentos em tais sistemas: genético, hormonal, neuroquímico, vascular; 4ª.)a identificação do estado funcional é caracterizada pela sua adaptabilidade a intervenções e, em decorrência disso, sua vinculação com a criação de bioidentidades: cabe ao cidadão biossocial reconhecer seu estado e adaptar-se às intervenções (Marshall, 2009, p. 140-141). Em todos esses sentidos, a funcionalidade torna os corpos disponíveis para uma ampla variedade de técnicas de mensurabilidade, padronização e intervenção, deslocando a imagem da biologia, ou da natureza, como algo completamente distinto e oposto à cultura. Ademais, a preeminência da noção de funcionalidade se correlaciona com a exigência de que o indivíduo passe cada vez mais a se responsabilizar pela prevenção ou cuidados de reabilitação de sua condição ideal. Para Marshall, a incorporação dessa demanda, enquanto uma obrigação moral, aproxima-se da autovigilância e gestão de riscos que caracteriza a noção formulada por Rose (2007) de "individualidade somática" (Marshall, 2009, p. 143).

A ampla discussão em torno do papel da indústria farmacêutica no mundo contemporâneo e suas repercussões na definição de saúde/doença por meio do uso de drogas é alvo do trabalho exemplar de Dumit (2012), intitulado *Drogas para a vida: como as companhias farmacêuticas definem nossa saúde* (Tradução minha). O ponto central da tese do autor é que tem havido um crescente investimento dos laboratórios em promover e tratar as chamadas pré-doenças ou condições de riscos a doenças futuras que deveriam receber uma intervenção precoce. A grande indústria dos ensaios clínicos tem servido especialmente

a este fim, produzindo informações e expectativas direcionadas à ampliação de condições tratáveis e, portanto, expansão de novos mercados. Um novo modelo de saúde, denominado pelo autor de "saúde em massa" preconiza que o estado normal dos indivíduos seria uma eterna preocupação com o risco ou com aquilo que não se sabe sobe o próprio corpo. Estar assintomático, nesse quadro, não garante tranquilidade. Ao contrário, pode indicar o risco que se está correndo em função da falta de conhecimento sobre as próprias taxas fisiológicas, o que abre mais um campo para a intervenção "precoce" da medicina.

Nessa linha, Dumit (2012) descreve como o *marketing* farmacêutico tem se esmerado em produzir estratégias de intervenção eficazes. A partir do momento no qual a dúvida ou insegurança em relação à própria saúde é instaurada, seguem-se novas fases de investimento. A primeira delas é a "conscientização" ou criação de um ambiente receptivo para o novo produto seguido pela operação de "alfabetização" da população sobre a doença e tratamento. Depois que os riscos são apresentados via uma forte moralização dos comportamentos, o sujeito sente-se obrigado a procurar tratamento, inclusive para escapar da acusação de negligência em relação a si próprio. A fase seguinte é a "personalização do risco", processo pelo qual o risco passa a ser incorporado na história pessoal do indivíduo. A linguagem usada nas propagandas leva à identificação direta com uma determinada situação que pode se traduzir em uma apropriação cognitiva e emocional da mensagem em cena. Em um terceiro momento, temos o "incentivo ao autodiagnóstico" que pretende fazer o/a paciente reagir à informação recebida, por meio do conhecimento, vocabulário, racionalidade e moral apreendidos. Deve então ter condições de aprender a responder, interpretar e agir em função de sua nova condição de paciente em potencial. A quarta estratégia de *marketing* empregada se refere ao "convencimento do médico". Espera-se que o/a paciente, de posse de uma nova gramática e com os argumentos corretos, possa convencer o/a médico, por vezes menos "atualizado/a" com os novos recursos, a diagnosticar e prescrever o medicamento desejado. E por fim, haveria os investimentos na "aquiescência", dedicada a garantir que o/a novo/a paciente seguisse buscando as receitas e comprando os medicamentos, consolidando dessa forma sua condição e a relação com o uso do fármaco.

Dumit (2012) conjuga esta análise do campo farmacêutico e suas estratégias com as suas consequências em termos de redefinição das experiências individuais em virtude das informações biomédicas, o que descreve em termos de uma autoconstrução objetiva das pessoas (*objective*

self fashioning). Argumenta que se pode identificar a emergência de um novo tipo de sujeito, o "sujeito-paciente", que atestaria como a apropriação do conhecimento biomédico muda a percepção do indivíduo sobre si mesmo. E que seria possível identificar pelo menos três modos distintos por meio dos quais os indivíduos se relacionam com a experiência biomédica e os estilos de vida farmacêuticos. O primeiro seria aquele do/a paciente-especialista que procura se informar e administrar os próprios riscos. A saúde seria um ideal a ser buscado incessantemente a partir de um estilo de vida saudável e da administração das informações biomédicas. O segundo diz respeito ao "sujeito assustado" que assimila os fatos biomédicos através da pressão e do medo. Para ser saudável, inclusive, seria necessário abdicar dos prazeres da vida que poderiam colocar a saúde em risco. O terceiro modo apresentado se refere à experiência de pacientes que acreditam que é preferível viver melhor mesmo que seja à base dos fármacos. Nesse caso, as drogas seriam uma forma de manter a saúde sem precisar abrir mão de antigos hábitos, mantendo o estilo de vida anterior. Nessa situação, a gerência sobre quando e como tomar o medicamento ficaria cada vez mais a cargo do indivíduo que se torna exemplarmente um/a consumidor/a-paciente.

Dessa forma, Dumit (2012) nos mostra a importância dos recursos biomédicos nos processos de subjetivação e em especial, no que se refere ao alargamento da obrigação moral de estar atento às informações e tratamentos disponíveis, construída de maneira muito incisiva pela indústria farmacêutica. A transformação da pessoa em possível paciente e de paciente em consumidor/a são aspectos centrais na forma de nos relacionarmos com a administração da própria vida hoje em dia. E certamente, a associação com um diagnóstico, mesmo que seja um autodiagnóstico, pode servir para justificar uma série de escolhas e atitudes.

Embora esses aspectos da obra de Dumit (2012) sejam centrais para a discussão aqui produzida, cabe salientar que seu trabalho foca na produção das pré-doenças e no risco como aspectos prioritários. No que diz respeito a práticas mais condizentes com o aprimoramento, a articulação com o risco de doenças é mais longínqua. Em virtude disso, é necessário investir na tentativa de definir algumas especificidades. Não se trata de um distanciamento do fenômeno e da perspectiva teórica apresentada por Dumit, porém de uma modulação analítica. No caso de investimentos em prol do aperfeiçoamento como o uso de fármacos ou de cirurgias estéticas para fins de melhoria do desempenho ou percepção de si, não é o risco ou uma pré-doença que estão em primeiro plano. Mas talvez certa singularização nas formas de produção de si.

NOVOS MODOS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

Os desenvolvimentos teóricos acerca dos processos de medicalização, biomedicalização, farmaceuticalização e aprimoramento foram até então examinados à luz da conformação provisória de um objeto empírico (intervenções nos campos da medicina sexual e da medicina estética singularizadas por contrastes relativas a gênero e sexualidade) e tendo em vista o problema da produção de modos de subjetivação. Nessa direção, faz-se necessário ainda trazer à tona a problematização deste último conceito.

Uma referência fundamental neste caso, mencionada inclusive pelos/as autores/as acima citados/as, é o trabalho de Rose (2007), que se questiona sobre o papel das ciências da vida na produção de verdades e subjetividades contemporâneas. Sua hipótese mais geral concerne à relação entre o surgimento de uma "ética somática" e sua articulação com o "espírito do biocapital". Na sua obra percebe-se, portanto, uma tentativa de associar grandes processos macroeconômicos e políticos a dimensões da conformação do sujeito, na linha de inspirações como Max Weber e Michel Foucault. Sua argumentação em torno dos conceitos de molecularização, otimização, subjetivação, expertise e bioeconomia é valiosa para entendermos a dinâmica de transformações que envolvem a noção de corpo saudável centrada no autogerenciamento individual.

Por molecularização, Rose (2007) enfatiza a passagem entre uma concepção de biomedicina que se centrava no corpo para aquela que agora se especializa no nível molecular. O autor se apropria da noção elaborada por Fleck (2010) para sugerir que a molecularização é um novo "estilo de pensamento" proeminente. Em termos foucaultianos, o panorama no qual os elementos moleculares da vida passam a ser mobilizados, controlados e combinados em processos anteriormente inexistentes, poderia ser descrito por meio de uma biopolítica molecular.

A otimização é apresentada como o uso das tecnologias médicas contemporâneas não mais apenas para curar patologias mas para controlar os processos vitais do corpo e da mente. Essas tecnologias da otimização estão associadas à ideia do aprimoramento como algo direcionado ao futuro e ao aparecimento de indivíduos consumidores desses novos desejos e possibilidades de controle da vida. A novidade, segundo Rose (2007), não é a existência da vontade ou da prática do aperfeiçoamento e sim o fato de passarem a moldar a vida dos sujeitos. Recorrendo a Clarke e colegas (2003), associa este processo à passagem da normalização para a customização, não apenas do corpo mas também de sensações, desejos, habilidades emocionais e cognitivas.

O conceito de subjetivação serve para descrever o processo pelo qual o sujeito é levado a acreditar que a promoção da saúde é uma questão pessoal, de autogerenciamento e responsabilidade. Isso estaria associado à própria conversão da saúde como um valor ético importante na sociedade ocidental, a partir da segunda metade de século XX, e mais contemporaneamente, à conformação de uma nova ética. Trata-se de uma "ethopolítica", ou seja, da tentativa de moldar a conduta dos seres humanos por meio da ação sobre os sentimentos, as crenças e os valores direcionados a como deveriam julgar e agir sobre si e seus corpos visando o futuro. Esse processo caracteriza a nossa constituição atual enquanto "indivíduos somáticos", cujas experiências, articulações, julgamentos e ações sobre nós mesmos ocorrem por meio da linguagem biomédica. Na verdade, em termos mais amplos, estaríamos diante da conformação de uma "ética somática", cujos valores em torno da vida estariam concentrados no corpo e nas intervenções sobre ele. A valorização de categorias como "bem estar" e "qualidade de vida", que praticamente justificam qualquer forma de intervenção, seriam indícios desse fenômeno (Rose, 2007).

Já a expertise torna-se importante em função de que as práticas de biopoder emergentes estão relacionadas a novas formas de autoridade. Os atuais "*experts* da própria vida" se destacam não mais em função da cura de doenças mas da capacidade de aprimorar as artes de autogoverno. Não apenas os/as médicos/as, mas também outros/as profissionais de saúde conformariam esse campo dos/as "*experts* somáticos/as", capazes de orientar os indivíduos na busca pelo aprimoramento ou otimização de suas potencialidades. Esse cenário permite a Rose descrever um novo espaço, ainda a ser mapeado, a bioeconomia ou economia da própria vida. Trata-se de uma série de processos e relações, que envolvem aspectos conceituais, comerciais, éticos, espaciais, associados às economias da vitalidade. A novidade é configurada pela decomposição de uma série de objetos distintos, que podem ser estabilizados, congelados, armazenados, acumulados, trocados, negociados e que, dessa forma, implodem com a antiga distinção entre o que é humano e não humano (Rose, 2007).

Para Rose (2007), surge uma nova política da própria vida que tem, entre muitas facetas, a configuração de novos direitos, deveres e expectativas em relação não só às doenças mas às próprias vidas, que por sua vez reorganizam a forma como as pessoas pensam e conduzem suas vitalidades e as maneiras pelas quais se relacionam com os outros e com as autoridades biomédicas. Aqueles/as que buscam serviços e tecnologias biomédicas passam a ter um papel cada vez mais evidente,

conformando uma nova "cidadania ativa". Pacientes/clientes e seus familiares, em articulação com outros atores, como laboratórios ou entidades médicas, passam a produzir novas formas de associação ou identificação coletiva ou, nos termos de Rabinow (1999), "biossocialidades". Contudo, enquanto a noção de "biossocialidade" caracteriza a formação de novas coletividades, o conceito de "individualidade somática" concerne à formação de novos tipos de sujeito. Esta distinção é elaborada pelos próprios autores em artigo conjunto no qual rediscutem o conceito de biopoder na atualidade e propõem a seguinte definição relativa aos processos de subjetivação:

> Modos de subjetivação, através dos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome de sua própria vida ou saúde, de sua família ou de alguma outra coletividade, ou inclusive em nome da vida ou saúde da população como um todo (...). (Rabinow e Rose, 2006, p. 29)

Esta noção é relevante neste contexto não só porque faz parte de um quadro analítico fundamental para se refletir sobre os processos envolvendo biomedicalização, aprimoramento e produção de subjetividades. Também deixa evidente o quanto a subjetivação nessa configuração teórica parece sofrer de uma dependência muito marcada de categorias e dimensões relativas à saúde. O que estou querendo argumentar, ao longo deste artigo, é que em alguns campos mais fronteiriços, como o da medicina sexual e da medicina estética, os processos de subjetivação associados à busca do desempenho e viabilizados por meio dos recursos biomédicos têm uma relação mais ambígua e complexa com a dimensão da saúde.

É evidente que um enquadramento mais geral do campo da saúde e da medicina se faz presente. E os procedimentos, os recursos materiais, as unidades de serviço, os conhecimentos acionados também advém da área da saúde e da medicina. Contudo, no que se refere às demandas enunciadas pelos/as consumidores/as e às transformações promovidas pelos/as profissionais e outros/as agentes, a busca pelo aprimoramento parece escapar da vinculação mais estrita à justificativa médica ou em prol da saúde. E, se termos como qualidade de vida ou bem estar são empregados à exaustão, sugiro que, longe de indicarem a contingência ao domínio mais particular da saúde ou do risco de doença, revelam a ambivalência em relação a esta associação. Não que a saúde não seja justificativa culturalmente válida. O problema

está exatamente em fornecer elementos que atestem a razão do emprego de determinados recursos farmacológicos ou cirúrgicos em termos de necessidades de saúde ou prevenção do risco de doenças. A tensão entre esta retórica da justificativa em termos biomédicos ou de saúde e o discurso mais centrado na lógica do direito ao aprimoramento e ao consumo dos recursos disponíveis constitui a questão que tenho tentado formular neste artigo.

Portanto, no que se refere ao conceito de modos de subjetivação, a referência de Rabinow e Rose (2006) é muito frutífera em termos de acentuar a perspectiva do biopoder, ou da relação entre formas de autoridade, discursos de verdade e práticas do *self*. Contudo, se enfatizamos de modo mais significativo a lógica do aprimoramento, que parece estar presente em casos como o sucesso da medicina sexual e estética, a subjetivação precisar ser um tanto redefinida ou melhor especificada. Neste cenário particular, sugiro que determinados modos de subjetivação dizem respeito mais precisamente às formas de concepção e intervenção sobre si, viáveis por meio da associação com discursos e tecnologias biomédicos, tendo em vista a finalidade de autoaprimoramento. Seriam mais exemplarmente modos de subjetivação *engajados no desempenho e melhoramento de si via recursos biomédicos*.

DESAFIOS ANALÍTICOS EM TORNO DO APRIMORAMENTO E ASSIMETRIAS DE GÊNERO

Buscar aprimorar-se bioquímica e cirurgicamente parece ter como motivação a ideia de que seria sempre possível melhorar e, se há sempre novos recursos disponíveis, a pergunta seria "por que não fazê-lo?". Os riscos muitas vezes estariam na própria realização dos procedimentos que podem ser danosos a um estado anterior de saúde. Mas são deixados de lado, diminuídos ou "deslocados", conforme diz Martin (2006) a respeito dos medicamentos, em prol do foco na realização do desejo de transformação. A saúde então parece estar subsumida ou ser englobada por categorias mais próximas das noções de satisfação ou realização pessoal. É evidente que nos anúncios dos tratamentos ou nos discursos que justificam as intervenções, o vetor narrativo em torno das categorias satisfação, realização, confiança, autoestima é aproximado do vetor bem estar, qualidade de vida, disposição que, por sua vez passa a ser fundamental nas definições contemporâneas e politicamente corretas do que vem a ser a boa saúde.

Porém se há aproximações por um lado, por outro vale destacar algumas prováveis disjunções. É possível que a "vida aprimorada" seja pensada, em certas situações, em oposição à "vida saudável". A busca pelo aprimoramento pode levar a riscos em relação à saúde ideal. Contudo, o interessante é que nos dois casos temos a conformação de comportamentos e subjetividades imbricados em obrigações morais. Se em um, trata-se da obrigação de ser saudável; em outro, o de tornar-se sempre melhor. Se no primeiro o descumprimento das regras leva à condenação por descuido e falta de responsabilidade; no segundo produz-se a acusação de desleixo e falta de atenção a si mesmo. Nos dois casos, estamos percebendo formas socialmente legitimadas e incentivadas de cuidado de si que afetam a produção dos sujeitos atualmente.

A partir destas redefinições, é possível retornar aos casos da medicina sexual e estética, que serviram de mote para orientar esta discussão analítica, e propor novas interrogações. É preciso dizer que certamente estes dois campos têm muitas diferenças, as quais não se pretendeu apagar mas que não puderam ser objeto de investimento aqui. A mais imediata sem dúvida se refere ao fato de que no primeiro caso, trata-se de interferências que se dariam no plano bioquímico, e no segundo, no plano anatômico. Porém, a pretensão neste trabalho foi justapô-las para que se pudesse realçar os contornos comuns referentes à dimensão do aprimoramento. Nos dois campos, trata-se de fenômenos relativamente recentes, pelo menos em termos da expansão para um contingente maior de pessoas, nos quais estão articulados a busca por melhorar o desempenho ou a satisfação pessoal, a distinção pelo acesso a informações e consumo de produtos e uso de recursos biomédicos. Além disso, é imprescindível acrescentar que são processos enraizados nas recorrentes associações entre alguns nódulos semânticos particulares como: saúde, bem-estar, qualidade de vida; satisfação pessoal, autoestima, confiança; juventude, beleza, desempenho físico; sexo, desejo, potência. A promoção insistente destas associações e a coprodução de sua autolegitimidade constante centram-se na ideia de que é possível e é preciso tornar-se sempre melhor, por meio de um investimento constante. E exatamente esta capacidade de investir em si próprio é que caracterizaria de forma contundente um certo modelo de subjetivação posto em cena contemporaneamente.

Nesse sentido, é interessante também apontar para uma outra questão relativa à emergência de uma redefinição da biologia, não mais como materialidade aprisionadora mas como possibilidade de transformação do próprio sujeito na direção que lhe pareceria mais conveniente. Seguramente, essa possibilidade não está livre de uma

série de constrangimentos sociais que vão definir o quê e para quem algo será permitido e viabilizado. E nesse ponto, nos deparamos com limites que são evidentemente políticos e expressos de maneira exemplar nos corpos dos sujeitos, em termos de gênero, sexualidade, etnia, classe social, entre outros marcadores.

Sugiro que a proposta de problematização formulada aqui, e apoiada empiricamente nos campos de produção de conhecimento e intervenção das medicinas sexual e estética, abre caminho para o aprofundamento de uma discussão mais específica acerca das concepções de gênero e sexualidade em termos dicotômicos e cristalizados. É possível identificar, em virtude das articulações analíticas alinhavadas, algumas perspectivas instigantes, pelo menos em termos da construção de hipóteses ou de novos problemas. Neste cenário, pode-se dizer que os exemplos das modificações corporais e subjetivas em questão, permitem pôr em relevo situações nas quais se torna evidente e, sobretudo, socialmente aceito, o desenvolvimento de transformações que põem em xeque a pretendida estabilização do gênero e da sexualidade em uma certa biologia estática e imutável. Ou seja, ao que parece, na direção do que é considerado socialmente mais aceito em termos dos discursos públicos, incentiva-se o empenho nas mudanças corporais, sejam elas bioquímicas ou cirúrgicas. Nessa linha, é possível uma mulher investir em se tornar "mais feminina" e um homem, "mais masculino". Contudo, isso não será promovido da mesma maneira no caso de pessoas que colocariam em risco as fronteiras "originais" de masculino/feminino de forma considerada excessivamente contundente, como pessoas trans, por exemplo. Infelizmente, por ora não é possível prosseguir neste argumento mas acredito que seja relevante deixar esta indagação no horizonte.

Em consonância com este elenco de problemas e proposições, a interface entre as discussões relativas aos eixos da biomedicalizaçao, aprimoramento e modos de subjetivação e aquelas atinentes às questões de gênero e sexualidade torna-se fundamental. Embora não tenha sido possível tratar destas correlações teóricas prováveis no escopo deste trabalho, cabe, contudo, fazer referência à conformação de questões analíticas ou possibilidades de investigação decorrentes destas associações. Mais precisamente, por exemplo, se de um lado, a atenção à dimensão de gênero nos ajuda a inquirir de maneira particular as referências concernentes às linhas da biomedicalizaçao, aprimoramento e subjetivação; de outro, a possibilidade de aprimoramento individual por meio de recursos biotecnológicos pode conduzir a repensarmos as formas pelas quais analisamos os significados atribuídos à biologia

e sua articulação com a produção ou performatividade dos gêneros (Butler, 2003).

A elaboração destas questões, por meio do reconhecimento de particularidades de um determinado campo empírico possibilitou produzir uma perspectiva singular em relação a alguns enquadramentos analíticos possíveis. Nessa direção, o objetivo deste artigo foi de tentar contribuir para que as discussões teóricas do campo abram novos caminhos etnográficos que permitam compreender as especificidades de certos fenômenos contemporâneos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonio, A. T. (2008). *Corpo e estética: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica.* 2008. [153 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas].

Bordo, S. (2009). Twenty Years in the Twilight Zone. En C. Heyes, & M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer* (pp. 21-33). VT: Ashgate.

Brigeiro, M. e Maksud, I. (2009). Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Revista Estudos Feministas, 17*(1), 71-88.

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.

Clarke, A., Mamo, L., Fishman, J., Shim, J. y Fosket, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review, 68*, 161-194.

Clarke, A., Shim, J., Mamo, L., Fosket, J. y Fishman, J. (Eds.). (2010). *Biomedicalization: Technoscience and Transformations of Health and Illness in the U.S*. Duke University Press.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, *18*, 209-232.

Conrad, P. (2007). *Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press.

Davis, K. (2009). Revisiting Feminist Debates on Cosmetic Surgery: Some Reflections on Suffering, Agency, and Embodied Difference. En C. Heyes y M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer* (pp. 35-48). VT: Ashgate.

Dumit, J. (2012). *Drugs for life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health.* Duke University Press.
Edmonds, A. (2014). Surgery-for-Life: Aging, Sexual Fitness and Self-Management in Brazil. *Anthropology & Aging Quarterly, 34*(4), 246-259.
Edmonds, A. y Sanabria, E. (2014). Medical Borderlands: Engineering the Body with Plastic Surgery and Hormonal Therapies in Brazil. *Anthropology & Medicine*, *21*(2), 202-16.
Faro, L., Chazan, L. K., Rohden, F. e Russo, J. (2013). Homem com "H". Ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cadernos Pagu*, *40*, 287-321.
Fishman, J. R. (2004). Manufacturing desire: the commodification of female sexual dysfunction. *Social Studies of Science*, *34*(2), 187-218.
Fleck, L. (2010). *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Fabrefactum.
Fraser, S. (2009). Agency Made Over? Cosmetic Surgery and Femininity in Women's Magazines and Makeover Television. En C. Heyes, & M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer* (pp. 99-116). Ashgate.
Generic AndroGel Availability. (2014). http://www.drugs.com/availability/generic-androgel.html Recuperado el 08/09/2014.
Giami, A. y Spencer, B. (2004). Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle: contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. *Révue Epidemiologique de Santé Publique*, 52, 377-387.
Gilman, S. (1999). *Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery*. Princeton University Press.
Heyes, C. y Jones, M. (2009). Cosmetic Surgery in the Age of Gender. En C. Heyes, & M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer* (pp. 1-17). Ashgate.
International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures (2013). http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf. Recuperado el 07/07/2015.
Jasanoff, S. (2004). *States of knowledge: the co-production of science and social order*. Routledge.
Folha de S. Paulo (2015, 5 de junio). Liberação de 'pílula do desejo sexual feminino' avança nos EUA. https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/06/1638059-liberacao-de-pilula-do-desejo-sexual-feminino-avanca-nos-eua.shtml Recuperado el 04/06/2015.

Loe, M. (2001). Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality and culture, 5*(3), 97-125.
Marshall, B. (2006). The New Virility: Viagra, Male Aging and Sexual Function. *Sexualities*, *9*(3), 345-362.
Marshall, B. (2009). Sexual Medicine, Sexual Bodies and the 'Pharmaceutical Imagination'. *Science as culture, 18*(2), 133-49.
Marshall, B. (2010). Science, medicine and virility surveillance: `sexy seniors´ in the pharmaceutical imagination. *Sociology of Health & Illness*, *32*(2), 211-224.
Marshall, B. y Katz, S. (2002). Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body. *Body & Society, 8* (4), 43-70.
Martin, E. (2006). The Pharmaceutical Person. *BioSocieties, 1*, 273-287.
Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions: mania and depression in American culture.* Princeton University Press.
Moynihan, R. y Mintzes, B. (2010). *Sex, lies + pharmaceuticals: how drug companies plan to profit from female sexual dysfunction*. Reystone.
Mulheres chipadas preocupam os médicos. (2011). *O Estadão*. http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,mulheres-chipadas-preocupam-medicos,770917,0.html. Recuperado el 10/07/2015.
Rabinow, P. (1999). Artificialidade e Iluminismo. En J. G. Biehl (Org. y Trad.), *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Relume Dumará.
Rabinow, P. e Rose, N. (2006). O Conceito de Biopoder Hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, *24*, 27-54.
Rohden, F. (2009). Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, *17*(1), 89-109.
Rohden, F. (2012). Prescrições de gênero via autoajuda científica: manual para usar a natureza? En C. Fonseca, F. Rohden, e P. Machado (Orgs.), *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva* (pp. 229-251). Terceiro Nome.
Rose, N. (2007). *The politics of life itself*: *biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
Rosemberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quartely, 80*(2), 237-259.
Russo, J., Rohden, F., Torres, I. e Faro, L. (2009). O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis, 19*, 617-635.

Russo, J., Rohden, F., Torres, I., Faro, L., Nucci, M. e Giami, A. (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil.* CEPESC.

Sanabria, E. (2010). From sub- to Super-Citizenship: Sex Hormones and the Body Politic in Brazil. *Ethnos, Journal of Anthropology, 75*(4), 377-401.

Silicone nos seios: a melhor das minhas experiências femininas. (2013). https://blogdescolada.wordpress.com/2013/07/24/silicone-nos-seios-a-melhor-das-minhas-experiencias-femininas Recuperado el 10/07/2015.

Tiefer, L. (2006). Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. *Plosmedicine*, *3*(4), 1-5.

Williams, S. J., Martin, P. y Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, *33*(5), 710-725.

Entre vivos y muertos

El precario estatus ontológico del embrión*

Alejandra Rosario Roca

¿Qué te trae a estos lugares sin nombre
mortal presuntuoso? ¡Infortunado joven!
¿Qué quieres, qué esperas en el umbral de esta
horrible y funesta frontera?
(Las Furias de las puertas del Averno a Orfeo)[1]

INTRODUCCIÓN

Vida y muerte no son propiamente
conceptos científicos
sino conceptos políticos.
(G. Agamben, 1998/1995, p. 203)

La relación biología/sociedad, naturaleza/ cultura constituye uno de los principales nudos problemáticos de la teoría antropológica, que trascendió las fronteras disciplinares otorgándole protagonismo en los debates sobre raza, sexualidad y construcción biomédica del cuerpo. En las últimas décadas, los dogmas anclados en los dualismos ontológicos modernos (cuerpo-mente, femenino-masculino, sujeto-objeto,

---

* Una primera versión de este texto se presentó en la "IV Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia", Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) 23 e 26 de setembro de 2013.

1 *Orfeo y Eurídice* es una ópera basada en la mitología griega: Orfeo desciende al Hades en busca de su amada Eurídice, recientemente fallecida. Orfeo se hunde en un peligroso viaje hacia esa geografía de la muerte y espera hallarla para volverla a la vida; finalmente Orfeo la encuentra y podría lograr su proeza, pero no puede "mirarla"; así la maldición se vincula con la ambigua ciudadanía de Euridice que no puede habitar ninguno de los mundos. En algunas versiones las Furias son centinelas que vigilan estas fronteras. Se han realizado varias obras musicales y literarias, la aquí citada es la ópera de Gluck (1762).

vivo-muerto, natural-artificial, entre otros) fueron interpelados a partir de una renovación teórica surgida de enfoques y articulaciones provenientes de diversos campos empíricos. A partir de una reflexión sobre una etnografía realizada hace más de una década en laboratorios de Centros privados de Atención en Reproducción Asistida de la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires (Roca, 2025) se exponen algunas conclusiones respecto de las categorías de análisis de la antropología y las biociencias.

Inicié mi estudio etnográfico explorando la construcción de los saberes profesionales, observando rutinas de intervenciones biomédicas, prácticas y todas las significaciones en torno al cuerpo que están allí latentes. En el último trayecto del trabajo de campo me dediqué a trabajar con la/os embrióloga/os, para centrar mi atención en las técnicas y procesos, así pude realizar una estancia más prolongada para la observación participante dentro de uno de los laboratorios. Fue una experiencia donde mi escucha oscilaba entre la antropóloga que pretendía volverse la "mosca en la pared" y la "discípula", aprendiendo poco a poco a partir de las explicaciones y algunas breves y toscas nociones de biología, pero sobre todo a partir de "ver y mirar".

Cuando la/os antropóloga/os no trabajamos en relaciones de subalternidad, sino que nuestros sujetos de estudio tienen una firme convicción respecto de su saber y del prestigio que detentan, se desprenden interesantes cuestionamientos respecto de la producción de conocimiento y de la "autoridad etnográfica", en tanto la disputa por las interpretaciones y los sentidos está tensamente abierta desde el primer contacto. Estos encuentros imponen un desafío y una revisión permanente de ciertos prejuicios cómodamente instalados en el diálogo sordo de las provincias disciplinares, en mi caso el primer derrumbe que advertí fue el de superar la interpretación de algunas situaciones observadas bajo el haz del "paternalismo-autoritarismo biomédico" o el de la asimetría de la relación médico-paciente. Si bien estas lecturas son válidas para otros contextos, mi propia etnografía obligaba a resituar las dimensiones de poder, al punto que estas perspectivas terminaban siendo obstáculos. De hecho, hacia el final del trabajo de campo y la redacción final de la tesis desistí de la denominación "paciente" para pasar a "usuarias y usuarios de tecnologías".

En este sentido, varios autores proponen una revisión de la categoría de medicalización, especialmente en relación con lo vinculado al control social y las asimetrías entre médico y paciente, que supone una especie de pasividad en los sujetos medicalizados. En particular, Adele Clarke (Clark et al., 2013) ha desarrollado el concepto de

biomedicalización,[2] atendiendo a las transformaciones tecnocientíficas recientes en torno a la constitución, organización y prácticas de la biomedicina contemporánea que afectan de forma más general a todo el orden de lo vivo. Pero la reproducción 'controlada' es algo más que los ajustes genéticos orientados a fenotipos de un modelo estético, que ciertamente encubre algunas dimensiones eugenésicas y/o racistas (dichos aspectos han sido abordados en otras contribuciones). La producción de sujetos "viables" desde instancias tecnológicas disponibles (y a partir de fragmentos corporales mercantilizados) se entrelaza con dimensiones políticas menos visibilizadas, a la vez que brinda las herramientas para el control y la intervención de la naturaleza, el cuerpo (como parte de la naturaleza) y las poblaciones.

En los laboratorios de fertilización asistida, el embrión se presenta como un artefacto construido en un campo en que los significados y prácticas se desplazan disputando sentidos plurales y contradictorios, por momentos excluyentes. Esta construcción es la que modula lo que he llamado una gestión/administración de biomaterias primas – obtención, extracción, almacenamiento y circulación de semen y óvulos– y en la que aparecen conjugados un mercado en ascenso de alcance global que transforma en commodities los biofragmentos y problemas de orden moral, religioso, económico, legal y normativo. Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, en particular las etnografías de laboratorio permitieron empezar a abrir esas "cajas negras", como las llamó Bruno Latour, destituyendo la supuesta neutralidad y autonomía del conocimiento científico; las mismas habilitan una aproximación a los procesos concretos y a la actividad diaria de los científicos. La posibilidad de observar, participar y familiarizarse con sus relatos nos permite dar cuenta de los modos en que la legitimación de la autoridad del saber biomédico y científico se construyen. A partir del registro etnográfico de las experiencias y prácticas de los sujetos en torno a las intervenciones e intermediaciones tecnológicas en la salud y el cuerpo (Strathern, 1992; Lock, 1995, 1997, 1999; Mol, 2002, entre otros), se han documentado controversias, sentidos y nuevos significados que las tecnologías biomédicas producen, así como procesos de

2 Se trata de un fenómeno complejo, multisituado y multidireccional. La biomedicalización se constituye recíprocamente a través de cinco grandes procesos interactivos: la constitución político-económica del complejo técnico biomédico; la centralidad de la salud en términos de riesgo y vigilancia; *la tecnocientificacion de la biomedicina*; las transformaciones de la producción, distribución y consumo de conocimiento biomédico y la transformación de los cuerpos y las identidades (Clark et al., 2013).

resistencias, negociaciones y apropiaciones diferenciales por parte de los sujetos; lo cual cuestiona las visiones deterministas y esencialistas tanto de las tecnologías como de la/os usuaria/os. Estas investigaciones muestran que los sujetos no deben ser pensados como consumidores pasivos de tecnología biomédica o desde una imagen de manipulación, ya que producen múltiples agencias y sentidos. Es así como diferentes autores postulan que tecnología y usuarios son co-construidos mutuamente (Oudshoorn y Pinch 2003; Rohden, 2008; Mills, 2011; Rohden y Cavalheiro, 2021; Antoniucci y Meske, 2021; entre otros). Esta noción de coproducción inspirada en Jasanoff, implica entender los modos en los que las definiciones científicas y los artefactos requieren de una evolución que reúnan las prácticas, los discursos, las representaciones y los aspectos legales; de esta forma, las dimensiones cognitivas, institucionales, materiales y normativas albergan espacios de disputa de diversos sentidos e imaginarios (Jasanoff, 2004).

Las transformaciones de los cuerpos, su corrección hacia formas más aptas y socialmente valoradas, están intrínsecamente relacionadas con la expansión del mercado de nuevas tecnologías disponibles para redireccionar el cuerpo "natural" y a su vez negarlo como natural, evidenciando su condición de cuerpo social y subjetivamente construido. Cada detalle anatómico visible es significado en múltiples dimensiones y susceptible de una intervención específica. Los cuerpos aparecen como ámbito de intervenciones, que requieren de fuertes dosis de disciplina, en tanto la voluntad por dominarlo constituye un valor social con implicancias morales. La tecnología, en estos casos, adquiere protagonismo en la construcción de identidades, en tanto brinda soporte material y desliza el parámetro de "normalidad" hacia dimensiones subjetivas, articulando la "optimización" (Rose, 2012) y/o "reescritura" (Rabinow, 1996) de la naturaleza a partir del consumo.

Una nueva economía biopolítica de la medicina, la salud y la enfermedad incluye nuevas formas de vivir y de reproducirse ampliando a su vez el campo de acción de la medicalización hacia el plano molecular y hacia la optimización de las condiciones y potencialidades genéticas como un imperativo moral. Es en este contexto en el que se desarrollan las tecnologías de reproducción humana: pacientes demandantes, exigentes, con recursos económicos, legales y cognitivos que en ocasiones podrían superar o amenazar la autoridad de los profesionales.

Las dimensiones de poder y autoridad, es decir, las formas en que las prácticas y las rutinas de laboratorio instituyen las verdades, las certezas y los hechos, ocupan un lugar central en este trabajo. En

cierta forma tuve la oportunidad de examinar la construcción de los dispositivos que garantizaban el control, la homogeneización de prácticas, la evaluación y la reducción de controversias e incertidumbres (Roca, 2010). Estas instancias me han permitido explorar la intermediación científico-tecnológica en la vida cotidiana y su relación con el cuerpo, la reproducción y las identidades de los sujetos.

En principio, he intentado reconstruir y describir la producción de embriones humanos desde la mirada y el hacer cotidiano de la/os profesionales involucrados en estas prácticas. Se ha privilegiado el examen de los dispositivos de la intervención, es decir las micropolíticas de la reproducción "controlada" entendidas como una profundización de los procesos de medicalización y biopoder.[3] En particular en este trabajo he focalizado en los embriones producidos a partir de biomateriales obtenidos de personas ajenas al procedimiento.

Los enigmas planteados en los epígrafes nos acercan a una concepción del embrión como *artefacto* híbrido, inestable desde las categorías duales de naturaleza-cultura, desde una perspectiva que asume la reescritura de la naturaleza y la eclosión de las principales categorías que definieron la producción de conocimiento desde la modernidad; entre ellas la de la concepción misma de la naturaleza como estable y universal.

El abordaje etnográfico de estas prácticas propone una reflexión sobre procesos inherentes a la constitución del sujeto, del cuerpo, de las poblaciones y del accionar de la tecnociencia en la sociedad contemporánea, aspirando a lograr una articulación entre estos procesos globales, generales, totalizadores y sus micropolíticas, expresadas en la mesada de un laboratorio local, del pequeño barrio norte, de la no tan pequeña ciudad de Buenos Aires.

---

3 He focalizado en la producción material del embrión a partir del examen de las rutinas y controles para obtener, seleccionar y almacenar materiales biológicos, así como los procedimientos generales para la obtención, selección y criopreservación de embriones. A lo largo de este capítulo, las frases y los términos nativos se indican con cursivas.

LA PRODUCCIÓN DE BIOMATERIAS PRIMAS Y LA COMMODIFICACIÓN DE LOS CUERPOS

Los hombres no se contentarán con producir vida.
Querrán mejorarla.
(J. Bernal, 1929, p. 42. Traducción propia)

Desde el proceso de desacralización de la naturaleza y del cuerpo que operó la modernidad y la constitución de la ciencia occidental, el cuerpo devenido en objeto de estudio e intervención de la biomedicina se fue modelando bajo la óptica dualista cartesiana. El cuerpo femenino en particular comenzó a ser el objeto por excelencia de la biomedicina desde muy tempranamente, intentando localizar la "esencia" femenina en diferentes lugares del cuerpo. Hasta mediados del siglo XIX, ese lugar era el útero; más tarde fueron los ovarios, percibidos como órganos de la "crisis" (4), hasta el siglo XX, cuando hacen su aparición las hormonas. La endocrinología introduce la noción de hormonas masculinas y femeninas como mensajeras químicas de la masculinidad y la femineidad, y empieza a afirmarse la noción de las mujeres "controladas por las hormonas" (Rohden, 2008) y al mismo tiempo la expansión de un mercado. Nelly Oudshoorn (1994) observa el proceso por el cual al tiempo que la medicina y la investigación clínica producen "hechos", producen riqueza. Este trabajo revela hasta qué punto las investigaciones científicas se encuentran vinculadas con la expansión de un mercado a conquistar o la creación de un nicho estable en la producción de medicación hormonal de los laboratorios, en donde la prensa y la publicidad tienen un rol preponderante como difusores, árbitros y auspiciantes del crecimiento del mercado farmacéutico y tecnológico: "La distinción entre lo natural y lo artificial se desmorona cuando entendemos que el cuerpo hormonal es un objeto tecnológico, diseñado tanto en los laboratorios como en las prácticas clínicas." (Oudshoorn, 1994, p. 42).

De tal forma, las nuevas tecnologías de reproducción asistida profundizan una racionalización (fragmentación) minuciosa del cuerpo compatible con la voluntad moderna de dominarlo, controlarlo, optimizarlo y someterlo al mecanismo.

Históricamente, un cuerpo universal, abstracto, mecánico, como entidad de la naturaleza, se preparaba para ser también significado como materia prima y como productor mismo de riquezas. En este sentido, Karl Marx sostuvo que todo proceso de producción es un acto de apropiación material de la naturaleza por el hombre (Marx,

2017/1867), y más de un siglo después Nancy Fraser basándose en este postulado escribió un sugestivo hilo que inspira a recorrer los procesos de producción de vida, la circulación y almacenamiento de biofragmentos (semen y óvulos) en tanto biomaterias prima:

> La naturaleza se convierte en un recurso del capital cuyo valor se presupone y se niega. La contabilidad la trata como si no tuviera costo alguno y el capital se apropia de ella gratis o a muy bajo precio, sin repararla ni reponerla, pues su punto de partida consiste en el supuesto tácito de que la naturaleza es capaz de autorestaurarse al infinito. (Nancy Fraser, 2023, p. 139)

En su ensayo "Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality" Rabinow analizó los argumentos de tres fallos de la Corte Suprema en el caso John Moore contra la Universidad de California:

> El cuerpo de Moore es considerado como una fuente de material biológico, como una suerte de mina de la cual se extraen sustancias valiosas, pero el valor real solo aparece una vez que la ciencia interviene para transformarlo en una línea celular patentable. (Rabinow, 1996, p. 100)

A John Moore le fue negado el derecho de propiedad y por lo tanto los beneficios obtenidos por el laboratorio sobre la línea celular (obtenida sin su consentimiento a partir de sus propias células) patentada y comercializada por la Universidad. Para Rabinow, este caso exhibe la consolidación de un modelo de "commodificación" desigual del cuerpo humano y una asimetría biopolítica: mientras el cuerpo del paciente es tratado como un recurso natural *res nullius* (de nadie), el trabajo de laboratorio transforma esos materiales en propiedad intelectual protegida y comercializable. Al tiempo que la justicia norteamericana se comprometía en la protección de la innovación científico-tecnológica, entendida como un bien supremo, habilitaba y legitimaba sentidos como el desmantelamiento del cuerpo en bio fragmentos, en tanto piezas intercambiables o biomaterias primas, dentro de un mercado biotecnológico donde la identidad entre cuerpo y persona es tensionada por la pérdida de soberanía sobre sus propios materiales biológicos.

Como Donna Haraway sostuvo, "la biología pasó de ser una ciencia de organismos sexuales a una ciencia de ensamblajes genéticos reproductores" (1995/1991, p. 277). La autora llamó la atención sobre el significado de los avances en clonación y terapias basadas en la investigación sobre células madre (*stem cell*) que abren la posibilidad

de disponer de "copias" como reserva de material disponible con fines terapéuticos –órganos y tejidos de recambio– o para proveer de fragmentos y/o embriones "seleccionados" para la reproducción. En otros trabajos me referí a la noción de "caja de seguridad biológica", que se manifiesta en emprendimientos tales como los bancos de células de cordón para uso autólogo o la criopreservación preventiva de gametos, confiados para su guarda a los centros de reproducción asistida o afines. Estas prácticas, que implican la preservación de ciertas gametas en desmedro de otras, así como los controles y la selección de embriones, se inscriben en procesos más amplios, como los que describe Haraway, vinculados con una exacerbación del control y las garantías sobre la descendencia. A la vez, renuevan a través de nuevos dispositivos la cesura entre quienes "merecen vivir" y/o preservar sus gametas para las generaciones futuras y quienes no. Haraway (1995/1991) considera que la ciencia y la tecnología constituyen las principales narrativas y ámbitos de lucha por el poder de definir "lo existente" y "el lugar del ser humano en la naturaleza y la historia". Las "verdades" de la biología del siglo XIX proveían las herramientas que daban legitimidad a la cesura, la exclusión y las jerarquías, el lugar 'natural' de las mujeres y las razas subalternas. Las características generales, los principios ontológicos y metodológicos de este proceso histórico se continúan y profundizan en la ciencia y tecnología del siglo XXI, que habilita la posibilidad de aislar, extraer, preservar y reutilizar como materiales disponibles para la producción de vida, los fragmentos seleccionados de unos para otros.

Una de las expresiones que asiduamente escuchaba durante las charlas y las observaciones podría sintetizarse como *todo tiene que estar perfecto*, todo debe estar *bajo control*. Este tipo de frases las escuchaba a diario durante todo el trabajo de campo. Encuentro que estas afirmaciones revelan una confianza asimilada como infalible que asigna a la tecnología una superioridad respecto de la naturaleza. La tecnología, si se extreman los controles y se determinan todos los factores posibles, hace mejor las "cosas" que la propia naturaleza, como lo suelen expresar los profesionales que afirman que la reproducción humana es *naturalmente ineficiente*. Expresiones como las de un banco de semen que garantiza a sus clientes una muestra con una movilidad *4,5 veces más de lo que la Organización Mundial de la Salud considera normal*, o la asidua afirmación de que estos procedimientos implican *menos* riesgos que un embarazo *natural*, muestran una expectativa de logro por encima de "lo normal" o lo "natural". He llamado, de manera tentativa, a este complejo fundamentalismo de la tecnología que

subyace a estas expresiones como tendencia a la *supranormalidad* (Roca, 2025). Algo más que *normalidad,* algo más que el promedio. La supranormalidad supone un control exacerbado, donde nada puede fallar y donde se podría domesticar el evento fortuito, reparar el brutal azar de la naturaleza. Esta noción redentora de la tecnología es central en el proceso de modernización y racionalización de la sociedad.

Algunos investigadores han interpretado esta especie de artesanía de la perfección como racista o de sobrevaloración de la herencia genética. Sin embargo, una interpretación excluyente como eugenésica, paternalista, estatizante y/o medicalizadora tiende a simplificar los complejos y diversos procesos que ponen en juego este tipo de prácticas, fundamentalmente respecto del rol de la/os pacientes-usuaria/os, que son quienes ajustan y "controlan" (en distintos grados) las intervenciones que ella/os mismos demandan.

En este sentido, las políticas de circulación y comercialización de bioframentos a escala global y las regulaciones de estos procedimientos conforman en sí un campo de estudios en la actualidad (Nahman, 2011; Marre, San Román y Guerra, 2017; Igareda González, 2018; Rivas, Lores y Jociles, 2019; Machin, 2022; Ayala y Roca, 2023; entre otros). A continuación, mencionaré algunas de las prácticas y modalidades más habituales que buscan producir certezas operativas en las rutinas de intervención a fin de conjurar las incertidumbres que atraviesan los procedimientos.

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MATERIALES BIOLÓGICOS: SENTIDOS DIFERENCIALES EN LA PROPIEDAD DE LOS GAMETOS

> *Este material es de ellos.**
> (embriólogo, director de centro)

Las tecnologías involucradas en la reproducción asistida fragmentan el proceso multiplicando el número de personas –o sus biofragmentos– como la cantidad y la cualidad de lazos parentales, genéticos, fisiológicos y jurídicos involucrados en la producción material y simbólica de un ser humano. Esta red de actores genera negociaciones y/o resignificaciones de tales vínculos donde la propiedad de las biomaterias primas, los genes, la sangre y la expresión fenotípica redundan en una construcción tensa y contradictoria de parentalidades e identidades (Ayala y Roca, 2023, Roca et al, 2022)

Los centros precisan formalizar garantías en los procedimientos, las mismas no se restringen a la calidad de los gametos o la viabilidad

del embrión, sino también a garantías legales y simbólicas que se pueden tornar peligrosamente inciertas cuando el embrión se produce con materiales "ajenos" a la/os usuaria/os. Las prácticas analizadas se inscriben en un esquema de estrategias que hemos denominado –sintéticamente– como una modalidad de recolección, producción, almacenamiento y *administración* de fragmentos y embriones.[4] Entre ellas destacamos el *régimen de propiedad diferencial de gametos* y la estrategia del *anonimato del donante,5* que permiten eludir o desviar dos de los principales problemas que plantea la circulación de semen y óvulos: el problema de la *propiedad* de los fragmentos corporales y el problema de la disolución o ensamblaje dinámico de los lazos de parentesco involucrados en la producción de embriones con biomateriales parcial o íntegramente donados.

Las nociones sugeridas por Rabinow tales como commodificación desigual del cuerpo y asimetría biopolítica respecto de la propiedad de los biomateriales entre pacientes y científicos pueden ayudar a comprender las formas en que las prácticas rutinarias de las clínicas ordenan y estabilizan sentidos precisos respecto de donantes y usuaria/os. Las modalidades que procuran distinguir y garantizar derechos entre pacientes y donantes conforman este régimen de propiedad diferencial de los gametos, otorgando sentidos estables y certeros para superar las ambivalencias respecto de la *propiedad* y el *parentesco* que acarrean estas prácticas. Ambos deben ser definidos en un sentido unidireccional y diferencial –entre pacientes y donantes.

A diferencia del semen que ha sido comprado sin eufemismos y cuya participación se suele mencionar casi como "accidental" en la reproducción, el anonimato y la "mediación" del centro en la obtención de óvulos refuerzan una lógica dual de la propiedad de los gametos que disuelve la identidad genética y la potencialidad de un lazo significativo. Esta cuestión puede resultar, en una primera instancia, contradictoria con una de las principales motivaciones de la/os pacientes: la búsqueda del hijo "propio".

Estas modalidades de propiedad de biofragmentos se refuerzan en una dinámica diferencial de argumentos rastreados y sistematizados en trabajos de campo sucesivos (Roca et al, 2022; Ayala y Roca, 2023;

---

4 Tal como lo sugieren las denominaciones nativas: *administración* de materiales *delicados y preciosos, stockeados y almacenados* para el posterior uso de sus *dueños*.

5 En tanto, el semen, "más sucio", puede comercializarse, los óvulos, "más delicados", preciosos y frágiles, están envueltos en una trama que eclipsa las nociones de compra, venta y "selección".

Roca, 2025). De tal forma, cuando la/os usuaria/os se encuentran en la situación de llevar el embarazo de un embrión confeccionado con óvulos o semen "propios" en el propio cuerpo o en un cuerpo ajeno, como es el caso de la gestación por sustitución, los argumentos profesionales se centran en el protagonismo del lazo genético depreciando la noción del vínculo fisiológico de la gestación. En cambio, cuando se utilizan óvulos donados, lo propio requiere ser resignificado, distinguido de su primera acepción relativizando el vínculo de sangre a través de los argumentos de la epigenética, en tanto la epigenética considera que existen "interruptores" que activan o desactivan genes en respuesta a factores ambientales en la gestación que modulan la expresión génica, es decir que promueve la idea de una actividad fisiológica significativa del útero durante el embarazo.

Por otra parte, alguna de estas estrategias formales e informales destinadas a estabilizar las incertidumbres sobre la propiedad y el parentesco enfrentan una particularidad local, definida por el contexto histórico del proceso político argentino, que conlleva una poderosa red de significados que atraviesa las herméticas paredes del laboratorio, invadidos por otros sentidos, legales, políticos y simbólicos que construyen otros actores –abogados, jueces, asociaciones internacionales, organizaciones, pacientes e incluso médicos de otras especialidades. Me refiero explícitamente a la experiencia histórica de la Argentina que promueve la certeza de la identidad biológica, definida por el examen de ADN como legal y verdadera, un principio que tensiona criterios afirmados internacionalmente para las prácticas de las tecnologías reproductivas.

La dimensión política y simbólica que, en la Argentina, implica la construcción de representaciones en torno a la identidad genética como prueba legal de lazos de sangre proviene del proceso de restitución de identidades de personas secuestradas (bebés y niños de muy corta edad) en la dictadura cívico militar de 1976. La impronta en la memoria colectiva de estos crímenes de lesa humanidad tiende a legitimar la noción de una identidad "real" de los sujetos en términos biológicos, en virtud del delito de apropiación y sustitución de identidad. Las consecuencias sociales y políticas de estos hechos han sido enormes y complejas; la lucha de las organizaciones de Derechos Humanos y la conformación del Banco Nacional de Datos Genéticos intervienen en los procesos de restitución de la identidad, donde se continúan confirmando casos de apropiación que conmueven a la opinión pública. Esta referencia de varios profesionales a *lo que nos ocurrió* traduce una posible explicación a lo que se suele presentar como un problema,

en distintas ocasiones a lo largo del trabajo de campo: una tendencia "local" a comprender el patrimonio genético como indicio legítimo de parentesco.

Más allá de las significaciones particulares del contexto de Argentina, el conjunto de estas estrategias nunca alcanza para reducir el enjambre de situaciones potencialmente conflictivas, como en el caso de la selección previa y los controles de calidad aplicados a los biomateriales –óvulos y semen– y al propio embrión. Tanto la clasificación de *inviable* –y su eventual *descarte*– como el PGD (diagnóstico genético pre-implantatorio del embrión por su sigla en inglés), confrontan dramáticamente las decisiones técnicas con la precisión eficiente de los *Manuales de Procedimiento,* principal dispositivo de la normatización y estandarización de las prácticas. La clase de decisiones que eclosionan el supuesto de neutralidad operativa de las intervenciones suelen referirse a: administrar o no tratamiento según la edad, la orientación sexual, la estabilidad emocional de la paciente, el destino de los embriones abandonados o sin reclamar, o la escabrosa situación jurídica de la utilización de semen de un fallecido[6] o de un *ausente sin aviso* en casos de separación. Todas ellas comprometen un complejo y velado juego de incertidumbres que, a pesar de las exactitudes de las rutinas plasmadas en los *Manuales*, se traducen en omisiones y contradicciones entre la/os profesionales cuando describen y reflexionan sobre sus prácticas.

En síntesis, la complejidad técnica introducida por la fragmentación de los procesos de la reproducción asistida pone en conflicto y amenaza con disolver los sentidos amparados en la legislación sobre pater-maternidad, propiedad, herencia y lazos de sangre. Estos ensamblajes heterogéneos requieren de la producción de certezas operativas estabilizadas en rutinas y protocolos. Los profesionales enfrentan esta ambivalencia a partir de distintas fórmulas. De un lado la consigna esgrimida unánimemente era *todos los que trabajamos en esto tenemos que asumir que esto no es una persona*, es decir que se trata de un material, un *puñado de células* o *algo* y no *alguien*; mientras que, en otras instancias, la narrativa soteriológica propia de la biomedicina arrasaba las consignas iniciales a partir de frases que proponen *ayudar*

6 Las divergencias en torno a estas prácticas alcanzan modalidades regionales o nacionales. Existen países donde la inseminación post mortem está prohibida y otros que la consideran como un derecho de las viudas sin necesidad de consentimiento previo.

a la naturaleza y que inscriben al embrión como persona potencial, un *futuro hijo*, un *chico* por venir y por quien preocuparse.

La aparente división entre los puntos de vista sobre el cuerpo entre la ciencia y lo social en el contexto de la era biotecnológica, ha sido descripta como un proceso progresivo de reificación, en tanto "objetivar el cuerpo permite a los científicos extraer, usar y patentar tejidos sin referencia a las personas involucradas" (Nelkin y Andrews, 1995, p. 1231). Sin embargo, esta objetivación se plantea como profundamente inestable y no resuelta para científica/os y médica/os; esta tensión permea todas las instancias de la producción de embriones. La proliferación de embriones criopreservados *sin destino*, sean *inviables* desde el punto de vista biológico, *inválidos* desde el punto legal (cuando falta una firma por divorcio o porque uno de los miembros de la pareja fallece) o simplemente abandonados, representa un conflicto cotidiano para la/os profesionales.

En el contexto del primer trabajo de campo (cuando aún no estaba sancionada la Ley 26.862)[7] las repetidas y ambiguas alusiones a la inminente ley ilustraban la principal tensión del ejercicio de esta actividad: de un lado el desamparo ante la ausencia de un régimen legal preciso y del otro el recelo temeroso ante la *intervención del Estado*, asumida como ineficiente, anquilosada y peligrosamente invasora de la *privacidad* de actos y contratos de individuos[8]. Los sobreentendidos cómplices del estilo: *viste como este país*, *la Argentina es… como es*, o *acá no hay reglas claras*, se sucedían en un verdadero pantano de contradicciones en donde lo "éticamente aceptable" o lo "deseable" –como la donación de embriones– podría invadir la esfera de las "decisiones individuales" de los pacientes "propietarios" y eventualmente amenazar los precarios arreglos, con nuevas alarmas de juicios y acciones legales y, en el peor de los casos, replegar la demanda o "espantar" pacientes.

---

7 La Ley 26.862 en Argentina garantiza el acceso integral, gratuito y sin discriminación a técnicas de reproducción médicamente asistida para todas las personas mayores de edad, incluyendo obras sociales, prepagas y el sistema público, cubriendo tratamientos de baja (ej. inseminación) y alta complejidad (ej. FIV), además de la donación de gametos/embriones y criopreservación, buscando asegurar el derecho a formar una familia, incluyendo a personas sin cobertura o con dificultades de salud.

8 Se trata de casos de abandono de embriones, juicios por paternidad (cuando el óvulo o el semen es donado), juicios por la propiedad legal de embriones criopreservados en casos de separación o divorcio legal de la pareja, juicios por utilización de semen de fallecidos, entre otros.

Todas estas ambivalencias ponen en juego sentidos contradictorios: *si una persona no está, no está* –se me dijo en una ocasión–, pero sucede que lo que sí está, albergado *provisoriamente* en los tanques de nitrógeno líquido, es su *fragmento* o la *parte* (semen, óvulo o el propio embrión). Es decir que cierta identidad entre cuerpo y persona, así como la incertidumbre respecto de los fragmentos y/o de los embriones como "cosas" de la naturaleza o "artefactos" sobre las cuales se podría esgrimir derecho o propiedad, permanece sin resolverse. Estas definiciones ponen de manifiesto que se trata de *decisiones* políticas que entrañan mucho más que "hechos" y que no son decisiones meramente técnicas.

EL COMIENZO Y EL FINAL DE LA VIDA: EL ARGUMENTO REVERSIBLE

Acá, hasta que no aparezca función neuronal, no es nadie. Acá lo que hay es material humano... este material no está vivo"
(A. embriólogo)

Algo nuevo que se crea ahí... es un producto nuevo... es algo que… antes... antes no existía!
(C. embrióloga)

Se supone que a los catorce días aparecen los primeros vestigios del sistema nervioso (…) Antes, el embrión no tiene lo que hace que una persona esté viva o muerta.
(*La Nación,* 20/08/2004)

La inestabilidad del umbral entre vivos y muertos, que es al mismo tiempo una frontera entre sujetos y objetos, revela la calidad de problemas e incertidumbres que entrañan los embriones criopreservados. La misma intermediación tecnológica en los modos de "determinar" científicamente el comienzo y el final de la vida, fragmenta caleidoscópicamente los sentidos asignados a estos sucesos colectivamente traducidos como indivisibles, sustanciales y de trayectoria simbólica, a saber: la vida, la muerte y la identidad entre cuerpo y persona.

Veamos por caso, el inicio de la vida. Una popular broma aludía a esta imposibilidad: "una mujer estaría un poquito embarazada", se

decía y se sonreía ante el contrasentido; no era concebible fragmentar ese estado, el sentido común imponía una diferencia cualitativa, no gradual. Sin embargo, la definición del verdadero –es decir, científico– comienzo de la vida sufrió algunas transformaciones a partir de las cuales, la broma cobraría otros sentidos. Rayna Rapp (1997) señala que décadas atrás, los fetos manifestaban su presencia pública lentamente, en un período de meses en donde una serie de signos entrelazados: senos hinchados, cambios en la piel, náuseas e inclusive signos subjetivos de cambios corporales o emocionales, eran decodificados por las mujeres, hasta que una partera o un médico podía escuchar los latidos y así confirmar el embarazo. Conrad y Schneider (1985) mencionan ejemplos de cómo hasta mediados del siglo XIX, un embarazo no se consideraba confirmado hasta la ocurrencia de un fenómeno llamado "vivificación", es decir la primera percepción de movimiento fetal. El pasaje de signos internos a externos era lento y casi todas las señales dependían de la información provista por las propias mujeres. En nuestros días, los tests en orina y en sangre determinan un embarazo químico a partir de los cambios en la actividad hormonal, en tanto que la ecografía determina un embarazo fisiológico. En mis primeras charlas –luego, cuando adquirí la jerga de los centros y las estadísticas, comencé a preguntar por "nacidos vivos"– había advertido que cuando preguntaba por el porcentaje aproximado de "embarazos", debía repreguntar varias veces, ya que me enfrentaba al siguiente equívoco: *¿A qué te referís con embarazo? ¿Químico? ¿Fisiológico? ¿Clínico? ¿Implantación?* Por supuesto que, para mí, "embarazo", como en la antigua broma, significaba una sola cosa, pero: una cosa es la fecundación, otra cosa es el inicio de la diferenciación embrionaria, otra cosa es el inicio de la diferenciación fetal y otra cosa es el arraigo del embrión transferido; se me aclaró en diversas oportunidades. Cuando finalizó la primera transferencia embrionaria de su vida y de la historia de la Fecundación in vitro (FIV) francesa, Jacques Testard le dijo a su paciente "Ud. está embarazada"; mientras que nuestra/os médica/os se despiden de la transferencia sin formular expectativas, las pacientes se van a *esperar a ver qué pasa en los próximos días*, cuando el control ecográfico permita controlar el proceso e ir viendo la gradual existencia de "algún" tipo de embarazo. El proceso de concepción y embarazo es fragmentado –en las prácticas de las técnicas de reproducción asistida (TRA)– en diversas evidencias químicas y fisiológicas en donde la determinación del comienzo requiere de definiciones no tan evidentes ni certeras. Por ejemplo, en un informe de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA, 2023) puede leerse la aclaración al

pie de las estadísticas: "Embarazos Clínicos: Se refiere a gestaciones intrauterinas documentadas ecográficamente con al menos un saco gestacional". Aunque fragmentada en varias evidencias, la determinación de embarazo ocurre inequívocamente (por ahora) en el cuerpo de una mujer o persona gestante, pero más problemática resulta aún la definición del "comienzo" de la vida en el laboratorio. Se trata de un proceso de diferenciación celular que se describe en pasos sucesivos que se verifican en el microscopio. La definición del comienzo se torna entonces en una decisión, como asevera Agamben, política.

La determinación científica de la muerte exhibe los mismos problemas e incertidumbres que el inicio de la vida. En principio la idea de la muerte como evento definitivo, inequívoco y evidente se desvanece en las muertes medicalizadas en clínicas y hospitales. La muerte también requiere de precisas determinaciones tecnológicas: el momento en que el corazón deja de latir, el momento en el que cesa la respiración, la muerte cerebral. La tecnología de la terapia intensiva y la respiración mecánica permite extender por años, procesos calificados de irreversibles, que no hacen más que elevar el grado de incertidumbre respecto de cuál de estos pasos constituyen definitivamente "la" muerte en sí. Precisamente la tecnología biomédica ha producido un híbrido aberrante y equivalente al embrión criopreservado: los *livings cadavers*. Según Lock (2002, 2004), los inquietantes cadáveres vivientes dispuestos para trasplantes de órganos, movilizan interrogantes y polémicas que ponen en juego las actitudes hacia la muerte, el cuerpo, las creencias y las sensibilidades entre quienes ejercen su profesión en este campo, comparando las actitudes del personal de salud de las terapias intensivas de Japón y EE.UU. Alguna/os profesionales con quienes conversaba en mi trabajo de campo, vincularon espontáneamente el argumento "reversible" de la muerte cerebral como demarcación de lo vivo y lo muerto. El principio de la línea primitiva o trazo de la médula espinal –que se observa a los 14 días– forma parte de los esfuerzos de los científicos en producir y promover demarcaciones "verdaderas" que aparenten obediencia objetiva al "hecho natural". Basándose en este "hecho", la British HFEA (Human Fertilisation and Embriology Authority) aprobó la experimentación científica con embriones embriones.[9]

9 Antes del brexit (2017) la HFEA era la autoridad de regulación para toda la Unión Europea, Sin embargo, sigue siendo la institución rectora para el Reino Unido y proporciona información abierta sobre tratamientos de fertilidad, clínicas y donación de óvulos, esperma y embriones. La UE, la RED LARA (Red

Mulkay (1994, 1997) analizó las discusiones parlamentarias en Gran Bretaña que precedieron al Proyecto de Ley de Embriología y Fertilización Humana de la HFEA. El autor distinguió dos "tipos" de embriones en el debate: los primeros, creados para ser colocados en el cuerpo, fueron considerados "no problemáticos" por poder inscribirse hipotéticamente en relaciones de parentesco; en tanto los segundos, los "creados para la investigación" –*kinless embryos*– fueron el centro de la polémica "moral y emocional", precisamente por situarse "por fuera de las relaciones de parentesco, desestabilizando la institución familiar" (Mulkay, 1994, p.94). Posteriormente, Franklin (1999, 2006) examinó los debates y decisiones de la HFEA y señaló agudamente que la contradicción que implica suponer la existencia de un embrión fuera del cuerpo como un hecho natural revela la crisis de legitimidad de la concepción misma de naturaleza y un "colapso de su autoridad fundacional como fuente de verdad incontestable" (1999, p. 198).

En mi opinión esta gradual distinción del conflicto que sugería Mulkay, entre embriones destinados a nacer y destinados a la investigación, implica a su vez, una distinción en la propiedad de este material: entre embriones que "pertenecen" a personas y embriones cuya propiedad es difusa o se encuentra aún en discusión. Las definiciones en torno a esta inscripción, que procura una identidad provisoria del embrión, se encuentran íntimamente ligadas a un régimen de propiedad diferencial de los bioimateriales, que establece la vigencia de un *derecho* sobre los gametos y embriones financiados por los usuarios pacientes, en tanto estos derechos de propiedad son explícitamente negados a quienes proveen los materiales (la/os donantes). Sin embargo, en el caso de los embriones *abandonados* en los centros, al no desarrollarse una disputa por su propiedad, no hay resolución respecto de su "*destino*". Esta indeterminación respecto de esos embriones sin reclamar (cuando se califican como viables) genera una perceptible incomodidad entre los profesionales. En varias ocasiones se han referido a los embriones '*abandonados*' con el término "*patrimonio*", una expresión que amerita un análisis más detallado pero que en principio, soslaya la noción de propiedad individual, y vuelve intangible un curso de acción adecuado o específico.

Latinoamericana) y SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) han basado sus normativas y recomendaciones en la HFEA, que reúne a expertos de distintas disciplinas que debaten aspectos éticos, normativos y científicos.

Una de las contribuciones antropológicas más originales y de más trayectoria conceptual en la disciplina ha sido el afirmar que la reproducción biológica y social implica mucho más que la procreación literal. Al usar la reproducción como punto de acceso al estudio de la vida social, podemos ver "como las culturas son producidas en el momento en que las personas imaginan y posibilitan la creación de la próxima generación" (Ginzburg y Franklin, 1995, p. 2). La serie de complejos interrogantes que despliega esta "imaginación" abre innumerables interrogantes y caminos de exploración.

Los hechos biológicos de la reproducción humana son investidos de múltiples significados, como ya lo había demostrado Malinowski (1982/1916). En el sistema avuncular trobiandés, el sexo y el semen son descriptos como irrelevantes para la procreación. El *Baloma* es un espíritu ancestral del clan materno que proviene de la isla de los muertos, rejuvenece en el mar y cobra vida para formar un *Waiwaia*.

> El Baloma se sumerge en el mar y emerge como un Waiwaia... un ser pequeño, invisible, que flota sobre la superficie del agua y espera el momento de penetrar en el útero de una mujer de su mismo clan. (Malinowski, 1982, p. 284. Subrayado mío)

Resulta muy sugestiva esta poética suspensión de la vida, entendida en cierta forma como patrimonio del clan en su continuidad y recreación espiritual. Malinowski aproxima la idea de que el embrión "es una amalgama de la sangre de la madre y la sustancia espiritual del clan" (1982, p. 284).

En tanto hacen a la identidad y a la definición del sujeto en la sociedad, de manera análoga, los "hechos" producidos en el laboratorio se pueblan de tensos, ambiguos y complejos significados que orientan prácticas destinadas a conjurar eficazmente su escandalosa hibridez. Como plantea Latour, "la constitución moderna explicaba todo pero dejando caer lo que estaba en el medio (…) en tanto los híbridos, los monstruos, los mixtos, cuya explicación abandona, son poco más o menos que todo" (Latour, 2007/1991, p.77). Sin embargo, esta ambigüedad no puede ser "mirada", los embriones –como la Eurídice del mito– precisan ser restituidos y ordenados en uno de los mundos posibles; así los profesionales despliegan varias fórmulas –algunas casi rituales– para situarlos en la geografía adecuada (*este material no está vivo*), es decir, junto a los "hechos" y las "cosas".

DUALISMO ONTOLÓGICO Y CLASIFICACIONES: LAS PERSONAS Y LAS COSAS DESDE LA ANTROPOLOGÍA CLÁSICA A LA TECNOCIENCIA.

Preguntarle a un azande si el 'oráculo del veneno' es una persona o una cosa es hacer un género de pregunta sin sentido sobre la que él nunca se detendría a reflexionar.
(Mary Douglas, 1966, p. 111)

Michel Foucault (1968) comenta cierta enciclopedia china imaginada por Jorge Luis Borges en *El idioma analítico de John Wilkins*, donde:

> los animales se dividen en: a) pertenecientes al emperador, b) embalsamados, E.) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etc., m) que acaban de romper un jarrón, n) que de lejos parecen moscas. En el asombro de esta taxonomía, lo que se ve de golpe, lo que, por medio del apólogo, se nos muestra como encanto exótico de otro pensamiento, es el límite del nuestro: la imposibilidad de pensar esto. Así, pues ¿qué es imposible pensar y de qué imposibilidad se trata? (Foucault, 1968, p. 9)

Foucault afirma que la "monstruosidad que Borges hace circular por su enumeración" lo ha hecho reír durante mucho tiempo, no sin malestar: "Quizá porque entre sus surcos nació la sospecha de que hay un desorden peor que el de lo incongruente… el desorden que hace centellear los fragmentos de un gran número de posibles órdenes" (Foucault, 1968, p. 9).

Estas categorías, al enfrentarnos a un conjunto inconcebible, tornan evidente la arbitrariedad de nuestra propia clasificación. Ordenamos el mundo de acuerdo con categorías que damos por supuestas o dadas, hasta que otras clasificaciones o ciertos fenómenos revelan su fragilidad y amenazan las certezas del orden de "nuestro mundo". La antropología del período clásico, enfrentada al encanto exótico de *otro* pensamiento –en lugar de leer a Borges, como Foucault– asumió muy tempranamente estos problemas, reponiéndose del asombro inicial de los primeros años. Sin ceder a una revisión de las propias categorías, uno de los más atractivos esquemas, que tuvo enorme influencia en la producción de conocimiento antropológico, fue el que

formuló Mary Douglas en *Pureza y Peligro*. En esta fascinante exploración por cosmografías ajenas, Douglas señalaba que es precisamente el cuerpo "un modelo que puede servir para representar cualquier frontera precaria o amenazada" (1966, p. 149) y llamó "anómalos" a los "hechos incómodos" que se niegan a ajustarse a un rótulo preciso y "amenazan" el orden de "categorías básicas". Serán precisamente los "anómalos" los que revelarán al antropólogo las principales categorías, porque demarcan lo posible de lo imposible, lo pensable de lo impensable, al tiempo que servirán a la autora (y a muchos otros antropólogos) como recurso metodológico para dibujar los mundos "concebibles" de sus salvajes. Douglas entendía que: "el mismo principio es aplicado en todas partes… no implica que haya distinción especial alguna entre los primitivos y los modernos: todos estamos sometidos a las mismas regla" (Douglas, 1966, p. 10).

Durkheim y Mauss (1903) habían anticipado la voluntad universal de organizar y dar sentido al mundo, a partir del establecimiento de categorías. Las sabias citas etnográficas de M. Douglas buscaban establecer esta operación –de reducir lo anómalo a la negación o distorsión– como "necesaria". La impronta durkheimniana que domina este esquema, respecto de la necesidad lógica de preservar y prestar coherencia al "orden de las categorías", está presente en importantes autores de la antropología clásica, como Evans-Pritchard (1977/1956),[10] y se extiende hasta las reflexiones de Moscovici (2000) sobre las representaciones sociales y los sistemas de clasificación.

La mirada de la antropología clásica exploraba los universos simbólicos de los salvajes, así las etnografías abundaban en descripciones minuciosas de "creencias absurdas" –tratadas con el respeto paternal de la etiqueta etnográfica– en donde los salvajes nos ofrecían una didáctica oportunidad para asomarnos a "otras" cosmologías. (Roca, 2021) Cuando estas clasificaciones presentaban "mezclas impuras", se interpretaban como exóticas confusiones promovidas por el error. Como lo ilustran con severidad Radcliffe Brown y la misma Mary Douglas:

---

10 Descubrimos en cualquier cultura digna de tal nombre varias medidas para enfrentarse con los acontecimientos ambiguos o anómalos. Por ejemplo, cuando tiene lugar un nacimiento monstruoso las líneas de demarcación entre lo humano y lo animal pueden verse amenazadas. Si podemos rotular el nacimiento monstruoso como acontecimiento de un género peculiar las categorías podrán ser reconstituidas. Así, los Nuer consideran los partos monstruosos como crías de hipopótamo que nacen accidentalmente de los seres humanos y, con esta rotulación la acción apropiada es clara. 'Dulcemente los arrojan al río, al que pertenecen". (Evans-Pritchard, 1977/1956, p. 84).

> Tenemos que decir, respecto a este propósito, que, desde nuestro punto de vista, los nativos están equivocados, pues los ritos no hacen en realidad lo que ellos creen que hacen. Nosotros creemos que la ceremonia de la lluvia en realidad no hace que llueva. En tanto que los ritos son representados con un propósito, son inútiles, basados en creencias erróneas. No creo que haya ningún valor científico en intentar conjeturar los procesos de la razón que pueden haber conducido a tales errores. (Radcliffe Brown, 1952, p. 153)

> Estas creencias como el resultado de igual número de fracasos en discriminar correctamente evocan de forma sorprendente los esfuerzos inexpertos de los niños para dominar su medio… el tema es el mismo; la confusión de lo interno y lo externo, de la cosa y de la persona y del sí mismo y del medio, del signo y del instrumento, del discurso y de la acción. Semejantes confusiones pueden ser etapas necesarias y universales en un paso que da el individuo desde la experiencia caótica e indiferenciada de la infancia a la madurez intelectual y moral". (Douglas, 1966, p. 10)

Estas creencias "erróneas", mezclas porosas en donde se confunden la voluntad de las personas vivas y muertas con las cosas y los fenómenos de la naturaleza son, como el "idioma analítico de John Wilkins", *aberrantes*.

"La filosofía no viaja" dijo Rousseau y tal vez haya sido siempre ése el verdadero encanto de la etnografía clásica, cierta compensación plácida nos esperaba a la vuelta del incómodo viaje por mundos extraños. En el retorno nos esperaban nuestras certezas, reconfortantes y pulcras fronteras que indican que las personas y las cosas, lo vivo y muerto, la naturaleza y la cultura, el individuo y la especie, son fácilmente distinguibles y que la ciencia es la explicación "verdadera" de los fenómenos. Lo que preservaba intactas nuestras "verdades" es que los antropólogos examinaban "creencias", respetables y apreciadas, pero confusas e inmaduras.

En la tradición antropológica, la reificación de los "hechos de la ciencia ubicaron a esta última más allá del análisis social; mientras tanto los antropólogos podían indagar el conocimiento meteorológico, astronómico o médico de los nativos como inscripto en la cosmología de una "cultura basada en creencias". Así la cosmología "moderna" permaneció a buen resguardo durante más de 100 años. Como señaló Margaret Lock (1993), la antropología fue particularmente ciega al problema de la ciencia. El mundo salvaje podía ser observado desde

el escaparate antropológico como una burbuja de cristal, un laboratorio de mentes en peligro de extinción que inspiraba fascinación y elucubraciones sobre la premodernidad. Philipe Descola ha sugerido que la exaltación de la ciencia como arquetipo del conocimiento válido inhibió a los antropólogos para reflexionar sobre "nuestra extraña cosmología basada en el dualismo ontológico" (2000, p. 124). Sólo faltaba desviar la mirada hacia adentro.

Cuando examinamos las principales categorías de la producción de conocimiento y el proceso de fragmentación, nos aproximamos a una problemática que envuelve a casi todas las prácticas de las biociencias. Se trata de una *refundación* de lo social, a través de la construcción de la naturaleza en el laboratorio, una naturaleza-artificio. Como lo expresa Paul Rabinow: "ya no se trata de 'abrir' el libro de la naturaleza sino de reescribir el Génesis" (1996, p. 10). Una vez que la naturaleza es convertida en una empresa tecnologizada y transformada en un bien de consumo, la tecnociencia produce *híbridos*.

Donna Haraway (1995/1991) definió a los *cyborgs* como un compuesto de organismo y máquina: "extrañas criaturas fronterizas que ocupan un lugar desestabilizador en las grandes narrativas biológicas, tecnológicas y evolucionistas occidentales" (Haraway, 1995/1991, p. 2). Nuestros embriones son cuasi objetos, híbridos liminales, artefactos "preciosos", "cachorros en el limbo", entre otras alusiones. Muchos autores se han referido a esta circunstancia que plantean los embriones criopreservados que han estado y vuelven cíclicamente a estar en el centro de debates mediáticos, científicos y legales.

Sarah Franklin, asumiendo junto con otros investigadores como Haraway, Strathern, Latour y Rabinow la existencia fronteriza del embrión, afirma que:

> El embrión es también una entidad Cyborg, en tanto es una entidad tecnológica y orgánica, es plenamente humano, pero nacido de la ciencia, habita en la atemporal tierra helada del nitrógeno líquido almacenado en tanques, nutrido en el puro y especial cultivo de la probeta. Es al mismo tiempo: potencial material de investigación (un objeto científico), cuasi ciudadano (tiene derechos legales) y una potencial persona (sujeto humano), el embrión tiene la liminalidad del Cyborg en su disputado lugar entre la ciencia y la naturaleza. (Franklin, 1995, p. 336. Traducción propia)

La construcción de un artefacto (cuasi objeto, cuasi sujeto) tan complejo plantea varias dificultades para seguir la red de significados que

habilita. Encontramos un conglomerado de problemas y significados que se iluminan entre sí como un prisma complejo en torno a prácticas y sentidos. A lo largo de este trabajo vimos asomar distintas facetas vinculadas con la construcción del embrión. Una de ellas es su *liminalidad* respecto de las categorías dualistas de los grandes relatos de la ciencia (también respecto del parentesco), lo que tramita su precaria e inestable ontología.

Esta ontología difusa que no resiste los rótulos habituales de las certezas (vivo / muerto, natural / artificial, sujeto / objeto) es uno de los puntos de tensión más evidentes que introducen sentidos contradictorios y ambiguos en las prácticas. Esta inestabilidad ontológica era advertida por los propios profesionales, cuando corregían sobre la marcha un "involuntario" error en la enunciación, como trastocar "alguien" engendrado en el laboratorio por "algo".

Recuperamos un sugestivo párrafo de Testard,[11] quien advirtió tempranamente la precariedad de las categorías ontológicas, legales y científicas para enfrentar la criopreservación indefinida. Mucho antes de su desarrollo como práctica de rutina:

> Se admite que el embrión congelado nada consume, nada gasta, no existe biológicamente (…) es un ser momentáneamente muerto (…) un ser sin vida, pero capaz de existir. Para el biólogo el problema es todavía más arduo… la transición hacia la vida, con una pausa helada en la que solo reina la muerte es un enigma vertiginoso. Ni siquiera el físico explicará ese 'no movimiento' perpetuo que se apodera de la célula, para colocarla fuera del tiempo y la energía. El hombre habría inventado la resurrección controlada, mediante el ardid de archivar a su cachorro en el limbo. (Testard, 1986/1988, p. 116. El subrayado es mío)

¿Puede concebirse algo fuera del tiempo y la energía? Tal vez deba señalarse como excesiva la metáfora de la pausa helada, como exenta de toda acción, que imagina Testard. Los embriones criopreservados no podrían existir o sobrevivir por sí mismos, como una semilla en un bosque o como los espíritus de las Trobiand. La criopreservación, transformada hoy en una práctica habitual en los laboratorios de alta complejidad, requiere de severas rutinas de control de temperatura,

11 Jacques Testard fue el responsable del primer nacimiento de Fertilización In Vitro en Francia, Amandine fue la Louise Brown francesa, Testard escribió sus experiencias y reflexiones en el libro: Testard, J. (1986). *L'oeuf transparent*. Flammarion, editada en español por Gedisa en 1988.

energía eléctrica, renovación –cada 6 ó 7 años– de los tanques (para que no presenten fugas ni contaminación) y una carga mensual de nitrógeno líquido. Es decir, la criopreservación "indefinida" debe estar organizada materialmente. Además, si bien desde el punto de vista teórico el tiempo de la preservación es "infinito" o "ilimitado", algunas regulaciones (como en Gran Bretaña) han ido fijando un tiempo máximo (alrededor de 5 años en promedio) para su conservación. Nuestros interlocutores tendían a considerar como positivo el establecimiento de parámetros para esta pausa helada: como mínimo sostenían algún criterio vinculado a la idea de la conexión con la generación presente, es decir no diferir el desarrollo de estos embriones hacia un futuro incierto. La idea de estos seres existiendo en un futuro lejano fue reconocida como inquietante o moderadamente peligrosa en términos estrictamente biológicos o genéticos (adaptaciones, mutaciones, cambios en el medio ambiente) y escalofriante en términos 'morales' o personales. La liminalidad del embrión se plantea desde distintos planos. La denominación de *limbo* (Testard, 1986/1988; Franklin, 1995), alude al nitrógeno líquido, pero despliega varios sentidos vinculados con el espacio atemporal. En una primera acepción emerge la dimensión religiosa, el espacio vacío y suspendido donde se alojan las almas indefinidas, ni cielo ni infierno, ni culpable ni inocente ¿es concebible el limbo? La segunda acepción del término es *confusión*, estado provisorio que debe ceder a alguna definición. Esa expectativa de resolución es la que expresa Testard como "pausa helada". Mientras tanto, el embrión criopreservado no existe biológicamente. La noción de "no movimiento", la existencia biológica de alguna entidad sin intercambio de energía sería inconcebible para las ciencias naturales, ya que inclusive el mundo inorgánico participa de la construcción del ambiente, ya que inclusive el mundo inorgánico participa de la construcción del ambiente.[12] Mientras dura la criopreservación, el embrión es un "material" inclasificable. "Momentáneamente muerto" o "temporalmente no nacido" son afirmaciones que se inscriben en los surcos o en las fronteras de nuestras categorías.

Es el propio proceso de fragmentación el que autoriza un desplazamiento de estas fronteras entre vivos y muertos, así como entre individuo y especie. Así como alguna/os profesionales se referían a los

12 Según Lewontin no existe un "ambiente" en un sentido independiente y abstracto: "Los organismos no experimentan el ambiente, lo crean. Construyen sus propios ambientes a partir de pedazos del mundo físico y biológico con sus propias actividades" (Lewontin, 1995, p.12).

embriones criopreservados como a un *material que pertenece a todos* o un *patrimonio humano*, Franklin, refiriéndose a los debates públicos parlamentarios, sostiene que:

> el embrión surge como una entidad liminal al parentesco, casi como una entidad, única pero universal, en la medida en que sus 'ancestros' son 'comunes' a todos. (Franklin, 1995, p. 108)

El embrión criopreservado, en tanto *híbrido*, es también y por las mismas razones, "monstruoso". En *Sociology of monsters,* Law (1991) ensayó las correspondencias entre las extendidas imágenes de la literatura, los mitos, la fantasía –en donde las criaturas liminales surgidas de la magia, la naturaleza o la ciencia son bien conocidas– y los productos de la tecnociencia.[13] Los "monstruos" comparten la frontera inconcebible entre naturaleza y artificio, entre vivos y muertos, entre individuo y especie, habitan en los "bordes" o en los "surcos" de la clasificación.

¿QUÉ ERA UN ARTEFACTO? LO QUE LA ETNOGRAFÍA NOS ENSEÑA SOBRE LA FLUIDEZ MUTANTE DEL CUERPO Y LA NATURALEZA

> No hay un mundo de la naturaleza y un mundo de la cultura; hay una multitud de naturalezas-culturas según la manera en que los seres se asocian. (Descola, 2021, p. 18)

Uno de los interrogantes que nos planteamos a lo largo de este trabajo es ¿A qué llamamos naturaleza? La concepción de naturaleza como fija, inmutable y universal ha sido conceptualizada como una construcción moderna, eurocéntrica o victoriana (Haraway, 1991/1995; Rabinow, 1996; Strathern, 1992). Cuando las ciencias naturales empezaron a dar cuenta de la inestabilidad, no linealidad y complejidad de los procesos, empezaron a alejarse del "programa duro" de la biología para ir conformando una concepción de la naturaleza que enfatiza aspectos como la actividad y la creatividad, en reemplazo de los modelos mecanicistas y deterministas. En las biociencias, las actuales distinciones

13 Si bien la imaginación ha planteado estos dilemas "inconcebibles" desde tiempos inmemoriales, es con el desarrollo científico y tecnológico de la sociedad industrial que se produce la emergencia de significativos tránsitos entre arte, literatura, films, plástica, ciencia, política y medios de comunicación que señalan el producto "evidente" (*cyborgs*, mutantes, robots y "engendros") de la aberración inclasificable.

entre el programa cartesiano y las nuevas concepciones de sistemas complejos que incluyen la historia, la noción de caos e inestabilidad, el contexto y la interacción de los organismos como co-constructores de una naturaleza creativa, inestable y atravesada por la tecnología y los procesos socioeconómicos, acercan también una nueva mirada al dualismo naturaleza-cultura.

Un *artefacto*, es precisamente aquello que no es natural ni social en términos absolutos, es el oráculo del veneno, es Baloma y es el embrión, es decir, es casi todo. Los límites que proveyeron la infraestructura de las configuraciones modernas de poder y conocimiento, según Donna Haraway (1991/1995), se están disolviendo, en su lugar emergen nuevos límites fluidos e imprecisos, que rompen los dualismos modernos. Haraway, a espaldas de las biociencias, celebra el estallido. El *cyborg* da cuenta de la obsolescencia de la idea de "territorios estables o dominios puros" respecto de la naturaleza y la cultura, lo tecnológico y lo natural o la ciencia y la sociedad, y el quiebre de límites entre lo humano y lo no humano; los organismos y las máquinas; y lo físico y lo no físico. La idea de una "naturaleza tecnologizada" o "manufacturada" y de "organismos tecnificados" (Haraway, 1991/1995, p. 278) pone de relieve las fronteras difusas, las redes inestables y contradictorias de sujetos-objetos, naturalezas-culturas (Haraway, 1991/1995; Latour, 2007/1991; Roca, 2010, 2011; Descola, 2012).

Evocando la labor de las obras clásicas de la antropología, Latour utilizó el término "purificar" para revelar la operación que la modernidad celebró para clasificar y dar una versión "pulcramente ordenada" y esencializada del mundo. Así se inscribieron las disciplinas científicas al reparto de un mundo subdividido en "clases" de fenómenos o campos de conocimiento, como si tal escisión correspondiese a "lo real". Dicha operación se ha basado, según el autor, en la negación de la existencia de los híbridos. Por ser "aberrantes", del limbo entre la naturaleza y la cultura, serían como ciudadanos prohibidos por la Constitución legal[14] del pensamiento científico moderno. Sin embargo, "el accionar tecnocientífico los crea y los hace proliferar sin control" (Latour, 2007/1991, p. 28). Bajo esta premisa, la ANT (Teoría del Actor-red) propone seguir el rastro de esos "monstruos" –entendidos como actantes–, otorgándoles la misma importancia a los elementos no-humanos (tecnología, microbios, leyes) que, a los humanos, para entender cómo se sostienen las redes que conforman nuestro mundo social.

14 Latour juega con la doble acepción de la palabra, es decir como estatuto o conjunto de leyes y como construcción histórica.

A mediados del siglo XX, esta oposición naturaleza – cultura jugó un rol clave en las discusiones sobre el racismo, al plantear la universalidad de la naturaleza humana y también en los debates sobre las extrapolaciones biologicistas que promovía la sociobiología. En estos contextos, muchos antropólogos asumieron un rol ecuánime, contrarrestando argumentos a partir de la "desnaturalización" y la "culturización" de conductas. El dualismo estructuralista llevó a suponer la evidencia real y universal de lo biológico (naturaleza) disponiendo la autonomía de la cultura como artificio superpuesto (simbólico) y como legítimo objeto de estudio de la antropología. Durante más de 40 años la dicotomía naturaleza –cultura ha sido un dogma central de la antropología, proporcionando una serie de instrumentos analíticos para programas de investigación, y también un marcador de identidad para la disciplina en su conjunto.

En las últimas décadas, esos dogmas comenzaron a replantearse a la luz de nuevas corrientes y campos de saberes. Resulta a esta altura casi evidente que las nuevas tecnologías biomédicas y la biotecnología en general intervienen en la redefinición de las relaciones y fronteras entre naturaleza y cultura. Pero la reconsideración crítica del dualismo naturaleza-cultura no procede únicamente del examen de las intervenciones tecnológicas, sino que se plantea desde distintos abordajes y disciplinas, incluida la propia etnografía. Las sociedades "primitivas" también nos invitan a ir más allá de la polaridad clásica. Como lo expresa Viveiros de Castro:

> Una antropología urbana que "hiciera lo mismo" que la etnografía estaría estudiando los laboratorios de física, las multinacionales del sector farmacéutico, las nuevas tecnologías reproductivas, las grandes corrientes de pensamiento en las universidades, la producción del discurso jurídico, político, etc. [...] El cascabel del chamán es un acelerador de partículas. (Viveiros de Castro, 2013, p. 30)

Philippe Descola (2000) describe cosmologías (¿pre-modernas? ¿monistas?) que tienen en común la continuidad *sociedad-naturaleza*, el no reconocimiento de distinciones ontológicas entre hombres y gran parte de los animales y plantas, como un continuo animado por principios unitarios y regidos por un mismo sistema de sociabilidad. Descola no encuentra en toda la Amazonia aquel abismo de la distinción levistraussiana que separa al hombre de la naturaleza, como dos órdenes opuestos. La naturaleza no se opone a la cultura, sino que la prolonga y la enriquece; la diversidad de índices clasificatorios revela

la plasticidad de fronteras en las taxonomías de los seres vivos. La cosmología Achuar ha sido el caso ejemplo (que también usa Latour en *Nunca fuimos modernos*): los Achuar no distinguen entre humanos y no humanos, ambos comparten sentimientos, identidades, lógicas e intereses. Como Maurice Leenhardt en *Do Kamo* (1997/1947),[15] Descola exhuma (luego del largo exilio post estructuralista) una concepción de la persona indiferenciada de las "cosas" de la naturaleza. Aquellos poéticos salvajes de Leenhardt, "creían" en una identidad de sustancias entre el tejido de los humanos y el de las plantas, sin importar las apariencias. Se trata de una continuidad material entre dos órdenes vivos que comparten estructuras fisiológicas, conciencia y sentimientos.

Marilyn Strathern también cuestionó la validez de la oposición naturaleza/cultura. A partir de su trabajo etnográfico sobre el parentesco melanesio (1992), plantea que dicha distinción es una presunción eurocéntrica más que un hecho universal. La noción del parentesco como una organización social que pone simbólicamente en juego dos órdenes, uno natural –lazo de sangre– y otro social –político-legal– sería un artefacto postdarwiniano.

Desde otro punto de vista, Franklin (2005) afirma que, si bien la antropología oscureció su propia tarea insistiendo en distinguir entre hechos biológicos y hechos sociales, en la medida en que se ha interrogado sobre sus propias prácticas de conocimiento, esta herramienta permitiría a los antropólogos operacionalizar los modelos analíticos para discutir la neutralidad y autonomía de la CyT. La autora celebra el surgimiento de una antropología de la ciencia como una "poderosa idea" que desafía las certezas y la construcción de los hechos en ciencias.

Para Latour (2007/1991), independientemente de las reflexiones sobre los sistemas clasificatorios y la construcción de hechos científicos que realizaron muchos antropólogos, es el propio sistema el que colapsa por el peso de los híbridos.

Además de los "salvajes" revisitados, que nos instruyen sobre la fluidez material-inmaterial de los cuerpos-naturaleza, los estudios sociales de la ciencia y la tecnología enseñaron caminos que llevaron

15 *Do Kamo* es la humanidad "verdadera" que se despliega en una gran diversidad, más allá de las representaciones físicas. El "yo" (constructo histórico de la modernidad occidental) se diluye, no puede existir por sí mismo, separado de esa red existencial que le otorga la espesura de su realidad. Es la educación occidental –el propio Leenhardt en su misión evangelizadora– la que introduce la individualidad del ego, autónomo, disociado del medio ambiente.

a considerar que lo "aberrante", la mezcla impura entre humanos y no humanos era una simple superstición moderna, y que podríamos prescindir de ellas si adoptamos una mirada simétrica. Muchas de las etnografías clásicas se aproximaron a estos problemas y nos ofrecen en su relectura retazos de cosmovisiones alternativas a la matriz eurocéntrica y cartesiana que domina, a la vez que obtura, las bases del pensamiento científico moderno y de la biomedicina. En el relato de Malinowski, el "Waiwaia (niño-espíritu) es algo pequeño, como un grano de arena, pero posee toda la potencialidad de un ser humano". Como en los tanques de nitrógeno líquido este espíritu material en transición, "flota (…) a la deriva, esperando que alguien lo reconozca" (Malinowski, 1982/1916, p. 284).

Si admitimos que la sociedad no está hecha solo de humanos sino de una "sociología de monstruos" (Law, 1991), es decir, de redes donde se mezclan materiales, máquinas y creencias, el embrión surge como el híbrido por excelencia, movilizando una red de ancestros, sustancias, laboratorios, marcos legales, deseos y destrezas técnicas, "esperando que alguien lo reconozca" para dar lugar a la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G. (1998). *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Pre-Textos. (Obra original publicada en 1995).

Antoniucci, M., & Meske, M. (2021). Cuerpos hormonados. Un análisis de la biomedicalización y las trayectorias de varones trans y personas no binarias en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (37), e21300. https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21300

Ariza, L. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: análisis del debate parlamentario. *Cadernos Pagu*, (50), e175005. https://doi.org/10.1590/18094449201700500005

Ayala, E. F. y Roca, A. R. (2023). Between choices and decisions. Genetics in homoparental families through surrogacy in Argentina. *Ciencia e Saude Coletiva*, *29*(4), e230198. https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.19122023

Bernal, J. D. (1929). *The world, the flesh and the devil: An enquiry into the future of the three practical enemies of rational mankind*. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.

Clarke, A. E. y Olesen, V. (2013). *Revisioning women, health and healing: Feminist, cultural and technoscience perspectives*. Routledge.
Conrad, P. y Schneider, J. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Merrill Publishing Company.
Descola, P. (2021). *Las formas de lo visible: una antropología de la figuración*. Pangea Editores-Hekht.
Descola, P. (2000). L'anthropologie de la nature. *Annales. Histoire, Sciences Sociales, 55*(4), 727-733.
Descola, P. y Pálsson, G. (Eds.). (2000). *Naturaleza y sociedad: perspectivas antropológicas*. Siglo XXI
Diario La Nación. (2004, 20 de agosto). Debate por el estatus del embrión: ¿Cuándo comienza la vida humana? *Suplemento Ciencia/Salud*, 14-16. https://www.lanacion.com.ar
Douglas, M. (1966). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge & Kegan Paul.
Durkheim, É. y Mauss, M. (1903). De quelques formes primitives de classification: contribution à l'étude des représentations collectives. *L'Année Sociologique (1896-1924)*, *6*, 1-72.
Evans-Pritchard, E. E. (1977). *La religión Nuer* (1ª ed. 1956). Taurus.
Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI Editores.
Franklin, S. (2006). The Cyborg Embryo. Our Path to Transbiology. *Theory, Culture y Society, 23*(7-8), 167-187.
Franklin, S. (2005). Stem cells R us: emergent life forms and the techniques of kinship. *Anthropological Theory, 5*(1), 59-76. https://doi.org/10.1177/1463402305050410
Franklin, S. (1999). Fetal fascinations: New dimensions to the medical-scientific construction of fetal personhood. En J. Price, & M. Shildrick (Eds.), *Feminist Theory and the Body: A Reader* (pp. 190-203). Routledge.
Franklin, S. (1997). *Embodied progress: A cultural account of assisted conception*. Routledge.
Franklin, S. (1995). Postmodern procreation: A cultural account of assisted reproduction. En F. D. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Uncertain Terms: Negotiating Gender in American Culture* (pp. 323-336). University of Arizona Press.
Ginsburg, F. D. y Franklin, S. (1995). Introduction. En F. D. Ginsburg, y R. Rapp (Eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (pp. 1-17). University of California Press.

Fraser, N. (2023). *Capitalismo caníbal: Qué hacer con este sistema que devora la democracia y el planeta, y hasta pone en peligro su propia existencia*. Siglo XXI.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza* (1ª ed. 1991). Cátedra.

Igareda González, N. (2018). La donación anónima de óvulos en Europa. Los problemas sobre el discurso de "donar vida". *Revista de Antropología Social*, *27*(1), 247-260.

Jasanoff, S. (Ed.). (2004). *States of Knowledge. The co-production of science and social order*. Routledge.

Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos: Ensayo de antropología simétrica.* Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1991).

Law, J. (1991). *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. Routledge.

Leenhardt, M. (1997). *Do Kamo: la persona y el mito en el mundo melanesio.* Paidós. (Obra original publicada en 1947).

Lewontin, R. (1995). *Human Diversity*. Scientific American Library.

Lock, M. (2004). Living Cadavers and the Calculation of Death. *Body & Society, SAGE Publications*, *10*(2-3), 135-152.

Lock, M. (2002). Human body parts as therapeutic tools: contradictory discourses and transformed subjectivities. *Qualitative Health Research*, *12*(10), 1406-1418.

Lock, M. (1995). Transcending mortality: Organ transplants and the practice of contradictions. *Medical Anthropology Quarterly*, *9*(3), 390-393.

Lock, M. (1993). Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology*, *22*, 133-155.

Machin, R. (2022). Reproducción transnacional con terceros: el mercado reproductivo en Brasil. *Inter disciplina* [online], *10*(28), 27-49.

Malinowski, B. (1982). *Magia, ciencia y religión*. Ariel. (Obra original publicada en 1916).

Marre, D., San Roman, B. y Guerra, D. (2017). On reproductive work in Spain: transnational adoption, egg donation and surrogacy. *Medical Anthropology, 37*(2), 158-173.

Marx, K. (2017). *El capital: Crítica de la economía política. Tomo I, Vol. 1: El proceso de producción del capital.* Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1867).

Mills, C. (2011). *Futures of reproduction: Bioethics and biopolitics*. Springer Science & Business Media.

Mol, A. M. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
Moscovici, S. (2000). *Social representations: Explorations in social psychology*. Polity Press.
Mulkay, M. (1997). *The embryo research debate: Science and the politics of reproduction*. Cambridge University Press.
Mulkay, M. (1994). The triumph of the pre-embryo: Interpretations of the human embryo in parliamentary debate. *Social Studies of Science*, *24*(4), 611-639.
Nahman, M. (2011). Reverse traffic: intersecting inequalities in human egg donation. *Reproductive BioMedicine Online, 23*, 626-633.
Nelkin, D. y Andrews, L. (1995). The body as property: Some ethical considerations. *Science*, *267*(5202), 1251-1252. https://doi.org/10.1126/science.7871443
Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. Routledge.
Oudshoorn, N. y Pinch, T. (Eds.). (2003). *How users matter: The co-construction of users and technology*. MIT Press.
Rabinow, P. (1996). Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality. En P. Rabinow (Ed.), *Essays on the anthropology of reason* (pp. 91-111). Princeton University Press.
Radcliffe-Brown, A. R. (1952). *Structure and function in primitive society*. The Free Press.
Rapp, R. (1997). Real-time fetus: The role of the sonogram in the age of monitored reproduction. En G. L. Downey, & J. Dumit (Eds.), *Cyborgs & citadels: Anthropological interventions in emerging sciences and technologies* (pp. 31-48). School of American Research Press.
REDLARA (2023). Informe 2023. https://www.redlara.com/publicacoes.asp?MYPK3=Publica%E7%F5es
Rivas, A. M., Lores, F. y Jociles, M. I. (2019). El anonimato y el altruismo en la donación de gametos: la producción de biocapital en la industria reproductiva. *Política y Sociedad, 56*(3), 623-644.
Roca, A. R. (2025). *Fragmentos, Fronteras y Cuerpos Incógnitos. Una mirada antropológica sobre la producción y criopreservación de vida en el laboratorio.* Colección Constelaciones, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
Roca Hernaiz, A. R. (2021). Cuerpos, naturalezas y cosmovisiones: aportes de la antropología a los estudios sobre tecnología y

poder. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *25*, e200547. https://doi.org/10.1590/interface.210157

Roca, A. (2011). La superstición moderna: Ciencia y Tecnología en la mirada antropológica. *Voces en el Fénix: la Revista de Plan Fénix*, *2*(8), 84-89.

Roca, A. R. (2010). La tecnología y los modos de conocer: cuando la antropología interroga. *Encrucijadas-UBA*, *49*, 56-59.

Roca, A., Izrael, E., Ayala, E. y Stefanini, M. C. (2022). Parentalidades híbridas: circulación, apropiación y mercantilización de biomaterias primas. *Saude e Sociedade*, *31*(2). e210747es. https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220077es

Rohden, F. (2008). O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, *15*, 133-152.

Rohden, F. y Cavalheiro, C.S. (2021). Esculpindo corpos e criando normalidades: as cirugias estéticas íntimas na produçâo científica da cirurgia plástica. En F. Rohden, C. Pussetti, y A. R. Roca (Orgs.), *Biotecnologias, transformaçôes corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades* (pp. 183-214). ABA.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.

Sommer, S. (1994). *De la cigüeña a la probeta. Los peligros de la aventura científica.* Planeta.

Strathern, M. (1992). *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester University Press.

Testard, J. (1988). *El huevo transparente.* Gedisa. (Obra original publicada en 1986).

Viveiros de Castro, E. (2013). *La mirada del jaguar: introducción al perspectivismo amerindio*. Katz Editores.

Fé na ciência?

Como as famílias de micro viram a ciência do vírus Zika acontecer em suas crianças no Recife/PE

Soraya Fleischer

INTRODUÇÃO: O VÍRUS, A SÍNDROME E A CIÊNCIA*

O vírus Zika (VZ) se instalou no Brasil como uma nova epidemia entre os anos de 2015 e 2016, sobretudo. Sua principal consequência foi reprodutiva, com o nascimento de mais de 4.000 crianças com o que se convencionou chamar de Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ). Do ponto de vista da Antropologia, muito foi estudado e publicado sobre as crianças e suas famílias, mas nem tanto foi documentado sobre a ciência do VZ e do SCVZ. As poucas obras recentes das Ciências Sociais sobre a ciência do VZ tendem a priorizar as cientistas envolvidas diretamente nessa produção, os nomes que se laurearam, mais cedo ou mais tarde, com as descobertas desbravadoras (Diniz, 2016; Löwy, 2019). Para além das cientistas nacionais, internacionais e renomadas, houve um grande conjunto de cientistas mais locais e desconhecidas, que atuaram nos serviços de saúde e nas universidades da Região Metropolitana do Recife (RMR), epicentro epidemiológico do VZ naquele biênio. Essas últimas pouco apareceram nessa história recente e hagiográfica da dita ciência com "C" maiúsculo (Latour, 2000).

---

* Este texto foi originalmente publicado na forma de artigo científico no periódico *Anuário Antropológico* 47(1), 2022. https://doi.org/10.4000/aa.9448. Agradeço à comissão editorial do periódico que autorizou sua republicação na forma de capítulo de livro.

E há ainda outros atores, como as crianças infectadas pelo VZ e as famílias que cuidam da SCVZ, que raramente foram abordadas nos estudos sobre a ciência do VZ. Como lembraram Rabeharisoa e Callon, "as questões relativas às relações entre cientistas e não cientistas, especialistas e leigos –especialmente na produção e difusão do conhecimento– têm recebido pouca atenção do ponto de vista empírico ou teórico, pelo menos até recentemente" (2003, p. 194, tradução livre). Esses autores sugerem que os estudos da ciência, ao se concentrarem em conhecer os laboratórios e as suas cientistas, acabam ficando "muito internos à ciência" (*ibidem*, p. 193). Mas, quando apareceram na produção antropológica, as famílias atingidas pela epidemia foram geralmente consideradas pela "ciência doméstica" que produzem (Diniz, 2016; Barros, 2021). Quer dizer, aquele conhecimento que parte da intimidade e convivência intensificada com essas crianças no espaço da casa e do cotidiano de cuidados (Pols, 2014).

Considerar a relação da casa com a clínica e a ciência é importante porque, justamente, as profissionais de saúde e as pesquisadoras compõem um conjunto de atores com o qual as famílias conviveram intensamente. Esse também é o caso de pacientes raros e seus familiares cuidadores, como mostraram Rabeharisoa e Callon (2003) e seus colegas que vêm estudando o envolvimento de pacientes com a ciência (Rabeharisoa et al., 2014; Nunes et al., 2010; Moreira, 2014; Moreira et al., 2014). Esse tem sido um movimento desde os meados do século XX. Antropólogos na França, Portugal e Inglaterra têm testemunhado os muitos intercâmbios de saberes de pacientes, associações de pacientes e as pesquisadoras. Por exemplo, a partir de sua etnografia com a Associação Francesa contra as Miopatias (AFM), Rabeharisoa e Callon notaram que, num contexto mais amplo, das 156 organizações que eles mapearam na virada do século, "34 % financiavam pesquisas" (2002, 59). Eram grupos pequenos que priorizavam o recurso para a ciência e, na média, à época doavam 40 % de seu orçamento à pesquisa (*idem*).

As associações de famílias, que surgiram na Região Metropolitana do Recife (RMR)[1] logo no início da epidemia do VZ, tinham objetivos semelhantes às associações de pacientes em outras partes do mundo, "elaborar uma identidade coletiva", "apoiar a sua integração social", "trazer a patologia ao espaço público" (Rabeharisoa e Callon, 2002, p. 58) e garantir a sobrevivência das crianças com a SCVZ (Scott et al.,

1 Recife é a capital do estado de Pernambuco, localizado na região nordeste do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a sua região metropolitana conta com cerca de 3 milhões de habitantes.

2017). A ciência foi buscada, acima de tudo, como uma prática de cuidado, para tentar encontrar respostas e melhoramentos para a saúde e a qualidade de vida dessas crianças. Mas, diferente das organizações de pacientes naqueles países europeus, não houve a participação, por exemplo, no desenho e no financiamento dos projetos de pesquisa ou algo como um "*advocacy* científico" (Rabeharisoa et al., 2012, p. 8). E, em termos de recursos, foi a ciência que eventualmente ofereceu oportunidades e doações às crianças com a SCVZ, suas famílias e organizações não governamentais (ONGs) ali no Recife, não o contrário.

Embora as famílias tenham procurado as especialistas para lidar com os sintomas específicos de seus filhos e filhas, muito mais frequentemente elas foram contatadas pelas pesquisadoras (Rabeharisoa et al., 2012, p. 20-21). As famílias foram encontradas pelos prontuários médicos das instituições de saúde por onde haviam passado. Também por intermédio das ONGs que, nas reuniões presenciais e nos grupos de *WhatsApp*, retransmitiam os convites recebidos das cientistas. Ainda que as associações comunitárias tenham sido anfitriãs da ciência do VZ, exercendo um papel informal no recrutamento de sujeitos de pesquisa, a adesão e o relacionamento com as cientistas se deram de modo individual e familiar. Então, a literatura com a qual dialogarei neste artigo servirá parcialmente, sempre tendo em vista que, no cenário da RMR, o relacionamento com a ciência foi, à primeira vista, "mais reativo do que proativo" (Rabeharisoa et al., 2012, p. 20) e foi mais atomizado do que coletivo.

Ainda assim, os nossos dados da RMR apontam para ainda outra forma de diálogo com a ciência.[2] As interlocutoras que conhecemos tinham muito a dizer sobre a ciência biomédica que encontraram nos últimos anos. Embora estivessem, a todo tempo, produzindo reflexões sobre seus aprendizados com as crianças (a "ciência doméstica"), elas também foram acumulando impressões e amadurecendo opiniões sobre a forma com que as cientistas abordaram e se relacionaram com

2 Essa pesquisa etnográfica foi realizada ao longo de um quadriênio (2016-2019). Os dados foram construídos de encontros, conversas, entrevistas, observações, reuniões, fotografias e contou com o apoio do CNPq, PIBIC, Departamento de Antropologia e Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos /UnB. Agradecemos às dezenas de famílias, crianças e cientistas que nos contaram suas vivências com o VZ e a SCVZ, à equipe de 23 pesquisadoras da UnB e à aprofundada leitura crítica oferecida ao texto pelas colegas do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES), coordenado por Sônia Maluf, minha supervisora de pós-doutorado no PPGAS/UFSC ao longo de 2021.

essas crianças.[3] Aqui, evitaremos separar a casa da clínica, a mãe leiga da profissional especialista, a objeto observado do sujeito observador. A aposta, para ficar menos "interna ao laboratório" (Rabeharisoa e Callon, 2003), é que esses sujeitos de pesquisa mergulharam intensamente na pesquisa e, mesmo que de uma perspectiva diferente da dos sujeitos pesquisadores, ajudaram a avaliar e –mais importante– a construir essa ciência. Ao trazer para o debate outros sujeitos que também produziram a ciência do VZ ali no Recife, aliamo-nos aos que discutem o fato de que "as teorias do conhecimento e as relacionadas 'hierarquias de evidências' sejam frequentemente associadas ao movimento da medicina baseada em evidências" (Moreira et al., 2014, p. 175). Sugerimos que outras evidências, produzidas por quem viu essa ciência ser feita de perto, sejam também pertinentes.

Aqui partimos da ideia de que ciência é um assunto de todo mundo, mesmo que não sejam cientistas de bancada (como nós da Antropologia), mesmo que não sejam da universidade (como as mães e suas crianças com a SCVZ). Isso é particularmente importante no caso brasileiro, já que a ciência produzida aqui é, em geral, financiada por dinheiro das contribuintes. Sendo pública, a ciência também deve prestar contas, explicar o que e por que faz o que faz. E diferentes espelhamentos sobre a ciência podem ser úteis para que os seus caminhos sejam evidenciados e aprimorados.[4] Na primeira parte, situaremos a cena científica do VZ/SCVZ no Recife, com suas pesquisadoras e jornalistas, para descrever, em seguida, os tipos de relações que com elas foram estabelecidas de "ajuda", "recompensa" e "parceria". Na segunda parte, três principais queixas em relação à ciência serão apresentadas para demonstrar como é complexo e delicado esse cenário, sobretudo à luz de quem recebe a ciência na própria pele. Com isso, optaremos por uma maior flexibilidade, em vez de fixidez, de uma tipologia que vem em curso (Rabeharisoa e Callon, 2002) sobre a forma de leigos e peritos se relacionarem na produção da ciência.

---

3 Utilizaremos o plural feminino porque, na grande maioria, eram mães, ativistas, pesquisadoras, estudantes, professoras, acadêmicas a tentarem entender e atender as crianças com a SCVZ.

4 Referimos à ciência no singular, sem o intuito de essencializar nem criar uma ideia única do empreendimento científico, mas como um retrato generalizado de iniciativas de pesquisa de várias áreas que chegaram à região.

AS DOUTORAS DA GRANDE RECIFE

A ciência logo se mobilizou para entender a quantidade, muito acima da média recente, de nascimentos de crianças microcefálicas.[5] Depois de alguns meses, foi crescendo um consenso de que o VZ era o responsável principal pela microcefalia (Löwy, 2019). Então, durante os anos epidêmicos (2015-2016) e os anos que se seguiram (2017-2019), a ciência que chegou ali na RMR foi, majoritariamente, uma ciência do VZ, eventualmente também uma ciência da SCVZ.[6] Vejamos como e por meio de quem essa ciência ali chegou.

No Recife, centenas de cientistas foram apresentadas ou abordaram diretamente as mulheres responsáveis pelas crianças com a SCVZ. Certa tarde, em uma sala de espera de uma clínica de reabilitação, a nossa equipe acompanhava quatro mães e seus filhos nas cadeiras de rodas. E perguntamos se já tinham participado de pesquisas. Todas disseram que sim, "foi pesquisa demais". Uma delas disse que "participou de tanta pesquisa, assinou tanto termo,[7] que se cada papel que ela assinasse fosse um real ela já estaria rica". Perguntamos onde tinham acontecido essas pesquisas e explicaram que foi "em tudo que é faculdade".[8] Mas, pelo que notamos, vários outros lugares serviram de cenário para essa ciência acontecer: associações comunitárias, hospitais, clínicas de fisioterapia e até nas casas dessas interlocutoras, por exemplo. E, como a RMR concentrava os principais serviços dedicados a essas crianças, muitas famílias vieram do interior do estado para realizar parto, consulta, exame, terapia e, nessas ocasiões, também foram convidadas pelas pesquisadoras. Então, a ciência não precisou pegar a estrada e fazer uma "busca ativa" pelos municípios mais distantes

5 A microcefalia se dá quando, ao nascer, o diâmetro craniano é inferior a 32 cm. No caso do VZ, é um dos sintomas da SCVZ. As famílias utilizavam o adjetivo, "micro", de modo generalizado para identificar a criança, os especialistas e os serviços que lhes atendiam (ver a "Introdução" de Fleischer e Lima, 2020).

6 A ciência priorizar o VZ era um problema para as famílias, já que algumas não concordavam que a microcefalia fosse causada por um vírus (Fleischer, 2022). Além disso, a maioria achava que a síndrome deveria ser a prioridade da pesquisa e não um mosquito, um microrganismo, a transmissão vertical.

7 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

8 Essa sala de espera foi toda descrita no diário de campo de Aissa Simas, 2018. Faremos referência apenas aos trechos de outras pesquisadoras da equipe, enquanto os demais registros foram produzidos por mim. A partir das sete visitas realizadas à RMR, escrevemos 1.800 páginas de diários de campo que, em uma versão editada, acordamos poderem ser compartilhadas pela equipe de pesquisa.

da capital, os sujeitos de pesquisa vieram até suas agulhas, caixas de isopor e questionários.

Essa presença intensa e essa variedade de espaços ajudou a amalgamar alguns atores, como profissionais de saúde, pesquisadoras, professoras, residentes, estagiárias, estudantes etc. Muitas vezes, uma mesma pessoa atendia como médica em um consultório e realizava pesquisa na universidade onde era também professora. Clínica, ciência e docência são atribuições comuns nas áreas da saúde. Por isso, um encontro entre uma mulher, sua criança e essa profissional poderia ter diferentes finalidades, a realização de um exame para o fechamento de um diagnóstico, o acompanhamento clínico continuado, a coleta de uma amostra de sangue para um projeto de investigação. Se, na área da saúde, é comum a multivinculação institucional, parece que a urgência da epidemia acentuou esse amálgama entre perfis profissionais. Por exemplo, naquela mesma sala de espera descrita acima, quando perguntamos sobre a diferença entre "médico" e "cientista", uma das mães explicou: "No começo do surto, as mães estavam desesperadas, sem saber o que era nem o que fazer. Aí, pra cada médica, vinham três pesquisadoras junto, e não davam informação, não diziam o que estavam fazendo. Então, as mães não conseguiam diferenciar".

Essa mãe também explicou que, por vezes, não houve convite para integrar uma pesquisa. Do prontuário e dos exames, já derivavam dados, números, medições incluídos posteriormente na amostra em construção pela pesquisadora. Mas, em geral, nossas interlocutoras contaram que foi feito um convite mais formal, criando um enquadramento diferente da consulta, e credenciais foram apresentadas, TCLEs foram assinados, consentimentos foram garantidos. Apesar dos espaços, chapéus e formatos da relação, com mais ou menos formalidade, foram tantas as ocasiões em que o olhar científico foi lançado para essas crianças que, algumas vezes, ao voltarmos ao Recife, uma ou outra mulher não nos reconhecia, não se lembrava de nossa pesquisa especificamente. Éramos também parte do amálgama, Antropologia grudava na Medicina, cadernos de campo pareciam com pranchetas e formulários, perguntas poderiam ser de um roteiro qualitativo ou de uma reportagem.

Assim, para traduzir esse amálgama sugiro utilizar uma categoria difusa, mas distinta o suficiente para captar a aura de prestígio e exotismo que a cerca. "Doutora" podia ser, a um só tempo, médica, cientista de bancada, chefe de um ambulatório, pesquisadora de campo e/ou docente universitária. Nesse sentido, a doutora era ligada ao mundo da escolaridade, dos títulos, da especialização. Mas também,

noutro sentido complementar, a doutora poderia ser, como chamavam localmente, a "bacana", uma autêntica representante da elite recifense e pernambucana, que exibia o dourado de seus cabelos e de suas joias, o salto alto de seus *stilettos*, as longas unhas de silicone, a marca de biquini de quem frequentava a cobertura, o clube ou a praia.

Outro conjunto de profissionais, as jornalistas, também foram aproximadas das pesquisadoras. Não exatamente por conta dos desdobramentos de seu ofício, mas pela curiosidade e pela metodologia adotada. Naquela mesma sala de espera, aproveitamos para perguntar se viam diferença entre jornalista e pesquisadora e, em rápido uníssono, disseram: "Não tem diferença". Sempre havia termos para assinar, seja o TCLE, seja o assentimento de uso de imagens. Uma "entrevista" poderia ser dada a uma repórter ou a uma pesquisadora. "Tem diferença porque, para vocês [e aqui, as antropólogas eram incluídas], é pra estudo e pra eles é pra mídia, mas todos fazem as mesmas perguntas: se foi Zika, por que foi, o que aconteceu, como os serviços estão tratando", uma das mulheres explicou. Outra, sentada ao seu lado, complementou ironicamente, "Os dois fazem as mesmas perguntas. Dá vontade de colocar um gravador e gravar tudo e dar pra eles para não ter que responder tudo de novo". E todas caíram no riso. Ficamos sabendo, inclusive, de algumas equipes locais que entendiam bem essa crítica e tentavam convergir instrumentos e bancos de dados para evitar a exaustão das interlocutoras.

Mas também havia certas diferenças. Outra mulher nos contou, valorizando a visibilidade imediata da mídia, "A minha filha é famosa, já fez ensaio de fotos para duas revistas, uma norte-americana e outra francesa. Apareceu em *outdoor* e tudo, ela foi até reconhecida na rua por um gringo".[9] Já Cíntia, uma interlocutora que assim chamaremos e com quem tivemos intenso contato, explicou, mais entusiasta com a ciência do que com o jornalismo: "A maior diferença entre uma jornalista e uma pesquisadora é a continuidade. A jornalista tem um assunto que ela quer saber para a matéria. Então, ela vai, pergunta sobre esse assunto e vai embora. A relação com pesquisadoras é diferente, tem o acompanhamento a longo prazo. Tenho até amizade com algumas pesquisadoras".

Nos últimos anos, essas mulheres tiveram um contato intensificado com a ciência, experiência pouco usual para a maior parte de nós. Essa experiência é valiosa, ao mesmo tempo como uma mirada interna

9 Diário de campo de Thais Souza, 2017.

à ciência (porque se tornaram sujeitos de pesquisa) e externa (porque não se tornaram sujeitos pesquisadores). Elas têm muito a dizer à ciência e suas cientistas, bem como a uma Antropologia da ciência. Nesse sentido, tentaremos compreender o que elas disseram, em nome de seus filhos e filhas, sobre a ciência do VZ e da SCVZ, mas não a partir da "ciência do doméstico" (Diniz, 2016; Pols, 2014), nem como um ativismo coletivo de pacientes e cuidadoras (Rabeharisoa e Callon, 2002, 2003; Rabeharisoa et al., 2012), como tem sido mais comum até agora. De outra perspectiva, considerando-as como sujeitos e acompanhantes de sujeitos de pesquisa, a seguir, mostraremos algumas das razões para valorizar e as formas de se aproximar da ciência. Depois, detalharemos algumas das principais formas com que essa convivência aconteceu. E, por fim, discutiremos por que o valor da ciência vem, pouco a pouco, se desestabilizando para essas famílias atingidas por essa epidemia.

A FÉ NA CIÊNCIA

As famílias entenderam que a "cabeça pequena" não era uma novidade só para elas, mas também que vários outros atores, as doutoras em especial, queriam entender o que estava acontecendo. E elas se dispuseram a apresentar seus filhos e filhas, a descrever seus comportamentos cotidianos, a responder perguntas e, principalmente, permitir que seus corpinhos fossem examinados, na superfície e em seu interior. A matéria-prima e as respostas vieram das cuidadoras e das crianças, já as perguntas e as conclusões, das cientistas e jornalistas. A ciência foi alçada ao posto de estudar, entender e explicar o mundo. Para muitas dessas famílias, a ciência já era e se manteve como uma prática importante, respeitada e desejada. Ocupava, portanto, um lugar positivo, mas um lugar alheio e alhures, produzido por outras pessoas (que não vivenciavam o VZ e a SCVZ de perto) a partir dessas pessoas (que a vivenciavam de muito perto). Por conta desse "grande divisor" (Latour, 2000, p. 377) entre sujeitos e objetos de pesquisa, era preciso que os segundos delegassem aos primeiros a atribuição de serem estudados. Nossas interlocutoras concordaram com essa distribuição do trabalho, no marco desse "modelo de delegação", no qual "os pacientes, reconhecendo seu desconhecimento, deixam a cargo de cientistas e especialistas a escolha das linhas de pesquisa a serem priorizadas e apoiadas, bem como a forma de lidar com a produção e distribuição de conhecimentos teóricos e práticos" (Rabeharisoa e Callon, 2002, p. 60).

A ciência foi vista como aquela que sai do conforto de seus laboratórios e vai conhecer o mundo para descrever a "realidade". Várias

mães compreenderam que as doutoras teriam esse compromisso de olhar para as coisas com seriedade, neutralidade, precisão. Para Camille, uma das mães de micro que visitamos muitas vezes, a ciência contrapõe o que circula por outros canais, como as redes sociais: "Não dá para acreditarmos em tudo que sai no Face, tudo que é postado, tudo que é dito no zap. É preciso sair do telefone, sair do Facebook e vir ver as pessoas, vir conversar. É preciso ver a realidade mesmo". Foi assim que ela interpretou a nossa saída de Brasília até o Recife, ou o que outros atores fizeram, como repórteres que foram a sua casa para fazer uma entrevista, uma pesquisadora que deixou a universidade para olhar para o seu filho em cima da maca etc. Acreditavam na ciência pelo seu movimento de instigação, curiosidade e, consequentemente, produção da verdade. Camille e outras cuidadoras tinham a ciência –e demais profissões que se baseavam no escrutínio do empírico– em alta conta.

Folhetos e manuais, vídeos na internet e palestras eram os formatos pelos quais as doutoras enunciavam o conhecimento sobre o VZ. Em 2018, assistimos a um seminário sobre doenças raras promovido por uma faculdade privada. Ao nosso lado, sentou-se Cintia e, com sua filha nos braços, ouviu atentamente a palestra de uma neurologista famosa da cidade, que também atendia essa sua caçula. No final de semana seguinte, fomos visitar a família e, caminhando pela sua rua, vimos passar um rapazinho pedalando freneticamente uma bicicleta, levando outro na garupa. O piloto estava usando um capacete de motocicleta, mas dava para entrever um largo sorriso, os dois amigos se divertindo muito com a velocidade. Cintia comentou, "esse daí tem microcefalia". Perguntamos se era esse tipo de folia que ela esperava para a filha. Ela imbricou os acontecimentos dos últimos dias:

> Sim, é. Mas você viu aquela palestra da doutora? O grande problema das nossas crianças não é a microcefalia, não é a cabeça pequena, mas são as calcificações. É isso que faz a cabeça não funcionar muito bem, não é o tamanho pequeno dela. E ela falou, já vi ela falar disso em outras palestras, que ninguém sabe o quanto essas calcificações vão impactar a criança no futuro. O quanto a minha filha vai conseguir desenvolver.

Cintia foi, sem dúvida, a interlocutora que mais demonstrou seu entusiasmo com a ciência. Noutro dia, na terapia de sua filha, perguntamos como era sua relação com a ciência e a justiça, já que muitas foram as vezes que essas famílias tiveram que judicializar preconceitos

e pleitos por medicamentos, cirurgias, etc. "Com certeza, tenho mais fé na ciência. A justiça tá desse jeito aí, que a gente não pode contar, não pode confiar. Tem muito político dentro da justiça já". E provocamos: "Mas você continua confiando mesmo sem receber os resultados?". "Continuo, claro", ela disse rindo, "Eu tenho fé de que vou ainda receber os resultados. Eu acredito mesmo que alguma coisa vai aparecer para a minha filha".

Numa de nossas visitas à casa de outra mãe, Mariana, comentamos que Mateus era muito tranquilo, ficava sossegado e pacífico no seu colo, ouvindo nossa conversa. Ela nos disse:

> Nem sempre foi assim. Só agora que ele está mais tranquilo. No começo, ele chorava muito, muito. Teve uma noite que ele ficou de meia noite às 5h da manhã chorando. Dormia uma meia hora e voltava a chorar. Todos os bebês da micro têm choro contínuo, convulsão, agora estão bronco-aspirando e passando a usar sonda. Estão fazendo as características da síndrome, sabe.

Quando a família disponibilizava o seu filho para participar de uma pesquisa, imaginava que as "características da síndrome" seriam listadas, descritas, explicadas a partir daquele caso e generalizadas para todos os outros casos com o mesmo diagnóstico. E, assim, identificar as características comuns foi importante para passar da microcefalia para o que se convencionou chamar de SCVZ, em que a pequena cabeça virou apenas um dos sintomas. Nesse sentido, Mariana e suas colegas esperavam que "fazer as características" da síndrome instruiria um cuidado mais preciso para o choro, a convulsão, a disfagia e a broncoaspiração que frequentemente acometiam esse público infantil.

Rabeharisoa e Callon, em seu estudo sobre a Associação Francesa contra as Miopatias, notaram "como os pacientes foram capazes de construir suas identidades individuais e coletivas devido ao intenso envolvimento da associação em atividades de pesquisa científica e tecnológica –um envolvimento que lhes permitiu mudar seu status ontológico" (2007, p. 231). Isso quis dizer, na prática, deixar o lugar onde por tanto tempo esses pacientes foram colocados –"*freaks of nature*" (aberrações da natureza)– para o lugar de seres humanos com deficiências explicadas por uma "falta genética". E foi a relação com a ciência, que descreveu as miopatias, que possibilitou essa "mudança ontológica" (*idem*). As crianças de micro, sobretudo no início de suas vidas, foram também desumanizadas, chamadas de "ET", "monstro" ou "filho do mosquito" ao redor dos bairros, ruas e ônibus da cidade.

Essas famílias, ao receberem visitas das doutoras, ao terem as histórias e fotografias de seus filhos e filhas ilustrando artigos científicos, jornais de grande circulação ou até *outdoors*, foram navegando por outras compreensões sobre a microcefalia. Essas crianças, ao terem suas características sindrômicas descritas, passaram a fazer parte de um projeto de pesquisa, a interessar à ciência, até se tornarem "famosas", como lembrou aquela mãe, acima. Parece que a ciência, por um lado, contribuiu para trazer essas crianças de volta aos limites do humano, e um humano valorizado pela possibilidade, dentre tantas, de contribuir para o adensamento do conhecimento sobre a humanidade em seu contato com o VZ. Por outro lado, a ciência "socializou os pacientes" e "eles se tornaram partes interessadas nas redes científicas, clínicas, médicas e sociais", levando-os "de uma situação de exclusão a uma de inclusão" (Rabeharisoa e Callon, 2007, p. 240).

Conhecer melhor essas crianças –"ver a realidade", "fazer as características", "falar nas palestras" e "fazer alguma coisa aparecer"– são informações que as famílias esperavam receber de volta da ciência. Mariana nos disse, em outra visita que lhe prestamos: "Já que a pesquisa de vocês vai chegar no governo, acho que eles têm que dar mais ajuda. O medicamento tem muita dificuldade para conseguir. O medicamento do Mateus é barato e eu posso pagar. Mas tem os suplementos, tem leite que custa R$ 100 a lata, imagina". Depois, nós a acompanhamos numa longa entrevista que deu a uma ONG internacional de direitos humanos. No caminho de volta pra casa, ela explicou que, mesmo que aquela conversa com a jornalista estrangeira não servisse imediata ou diretamente ao Mateus, "é sempre bom poder ajudar outras pessoas, explicar sobre a situação dos bebês que eu conheço, contribuir para que o governo melhore sua atuação".

Sobretudo no início de nosso contato com essas famílias, ficou muito clara essa postura ativa no atendimento aos convites da ciência e da mídia. As famílias desejavam, acima de tudo, entender melhor as crianças e realmente confiaram que as pessoas estudadas e diplomadas deteriam o conhecimento, os recursos, a infraestrutura e as redes de contatos necessários para avançar e ampliar esse entendimento. Foi a vontade de saber e a fé de que a ciência produziria esse saber que motivaram muitas dessas famílias a autorizarem a participação de seus filhos e filhas nas pesquisas. Saber mais permitiria que, numa escala local, essas famílias conseguissem cuidar melhor de seus filhos e, numa escala mais ampla, o governo, como sugeriu Mariana, "melhorasse sua atuação" junto a esse público com SCVZ. A ciência e a mídia eram compreendidas como fonte de informação e mediação entre o cidadão e o Estado.

AJUDA, RECOMPENSA E PARCERIA

As interlocutoras logo entenderam que as doutoras, embora com autoridade para pesquisar e se pronunciar, precisavam ter acesso às crianças, aos seus sintomas. Então, as crianças viraram, concretamente, o *corpus* empírico da ciência do VZ, e, por isso, as famílias diziam que essas crianças estavam "ajudando" a ciência e a mídia. Eram também, portanto, atores desse amplo cenário, atuando como coprodutores desses empreendimentos. Cintia, por exemplo, nos disse que quase sempre as jornalistas lhe davam alguma coisa em troca, dinheiro, leite, fraldas. Ela aceitava, mas não cobrava de antemão para dar uma entrevista como via outras pessoas fazerem. E nos explicou, "Não é comprado, é uma ajuda". E acrescentou ainda, "Tem mãe que diz, 'Ah, pra que eu vou ficar dando entrevista? Não tô ganhando nada nada com isso'. Mas ganha, ganha sim. Ganha voz".[10] Depois, lembrou de uma vez que contribuiu com uma reportagem televisiva e no dia seguinte recebeu a ligação de um centro de reabilitação oferecendo uma vaga para sua filha. Andreia, outra interlocutora muito próxima, explicou como via sua participação científica, "Elas vêm, querem saber do nosso trabalho, o que a gente faz com nossos filhos. A gente recebe, responde, achando que pode ajudar as outras mães a não se perderem da luz". Havia interesse próprio; tinham vontade de passar esperança para outras mães; e também faziam um investimento mais amplo, ao integrar uma pesquisa e contribuir para visibilizar a epidemia, o VZ e a SCVZ. Ao ajudar, havia um certo altruísmo em fazer aprendizados individuais chegarem mais longe, seja para as outras mães, seja para as autoridades.

Profissionais da mídia tinham por costume pagar por essas ajudas. Cachês foram oferecidos pelas fotografias, filmes, depoimentos. Bela nos contou que aceitou viajar com o filho até outra região e participar de uma campanha da prefeitura contra o mosquito *Aedes aegypti*, e recebeu R$2.000 em troca. Aparecer em telejornais ou em *outdoors* poderia mobilizar campanhas de doações de alimentos para a comunidade da micro como um todo. Uma pesquisa dos EUA, que previa construir dados a partir de uma coorte quinquenal com essas crianças, oferecia uma cesta básica por mês a cada família participante, Bela e Cintia eram integrantes, inclusive. Uma mulher nos contou que recebeu um auxílio de R$1.000 do fundo de pesquisa de uma cientista estrangeira que veio a Recife. Passagens de ônibus para ir e voltar

10 Diário de campo de Aissa Simas, 2018.

e lanches para passar o dia durante uma coleta de sangue já eram condições naturalizadas, nem sequer precisando ser negociadas. Essas mulheres chamavam tudo isso de "recompensas", e algumas interlocutoras, pressionadas pelos seus companheiros e parentes, ao longo do tempo decidiram que só sairiam de casa para "ajudar" se as "recompensas" estivessem claramente garantidas já no início do contato com a jornalista ou a pesquisadora.

Entendemos que as recompensas chegavam em troca de ajuda individual, como Cíntia, Bela e Andreia descreveram nos parágrafos acima, e, quando coletivas, eram chamadas de "parcerias". E, na relação com a ciência, à medida que as famílias foram entendendo seu *timing* próprio, com os seus resultados chegando apenas a longo prazo, a prática da parceria foi se apresentando como necessária. Algo muito ansiado pelas mães eram as consultas com especialistas, raras na cidade. A consulta poderia ser a porta de entrada para realização de exames de alto custo, amostras de medicamentos, terapias e cirurgias reparadoras, tecnologias assistivas (óculos, cadeiras de rodas, órteses etc.). Esses eram itens dificilmente oferecidos na rede pública ou cobertos pelos planos de saúde. Ana Caroline, uma importante liderança local, comentou em um evento realizado em uma universidade e destinado às gestoras do município: "Eu tô com mais de 50 % das crianças sem tratamento. A gente fica louca tentando fazer parcerias com a universidade, ganhamos uma sede, pretendemos montar um centro de reabilitação, mas é difícil".[11] Ela vinha notando que muitas vagas de terapia estavam, em 2017, se fechando para as crianças com deficiência neurológica grave, como era o caso das crianças com a SCVZ. Uma parceria com a universidade poderia acontecer, por exemplo, a partir da oferta de material orgânico da criança em troca de consultas de acompanhamento ou terapias de reabilitação. Nesse mesmo evento, outra liderança, Fernanda, levantou-se, pegou a mão da presidente de outra associação de pacientes raros que estava ao seu lado e disse: "Precisamos andar assim ó, de mãos dadas, com os estudiosos, o Estado, todo mundo. Essas mulheres vivem completamente à margem da sociedade, ninguém nunca olhou para elas. Então, eu estou muito feliz, apesar de tudo, em estar discutindo isso aqui com vocês".[12]

11 Diário de campo de Raquel Lustosa, 2017.

12 Diário de campo de Yasmin Safatle, 2017.

A criança com a SCVZ virou um sujeito valioso à ciência do VZ. Reconhecendo o potencial desse *corpus* empírico, as famílias tentavam aproveitar os projetos de pesquisa, sabendo que aconteciam dentro de instituições de saúde e de ensino, ambos de difícil acesso. Então, as propostas científicas vieram junto com oportunidades clínicas (Castro, 2020), dentro de instituições públicas e também privadas. Essas oportunidades também eram notadas por lideranças, como Ana Caroline e Fernanda, que propunham arranjos interinstitucionais para que mais famílias pudessem ser atendidas, passando de uma ajuda individual a uma parceria coletiva. E apostavam que o material biológico alimentaria uma relação a ser continuada por mais tempo. Haviam aprendido sobre o tempo da ciência, que dependia de vários questionários, muitas consultas, sucessivas coletas e *follow-ups*. "Andar de mãos dadas", "somar" e "fazer parcerias", essas eram as estratégias que as famílias e suas representantes vislumbravam com a ciência, a universidade, suas doutoras.

A partir dessas três categorias –ajuda, recompensa e parceria–, as mães amadureciam uma etiqueta ética para a participação de suas crianças nas pesquisas. O interessante também é que todos esses termos sugeriam uma participação bastante ativa, comunicavam a forma como elas entendiam a demanda da ciência e, deliberadamente, se posicionavam diante dela. Como bem resumiu Andreia, "tem que ser bom para os dois lados". A partir da ajuda oferecida pelas crianças e suas famílias, essa conclusão de Andreia parece ser o pressuposto ético nativo para qualquer desdobramento, seja recompensa, seja parceria.

Contudo, Bela notava a diminuição da presença de jornalistas e cientistas nos anos mais recentes. Explicou que as famílias vinham recebendo menos convites e que as recompensas vinham escasseando. "Agora, só temos a esperança de alguma coisa mudar. Mas, às vezes, né, não muda nada". A mudança poderia ser uma política pública, um novo benefício social, uma vacina contra o VZ, a cura da SCVZ ou, como ela aventava, nada disso. Mas Bela sabia, como também Cintia, Camille, Mariana, Andreia e outras mães aqui mencionadas, que embora a ciência ou a mídia tivessem a capacidade de influenciar resultados e decisões, as mudanças poderiam demorar bem mais do que o tempo da doação da fralda ou mesmo do tempo de vida daquela criança, por exemplo. E se as doutoras estavam dirigindo menos convites às famílias da SCVZ, o *making* e o *timing* da ciência também estavam interessando menos a essas famílias. A seguir, discutiremos uma gradativa perda de fé na ciência, que passamos a observar nas visitas seguintes a Recife.

TRÊS QUEIXAS EM RELAÇÃO À CIÊNCIA

Continuemos seguindo as ideias de Bela. Numa tarde, enquanto esperávamos a consulta do seu filho, Bela nos contou que no dia anterior participara de mais uma reunião de um projeto de pesquisa com um organismo internacional. Nessas reuniões, ao lado de doutoras e jornalistas de todo tipo, ela representava a associação de mães que integrava. Perguntamos como era sua participação:

> Esse é um mundo que eu sonhei viver. Nunca pensei que eu fosse estar assim, no meio de tanta autoridade, nem que eu poderia falar o que eu quisesse. Eu queria, mas não imaginava que eu poderia ser uma pessoa importante assim. Importante eu digo, assim, com *status*, com audiência, sabe. Eu não sabia que eu seria importante pelo que eu sou mesmo, pelo que eu vivo todo dia. É muito bacana também conviver com as pessoas que têm mais experiência do que eu.

Emendamos, "Mas com o seu filho, você tem mais experiência do que elas". Ela abriu um sorriso e rapidamente concordou: "Isso, você tem razão. É uma troca mesmo. Eu conto da minha experiência, elas falam da delas". Ao final da conversa, perguntamos que tipo de resultados ela previa nessa troca com aquele braço da ONU e as doutoras do hospital onde esse grupo de pesquisa se reunia. Para nossa surpresa, ela disse, cética: "Eu não tenho muita esperança de que elas vão realizar alguma mudança, a intenção delas é de melhorar, criar uma rede para ajudar as crianças, mas o SUS no papel é lindo, na prática, não".[13] Então, conviver nesses espaços, estar próxima de autoridades e, ao mesmo tempo, ter reconhecida a sua própria experiência com a SCVZ do filho poderiam ser oportunidades de alçar seu *status*, sua imagem entre as colegas da associação, sua autoestima até. Porém, "sentir-se importante" talvez fosse uma sensação mais individual do que os resultados científicos realmente chegarem a ser incorporados pelo SUS, espaço frequentado pela comunidade que Bela representava.

Mas o SUS seria a ponta final de incorporação das tecnologias geradas pela ciência. Precisamos voltar um pouco no tempo e acrescentar mais algumas camadas dessa relação entre as famílias e as doutoras. Embora tenham conhecido muitas pesquisadoras gentis, médicas atenciosas, repórteres interessadas em suas histórias como, por exemplo, esse grupo do qual Bela participava, a relação com a

13 Diário de campo de Thais Souza, 2017.

ciência suscitou ruídos. Notamos três grandes queixas que se referem a práticas que começaram antes de a criança nascer e continuaram a embalar os protocolos científicos até mais recentemente. Anos e anos de pesquisa sobre o VZ e ainda seguiam sendo relatados desrespeitos, violências, alheamento e subalternização nos cenários científicos. Dado o intensíssimo itinerário terapêutico em nome da saúde dos filhos, elas vinham se tornado especialistas no SUS (Fleischer, 2020b). Agora, sugerimos que foram também se tornando especialistas sobre a ciência do VZ que foi produzida a partir dos corpos e histórias dessas crianças. Nesse tempo, elas foram ganhando experiência sobre a cultura científica do VZ e se posicionando mais criticamente em relação a ela. Passemos às queixas.

A primeira queixa vem da época do ciclo reprodutivo. Durante a gravidez, ouviram de ginecologistas, depois no parto, ouviram de obstetras, e, ao longo do puerpério, foram os pediatras e neurologistas a emitir prognósticos muito categóricos sobre a criança. Na forma de "prazo de validade", como uma avó de micro definiu, essas profissionais disseram que a criança "não sobreviveria"; se sobrevivesse, "vegetaria" inerte sobre uma cama; se vegetasse, "não duraria muito tempo". A maior parte das crianças desafiou todos esses diagnósticos e seguiu vivendo e crescendo. Assertivas categóricas, divergências entre opiniões e iatrogenias contribuíram para criar uma atmosfera de desconfiança por parte das famílias. À medida que foram se educando sobre a SCVZ, puderam avaliar as profissionais, escolher com quem se relacionar, derivar aprendizados de todos esses itinerários terapêuticos.

A segunda queixa se refere ao diagnóstico, ou melhor, à falta dele. A primeira geração de mulheres infectadas com o VZ raramente fez um exame de ultrassom gestacional, já que, por um lado, esse exame não integra o protocolo de pré-natal público e, por outro, não havia suspeita de uma epidemia em curso. Mas depois do parto, foram dezenas de exames realizados, nem sempre acompanhados de explicações sobre a razão, o procedimento, a data do resultado. A segunda geração de mulheres, infectada em plena epidemia declarada, já experimentou essa profusão de exames durante e depois da gravidez. Ainda assim, foi comum ouvir delas, "Ninguém me explicou nada no hospital". Numa sala de espera com uma dúzia de mães de micro, Julia lembrou que no começo, à época do nascimento da filha, tinha sido muito difícil, "A gente não entendia nada do que estava acontecendo. A gente ia nas consultas, os médicos falavam e falavam e a gente não entendia aquelas palavras, aquelas explicações todas. Falavam rápido demais, não explicavam o que estavam querendo dizer. E a gente sem entender".

"A gente ouvia nos consultórios e voltava para casa sem saber o que tinham dito, né?", reforçou Lucinha, sentada ali do lado e interlocutora que tinha nos convidado para lhe acompanhar naquele dia e que também esperava pela consulta médica de rotina do filho.

Em geral, não se sentiram confortáveis para fazer perguntas, pedir para que o ritmo das informações fosse mais calmo, checar palavras e termos. E a próxima frase que ouvimos repetidamente foi, "E, claro, fui fuçar na internet". Ainda outro entendido, o Dr. Google, lhes ajudou a encontrar fotografias, vídeos, depoimentos, reportagens, artigos científicos sobre a microcefalia, depois sobre o VZ e, mais tarde, sobre a SCVZ. E Cíntia, que foi se tornando uma vibrante porta-voz da ciência, aproveitou a internet para avaliar se faria os procedimentos sugeridos pelas médicas, se aceitaria os convites recebidos das cientistas: "As médicas falavam de um exame, falavam uma palavra lá e eu voltava para casa e ia pesquisar na internet, ver o que era, ver se poderiam fazer aquilo na minha filha". Os outros meios de comunicação também ajudaram. Quando perguntamos se a obstetra tinha lhe explicado o que era microcefalia, Irene sacudiu a cabeça, "Explicou nada. Eu não sabia nada. Eu pensei que era só eu. Depois a minha filha [mais velha] viu na televisão e me chamou pra ver também. Foi aí que eu vi que era uma epidemia, que não era só eu".[14]

Ainda assim, a falta de explicações e de um diagnóstico deixou essas mulheres se sentindo sozinhas até que começaram a se conhecer em salas de espera (semelhantes às que descrevemos aqui), se adicionar nos aplicativos de mensagens e trocar informações e experiências (Lustosa, 2020). Foram se fortalecendo com conhecimento, inclusive sobre doutoras, hospitais e projetos de pesquisa mais atenciosos, didáticos e relevantes para suas filhas e filhos. Nesse sentido, Julia, mencionada acima, concluiu, "Hoje, a gente tem muito mais informação, muito mais informação". Ela repetiu várias vezes essa palavra: "A gente não sabia onde conseguir mais informação, aonde ir, com quem falar. Hoje não, a gente sabe muito melhor". Dos substantivos inertes, o não e o nada, passaram a verbos de ação, ir, falar, conseguir, saber. Elas também foram, a seu modo, fazer ciência: fuçar, pesquisar, estudar, se informar.

A terceira queixa vinha sendo formulada mais recentemente e derivava de anos de interlocução com a ciência: não receber de volta os resultados. Camille contou, resignada:

---

14 Diário de campo de Thais Souza, 2017.

> Nós somos da pesquisa na [instituição filantrópica] e no [hospital de referência em pediatria]. Mas nunca entregaram o resultado para mim, eu não recebi de volta. Eu já pedi várias vezes, mas desisti de pedir de novo. Eu já até falei assim, "Nem vou pedir mais, né doutora, não vai dar mesmo, né?". A doutora só mostrou assim no computador, foi só assim que eu pude ver. No computador dela, foi quando eu vi pela primeira vez a parte afetada do cérebro do meu filho. Eles tiraram a foto para botar no estudo e me disseram que iam devolver depois. Mas nunca devolveram.

Para mães como Camille, os resultados poderiam ser a ressonância do cérebro, o raio-x da mão ou o hemograma do filho. Tudo isso poderia compor a sua memória e a pasta que carregava cheia de documentos sobre a síndrome do filho. "Resultado", portanto, é outra expressão também polissêmica e amalgamada.

E expressão muito valorizada. A maior parte das famílias nunca recebeu um único resultado e não teve a coragem de pedir, muito menos de insistir e fazer troça como Camille fez. Algumas mães, só souberam "de boca", com uma informação oferecida pela doutora ao cruzar pelo corredor ou dentro do consultório. Outras, como Camille, puderam ver na tela do computador. Uma ou outra recebeu como um PDF enviado pelo aplicativo de celular. Quase ninguém recebeu uma impressão em papel das mãos da equipe ou enviado via postal, por exemplo. O resultado é compreendido de modo mais amplo porque poderia ter muito mais finalidades do que aquelas previstas inicialmente pela pesquisa. Poderia facultar o acesso a mais especialistas, direitos e benefícios sociais.[15] E, inclusive, a outras pesquisas. Alguns projetos sobre o VZ exigiam, como condição para participar, o laudo que atestasse a SCVZ ou, como as mães nos diziam, o laudo que ligasse a micro ao Zika.

Nos poucos casos em que o retorno aconteceu, foi reportada também a troca de exames. E, assim, a ciência, seja na figura da doutora, de máquinas ou papéis, ia parecendo cada vez mais exógena e distante, fria e descompromissada. Por outro lado, também conhecemos mães muito entusiasmadas com as pesquisas, como Cíntia, que creditavam ao governo a ausência e a troca de resultados. Não responsabilizavam

15 Passe-livre no transporte, vaga no Minha Casa Minha Vida ou na escola, Benefício de Prestação Continuada, Pensão Vitalícia são direitos só garantidos com a apresentação de um dossiê sobre a criança. E os resultados emitidos pelas doutoras, em situação clínica ou científica, eram uma peça central nesse dossiê.

as pesquisadoras, mas seus superiores que poderiam querer ocultar provas de que o VZ existisse, que a SCVZ fosse uma de suas consequências e, assim, poupar o Estado de qualquer indenização. Nesse mesmo sentido, uma mulher nos explicou que, "por uma deliberação do Ministério Público, os exames não eram devolvidos para que as famílias não pudessem correr atrás de seus direitos".

Não são queixas frívolas, despropositadas nem distantes do *making* científico. Comunicam um desnivelamento na relação dessas famílias com a ciência, mas também um ideário de ciência: Se elas ajudaram tanto, por que não foram ajudadas de volta na forma de recompensas e parcerias, diagnósticos e resultados? Algumas mulheres, com mais voz, como Cíntia, ou mais humor, como Camille, conseguiram falar de suas expectativas e insatisfações com os projetos de pesquisa, cobraram as cientistas, sugeriram outras formas de trabalho conjunto e até passaram a selecionar mais ativamente quais protocolos científicos integrar. Outras preferiram simplesmente se afastar, perderam a fé na ciência. Não conseguiram mais sustentar, como sugeriu Bela, "a esperança de que elas [as doutoras] vão realizar alguma mudança".

CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUANDO AS FAMÍLIAS ANTECIPAM E INVERTEM A RELAÇÃO COM A CIÊNCIA

Ao cuidar de uma criança com um vírus novo, uma síndrome complexa e um conjunto de deficiências, a esperança era abalada várias vezes, de modo sutil ou drástico, em casa ou na rua. Era também reconstruída muitas vezes, com cacos de novidade, com uma palestra, um exame exibido na tela do computador (Fleischer, 2020a). A ciência era sedutora porque convidava todas ao seu redor a imaginar outras possibilidades. Por isso, a ciência foi onde muitas das interlocutoras, como Cíntia, Camille e Mariana, se nutriram por muitos anos. Embora fonte significativa, não era a única, como Bela, Julia, Lucinha e Irene foram percebendo aos poucos.

Essa nutrição indica o primeiro dos três tipos mais comuns de relacionamento com a ciência biomédica, segundo Rabeharisoa e Callon (2002). O tipo "auxiliar", onde há "uma divisão estrita de papéis e missões" entre pesquisadoras e sujeitos pesquisados (Rabeharisoa et al., 2012, p. 20), onde pacientes e cuidadores "são esperados pelos profissionais para serem cooperativos para que seu tratamento [e pesquisa clínica] possa acontecer sob as mais favoráveis condições técnicas" (Rabeharisoa e Callon, 2002, p. 60). Nesse tipo de relacionamento, as

ações das pacientes e de suas cuidadoras devem ser "meras extensões do que é feito pelas médicas" (*idem*).

A intensidade com que a ciência chegou foi invasiva, repetitiva, enfadonha, mas deu acesso a um grande conjunto de doutoras. Mesmo havendo queixas, a ciência e as cientistas se mantiveram como um valor e por isso havia o empenho em encontrar doutoras com quem ajudas, recompensas e parcerias poderiam ser trocadas a contento e uma relação foi sendo estabelecida entre as partes. Nesse caso, a médica se sentiria mais constrangida de oferecer opiniões muito categóricas e pouco detalhadas; a família se sentiria menos constrangida de fazer perguntas para entender as informações; e caso não chegassem, os resultados poderiam ser cobrados mais corriqueiramente, como Camille vinha fazendo.

Quer dizer, foi ficando insustentável "dar plena vazão aos desejos e projetos das profissionais", como no tipo de relação meramente "auxiliar" (Rabeharisoa e Callon, 2002, p. 61). E, uma maior seletividade sobre as cientistas e suas propostas foi importante para que essas famílias não ficassem totalmente "despojadas de sua influência", caminhando para o segundo tipo de relação com a ciência, que esses autores também chamam de "parceria" (*idem*). Se não notamos uma participação mais intensa no desenho inicial das pesquisas sobre VZ ou SCVZ, ao menos a postura das famílias em relação à ciência foi se modificando. Mais e mais, a experiência das famílias, no sentido "de saber o que significa viver com a doença (...), ditada pela sua intimidade com a doença" (*ibidem*, p. 62), foi lhes garantindo mais legitimidade e autorizando a parear com as doutoras. Fomos notando práticas como oferecer detalhes, a partir da "ciência doméstica", para que "as características" da SCVZ pudessem ser mapeadas; comparar e complementar informações durante os encontros nas salas de espera; priorizar aqueles consultórios com atmosferas de aprendizado mútuo entre famílias e especialistas; cobrar resultados para que a cooperação pudessem continuar em curso (Rabeharisoa e Callon, 2003, p. 195).

Amadurecer opiniões sobre a ciência e as cientistas, na forma das três queixas aqui descritas, foi também uma forma de participar ativamente desse cenário. Estavam observando, avaliando, reagindo aos convites, protocolos, agulhas. E, diante de ruídos e discordâncias, em vez de deixar a cena, continuaram marcando sua presença, exigindo um bom atendimento científico para suas crianças. Estavam desenhando melhores condições éticas para a ciência do VZ a partir de quem vivia diretamente a SCVZ. Parece-nos muito estimulante ver sujeitos de pesquisa sugerindo aprimoramentos aos sujeitos pesquisadores,

ampliando a forma de produzir ciência. Mas essa postura mais crítica não chegava a ilustrar totalmente o terceiro tipo de relacionamento, a "oposição" à ciência, onde "se rejeita qualquer definição de seu estado pela comunidade científica e médica" (Rabeharisoa e Callon, 2003, p. 195). Ainda interessadas em manter alguma relação com a ciência, as mães de micro que conhecemos estariam prenunciando "novas relações entre ciência e sociedade, entre quem produz conhecimento e quem se destina a dele se beneficiar" (Rabeharisoa e Callon, 2002, p. 63). Se, de início, essas famílias foram apenas convidadas pelas doutoras para integrar seus projetos de pesquisa ("auxiliar"), mais recentemente, aquelas já se percebiam como interlocutoras mais atuantes ("parceiras" e, muito pontualmente, "opositoras") do que essas últimas talvez imaginassem.

Então, em vez de esperar que os resultados viessem somente das cientistas, notamos uma antecipação e uma inversão. Ao observarem atentamente a produção da ciência, ao relatarem sobre suas experiências dentro dessa produção e ao comunicarem suas discordâncias sobre essas experiências, as famílias já estavam antecipando resultados às cientistas. As famílias iam se tornando cientistas que estudavam cientistas, invertendo os papéis de quem pergunta e quem responde. Mulheres como Cíntia, Mariana e Camille não apenas ajudaram a ciência com o material orgânico de seus filhos e filhas, mas também sugeriam que a ciência realizasse suas práticas de modo mais cuidadoso e equitativo ("de mãos dadas"). Esse pode ser um resultado inesperado pelas doutoras, se ainda estivessem acomodadas numa relação de enunciação unidirecional, de dentro da universidade para o mundo de fora, acostumadas a serem os sujeitos que miram e interpretam os objetos. Mas não tomo a tipologia proposta pelos autores como fixa porque não afasta os momentos em que as famílias de micro oscilavam entre mero auxílio, a relação mais comum, e uma certa desesperança com a ciência, relação mais recente. E ainda, como as lideranças Ana Caroline e Fernanda mostraram, as parcerias dependiam de muitos esforços coletivos e realizados de todos os lados para que o "modelo de delegação" e o "grande divisor" entre "*know-how* especializado e experiência leiga" (Rabeharisoa e Callon, 2003) pudessem ser revistos.

Neste artigo, amparadas por antropólogas que vêm estudando o envolvimento de pacientes e acompanhantes com a ciência, buscamos entender como foi vista a intensa chegada das cientistas do VZ e SCVZ na Região Metropolitana do Recife, algumas das razões para as famílias de micro aceitarem seus convites e três críticas recorrentes que formulavam sobre esses encontros. Essas imagens eram variadas

e eloquentes e, mais importante, a partir daí, as relações travadas com as cientistas também foram se diversificando. Nessa intensa construção de relações científicas, as famílias também comunicaram suas análises: o que imaginavam como a "boa ciência", a "boa cientista" e como poderia "ser bom para os dois lados". Quando se frustravam nesses encontros científicos, algumas famílias passaram a evitar os próximos convites para integrar projetos de pesquisa, mas isso não significa que deixassem de frequentar consultórios de especialistas, de oferecer medicamentos sofisticados para paliar os sintomas das crianças com a SCVZ ou, mais recentemente, de ansiar pela chegada das vacinas contra a COVID-19 à faixa etária infantil.

A fé na ciência permanecia, mas não incondicionalmente. E, em tempos tão sombrios vividos pela ciência neste país, vale reforçar: tecer críticas não é o mesmo que negar a ciência. Como muitas dessas famílias no Recife, também somos entusiastas da ciência, mas não de qualquer ciência, nem realizada a qualquer custo.[16] Informadas pela sua experiencia como mães, cuidadoras e acompanhantes de sujeitos de pesquisa, essas mulheres também estavam a fazer ciência, ao alimentar com material orgânico a ciência do VZ, da SCVZ e, mais do que tudo, a ciência que resultava a partir de todos os atores que aí haviam se encontrado. Participar da ciência era, de modo nada passivo, ampliar as escalas de esperança por onde poderiam imaginar o futuro de suas crianças. Gerava uma expectativa imediata ao doar um pouco de urina e receber uma recompensa concreta na forma de fraldas ou uma cesta básica. Permitia ansiar por terapias e acompanhamento médico continuado, a partir da parceria entre famílias e universidades. Ou até esperar, num ato mais altruísta ou humanitário, a partir de uma acepção geral de ajuda, que o sangue da sua filha pudesse beneficiar muitas outras crianças com a mesma condição de saúde, ao redor da cidade e também no futuro. Etnografar esses encontros e relacionamentos com a ciência visa, principalmente, afirmar que ela muito se beneficia sendo coproduzida e seguindo como assunto debatível publicamente por todas nós.

16 E nem em consonância com o que Sônia Maluf chamou de uma "reemergência (...) de uma visão reducionista do campo científico, que exclui perspectivas que não cabem em um formato positivista e determinista da saúde" (2021, p. 283, nota 29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, A. S. S. (2021). Deficiência, Síndrome Congênita do Zika e produção de conhecimento pela antropologia. *Revista Scientia, 6*(1), 142-63.

Castro, R. (2020). *Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica*. Hucitec.

Diniz, D. (2016). Zika: *Do sertão nordestino à ameaça global*. Civilização Brasileira.

Fleischer, S. (2020a). Circulação de esperança em tempos de Síndrome Congênita do Vírus Zika no Recife/PE. In D. Allebrandt, N. Meinerz e P. Nascimento (Orgs.), *Desigualdades e Políticas da Ciência* (pp. 325-62). Casa Verde.

Fleischer, S. (2020b). Doutores. In S. Fleischer e F. Lima (Orgs.), *Micro: Contribuições da Antropologia* (pp. 77-88). Athalaia.

Fleischer, S. (2022). A multicausalidade da microcefalia (Recife, Pernambuco). *R@U-Revista de Antropologia da UFSCar*, *13*(2), 188-216.

Fleischer, S. e Lima, F. (Orgs.). (2020). *Micro: Contribuições da Antropologia*. Athalaia.

Latour, B. (2000). *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. UNESP.

Lustosa, R. (2020). Mulheres. In S. Fleischer e F. Lima (Orgs.), *Micro: Contribuições da Antropologia*, (pp. 39-50). Athalaia.

Maluf, S. (2021). *Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências*. Tomo 38, 251-85.

Moreira, T. (2014). Understanding the role of patient organizations in health technology assessment. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy, 18*(6), 3349-57.

Moreira, T., O'Donovan, O., e Howlett, E. (2014). Assembling dementia care: Patient organisations and social research. *BioSocieties, 9*, 173-93.

Nunes, J., Filipe, A. M., Matias, M. (2010). Os novos actores colectivos no campo da saúde: o papel das famílias nas associações de doentes. *Alicerces*, *3*, 119-28.

Pols, J. (2014). Knowing patients: turning patient knowledge into science. *Science, Technology, & Human Values, 39*(1), 73-97.

Rabeharisoa, V., Moreira, T. e Akrich, M. (2014). Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. *BioSocieties, 9*, 111-28.

Rabeharisoa, V., Callon, M., Filipe, A. M., Nunes, J. A., Paterson, F. e Vergnaud, F. (2012). *The dynamics of causes and conditions: the rareness of diseases in French and Portuguese patients' organizations' engagement in research* (CSI Working Papers Series, 026). Centre de Sociologie de l'Innovation (CSI), Mines ParisTech.

Rabeharisoa, V. e Callon, M. (2007). The Growing Engagement of Emergent Concerned Groups in Political and Economic Life. *Science Technology & Human Values*, *33*(2), 230-61.

Rabeharisoa, V., e Callon, M. (2003). Research 'in the wild' and the shaping of new social identities. *Technology in Society, 25*, 193-204.

Rabeharisoa, V. e Callon, M. (2002). The involvement of patients' associations in research. *International Social Science Journal, 54*, 57-63.

Scott, P., Quadros, M., Rodrigues, A. C., Campelo Lira, L., Sobreira Matos, S., Meira, F., e Saraiva, J. (2017). A epidemia de Zika e as articulações das mães num campo tensionado entre feminismo, deficiência e cuidados. *Cadernos de Gênero e Diversidade, 3*(2), 73-92.

Simas, A. (2020). *Ciência, saúde e cuidado: Um estudo antropológico sobre a pesquisa clínica no contexto da epidemia do Zika (Recife/PE)*. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Brasília.

Sobre las y los autores

César Ernesto Abadía-Barrero es activista y académico colombiano. Ha sido profesor de Antropología, Salud Pública y Derechos Humanos en distintas universidades en Colombia y Estados Unidos y es miembro de la Red Salud Paz en Colombia. Ha realizado distintas investigaciones basadas en la investigación-acción y proyectos multi-método sobre programas y políticas en salud y seguridad social, judicialización del derecho a la salud y movilización social en Brasil y Colombia. Actualmente estudia la relación entre procesos de acumulación de capital y destrucción de la biología humana y adelanta una investigación con comunidades indígenas y campesinas Amazónicas sobre Buen Vivir en el marco del acuerdo de paz en Colombia. Dirige la red de aprendizaje de buenos humanos *Buen Vivir y Sanaciones Colectivas* que indaga por las formas como los rituales, las artes y el conocimiento ancestral sanan heridas coloniales.

Joseph J. Amon, PhD, MSPH, es Profesor Desmond M. Tutu de Salud y Derechos Humanos, profesor distinguido y director del Centro de Salud Pública y Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Su investigación utiliza enfoques cuantitativos, cualitativos y jurídicos/políticos para examinar cómo los sistemas políticos y legales influyen en los resultados de salud. Su trabajo ha abordado la discriminación y el acceso a la atención médica, la

censura y la negación de información sanitaria, la detención arbitraria, la judicialización de la salud y el papel de la sociedad civil en la respuesta a brotes de enfermedades infecciosas y a los desafíos de la salud ambiental. Durante sus diez años en Human Rights Watch, estableció programas centrados en la salud y los derechos humanos, la discapacidad y el medio ambiente.

María Sol Anigstein Vidal es antropóloga social, Magíster en Antropología y Desarrollo, y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Chile. Actualmente es profesora asociada en el Departamento de Antropología (Facultad de Ciencias Sociales) y en la Escuela de Salud Pública "Salvador Allende G." (Facultad de Medicina) de la Universidad de Chile. Su trayectoria se sitúa en el campo de la antropología médica y la salud colectiva, con especial énfasis en los estudios sobre cuidados, antropología de la alimentación, participación en salud, calidad de vida en personas envejecidas y trabajo reproductivo. En sus investigaciones recientes sobre cuidados, tanto en contextos urbanos como en entornos socioecológicos insulares, ha ido introduciendo una propuesta teórica en la que convergen la economía feminista, los posthumanismos y los enfoques relacionales. Esta labor investigativa se traduce producción de artículos, libros y capítulos de libro, además de un compromiso sostenido con la vinculación con el medio y la incidencia territorial.

João Biehl es profesor y director del departamento de antropología de la Universidad de Princeton, donde también dirige el Brazil LAB. Sus temas de investigación son la antropología médica y política, las humanidades ambientales, el pensamiento decolonial, la teoría etnográfica y la antropología literaria. Biehl recurre a la etnografía y el archivo para para examinar cómo la ciencia y la tecnología circulan a través de instituciones, el mercado, las políticas públicas y cómo estas dinámicas moldean la salud, los derechos y la vida cotidiana en contextos de desigualdad, en particular en el sur global. Es autor de los siguientes libros premiados: *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment* and *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*, y de *Jammerthal, the Valley of Lamentation: My Mucker War* (en Portugues). También es coeditor de *Arc of Interference: Medical Anthropology for Worlds on Edge*, *Unfinished: The Anthropology of Becoming*, and *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, y coedita la serie Critical Global Health de la editorial Duke University Press.

Constanza Biscarra Mc-Naughton es psicóloga titulada de la Universidad de Chile y Magíster en Estudios de Género y Cultura por la misma casa de estudios. Su trayectoria académica se ha centrado en el análisis de los cuidados desde una perspectiva interdisciplinaria y de género. Es integrante de la Red de Investigación en Interseccionalidad, Género y Prácticas de Resistencias (Red IGER) de la Universidad de Chile, espacio en el cual participa en los ámbitos de gestión, investigación y extensión. También es parte de equipos de investigación FONDECYT en proyectos vinculados con la temática de los cuidados. Actualmente es becaria de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) en el programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. En este contexto se ha enfocado en perspectivas más-que-humanas de los cuidados, para pensar otras formas de habitar y producir lo urbano.

Octavio Bonet es antropólogo y psicoanalista. Profesor titular del Departamento de Antropología Cultural y del Programa de Postgrado en Etnografía y Crítica Cultural del Instituto de Filosofía y Ciencias Sociales de la Universidad Federal de Rio de Janeiro (UFRJ). Miembro asociado del Círculo Psicoanalítico de Río de Janeiro. Magister y doctor en Antropología Social por el PPGAS-MN (Universidade Federal do Rio de Janeiro) y licenciado en Antropología por la Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Tiene experiencia de docencia e investigación en el campo de la antropología, con énfasis en la antropología de la salud y la enfermedad, la antropología de las emociones y el cuerpo y la antropología del trauma.

María E. Epele es antropóloga, especializada en antropología médica. Profesora asociada de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET. Ha dirigido diferentes proyectos de investigación sobre muerte y morir, VIH-SIDA, violencias y géneros, consumos problemáticos, pobrezas y desigualdades, terapéuticas y salud mental. En la actualidad dirige proyectos sobre salud mental, tecnologías psi y padecimientos en sectores segregados. También dirige el Grupo de Estudios sobre Tecnologías Psi, del Instituto Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Ha dictado seminarios de posgrado y doctorado en Universidades Nacionales e internacionales. Entre los libros se destacan los siguientes. *Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud* (Buenos Aires, Paidós 2010); *Padecer, Cuidar*

y Tratar (Buenos Aires, Antropofagia, 2013); Políticas *Terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y Debates* (Buenos Aires: IIGG-CLACSO)

Natália Helou Fazzioni es investigadora en Salud Pública en el Instituto Fernandes Figueira de la Fundación Oswaldo Cruz y profesora permanente del Programa de Posgrado en Salud de la Niñez y de la Mujer de la misma institución. Doctora en Antropología Cultural por la Universidade Federal do Rio de Janeiro (2018), magíster en Antropología Social por la Universidade de São Paulo (2012) y licenciada en Ciencias Sociales por la Universidade Estadual de Campinas (2009). Tiene experiencia en docencia, investigación y extensión, con actuación principal en antropología urbana, antropología de la salud y estudios de género, con énfasis en atención primaria de salud, cuidados, maternidades y lactancia.

Soraya Fleischer es antropóloga, investigadora y profesora del Departamento de Antropologia de la Universidade de Brasília. Licenciatura en Ciencias Sociales (UnB, 1997), Maestría en Antropología Social (UnB, 2000), Doctora en Antropologia Social (UFRGS, 2007), con prácticas posdoctorales en (Universidade de Johns Hopkins, 2016; Universidade Federal de Santa Catarina, 2021) y con desarrollo profesional también en Antropología (Universidad de Buenos Aires, 2024). Coordina CASCA-Colectivo de Antropología y Salud Pública y PET-Saúde (DAN/Faculdade de Saúde/UnB). Tiene intereses por los temas de enfermedad, ciencia e instituciones sanitarias, especialmente hospitales universitarios. Actualmente, investiga la intersección entre las prácticas sanitarias y la ciencia.

Silvia Hirsch es doctora en antropología por la Universidad de California en Los Angeles. Actualmente se desempeña como docente e investigadora en la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín. Es directora de la revista Etnografías Contemporáneas. Investiga sobre salud, educación y género en comunidades indígenas del norte argentino. En el campo de los estudios de antropología de la salud investiga enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva y uso de fármacos en comunidades indígenas. Es compiladora de varios libros sobre educación intercultural bilingüe, salud en pueblos indígenas, movilizaciones indígenas y género.

Oliva López Sánchez es licenciada en Psicología por la UNAM, Maestra en estudios de la Mujer por El Colegio de México, doctora en Antropología por el CIESAS; Profesora titular "C" de Tiempo Completo en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores-SECIHTI, nivel 3. Coordinadora del Laboratorio de Investigación Interdisciplinaria sobre Cuerpo, Emociones y Género (LIICEG), Co-coordinadora de la RENISCE Internacional, Red de Investigación en Emociones y Afectos desde las Ciencias Sociales y las Humanidades. Líneas de investigación: 1. Salud mental y procesos socioemocionales desde una perspectiva interdisciplinaria y de género. 2. Desigualdad afectiva y bienestar emocional en estudiantes de Instituciones de Educación Superior. 3. Procesos socioemocionales y prácticas de cuidados en comunidades universitarias. 4. Representaciones técnico-médicas del cuerpo de las mujeres en México (siglos XIX, XX y XXI). 5. Historia cultural del cuerpo y las emociones y la educación sentimental en México y América Latina.

Susana Margulies es doctora en Filosofía y Letras Area Antropología por la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como profesora titular consulta de la misma universidad. Con una amplia experiencia en docencia de posgrado en programas naciones e internaciones, ha investigado en la historia de la antropología y la antropología de la salud. En este campo ha abordado el estudio de servicios de salud, las prácticas profesionales en el campo de la biomedicina y los procesos implicados en el atenderse y vivir con diversas enfermedades. Se ha especializado en la problemática del VIH, abordando asimismo procesos de atención y cuidados relativos a enfermedades crónicas y tuberculosis. Destaca su dedicación a la formación de investigadores y grupos de investigación y su aporte a equipos de salud, siendo directora del Programa de Antropología y Salud en el Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras UBA.

Eduardo L. Menéndez es doctor en Ciencias Antropológicas por la Universidad de Buenos Aires. Desde 1976 reside en la Ciudad de México, donde se desempeña como profesor emérito del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y como coordinador del Seminario Permanente de Antropología Médica (SPAM). Ha sido distinguido con el título de Doctor Honoris Causa en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España) en 2009, en la Universidad Nacional de Rosario (Santa Fe, Argentina) en 2015

y en la Universidad Nacional de Lanús (Provincia de Buenos Aires, Argentina) en 2023. En sus investigaciones se centró en temas como el racismo, la migración, el alcoholismo, los saberes médicos subalternos y hegemónicos, los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, entre los más destacados. Su prolífica producción de artículos, capítulos y libros lo consagran como uno de los principales exponentes de la antropología médica de Latinoamérica.

Rubén Muñoz Martínez es licenciado en Sociología (Universidad Complutense de Madrid) y Antropología Social (UNED, España). Maestro y doctor en Antropología Social por la Universidad Autónoma de Madrid. Profesor/investigador titular B en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS, Ciudad de México). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI 2). Ha llevado a cabo investigaciones sobre VIH, salud mental, interculturalidad y salud, uso de drogas, COVID-19 y otras emergencias de salud. En el campo de la antropología médica, ha publicado más de 40 artículos y capítulos de libro dictaminados por pares y cuatro libros. También ha publicado la novela *Antidistopía* (2020) y pronto publicará su segunda novela "Servicios de mudanza nocturna". Ha realizado estancias de investigación en Ecuador, Brasil, Argentina, Estados Unidos y Bélgica.

María Susana Ortale es licenciada en Antropología y Doctora en Ciencias Naturales (Universidad Nacional de la Plata). Posdoc en Ciencias Sociales (Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba/CONICET). Investigadora principal de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Hasta 2025 fue profesora titular regular de la asignatura Antropología Cultural y Social en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Ha dictado, en diversas universidades nacionales, asignaturas de grado que conjugan antropología y salud y cursos de posgrado relacionados a sus temas de investigación. Los trabajos de investigación, transferencia y extensión abarcan problemáticas alimentarias, de cuidado a la salud infantil y las políticas sociales vinculadas a las mismas. Las investigaciones se han centrado principalmente en el estudio de las estrategias familiares de reproducción social en sectores pobres urbanos, abordando desigualdades sociales y acceso a derechos.

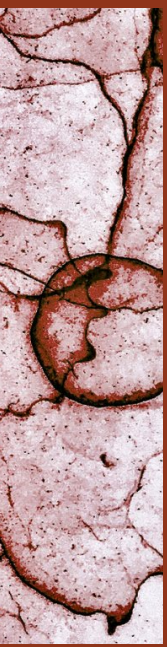
Lucas E. A. Prates es candidato a doctorado en Antropología y en el Programa Interdisciplinario de Doctorado en Humanidades (IHUM) de la Universidad de Princeton. Su investigación examina las intersecciones del derecho, el desarrollo socioeconómico y el medio ambiente. Centrada en la Amazonia brasileña, su tesis explora la agroindustria, el colonialismo de colonos y las iniciativas de economía verde, basándose en un trabajo de campo etnográfico a largo plazo con agricultores y terratenientes a gran escala para analizar cómo las élites agrarias interactúan con la gobernanza ambiental y el futuro ecológico. Es licenciado en Derecho por la Universidad Federal de Paraná y tiene una maestría en Derecho (LL.M.) en Derechos Humanos por la Universidad Birkbeck de Londres, y está colegiado por el Colegio de Abogados de Brasil. Antes de su doctorado, trabajó en Brasil en el sector público y en organizaciones sin fines de lucro.

Alejandra Roca es doctora en Antropología (UBA) y Magíster en Políticas y Gestión de la Ciencia y la Tecnología (UBA). Se desempeña como profesora titular de Ciencia, Tecnología y Salud (UNPAZ) y profesora asociada de Historia de la Teoría Antropológica en la FFyL-UBA. Su trayectoria de Investigación combina aportes de la historia de la antropología, biociencias y estudios sociales de la Ciencia y Tecnología, con énfasis en dimensiones políticas de la Ciencia y Tecnología, transferencia tecnológica y asimetrías cognitivas. Sus trabajos han problematizado las tecnologías aplicadas a la salud y el cuerpo, así como estudios de las políticas públicas de CTI (Ciencia, tecnología e innovación). Integra el Programa de Antropología y Salud de la UBA donde dirige proyectos vinculados con tecnologías biomédicas, cuerpo, identidades y biociencias. Recientemente ha dirigido proyectos interinstitucionales sobre políticas públicas e indicadores sociosanitarios de la población travesti y trans de Argentina (PICTO Agencia 2022-23). Es presidente de la Comisión de Doctorado de la FFyL-UBA y coordinadora alterna de la Comisión Evaluadora de Antropología del CONICET. Integra la redASA desde su fundación.

Fabíola Rohden es profesora del Programa de Posgraduación en Antropologia Social (UFRGS), coordinadora del Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS), del grupo de investigación Ciências na Vida e investigadora del CNPq. Posee una maestría y un doctorado en Antropología Social por la UFRJ (PPGAS/Museo Nacional) y un posdoctorado por la Universidad Libre de Ámsterdam. Realiza investigaciones en las áreas Relaciones de género,

corporalidades y subjetividades, sexualidad, género y ciencia, y biomedicalización. Fue profesora en el Instituto de Medicina Social de la UERJ e investigadora en el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. Publicó una serie de trabajos sobre estos temas, entre ellos *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* (Fiocruz, 2001; 2009) y *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX* (Fiocruz, 2003-Premio ANPOCS a la mejor obra científica en Ciencias Sociales en 2003).

Anabel Sepúlveda Matus es titulada en Antropología Social por la Universidad de Chile. Actualmente se desempeña como asistente de investigación del Fondecyt Regular N° 1240840: Socioecologías de cuidado en contextos de extracción de musgo *Sphagnum magellanicum* (pompón) y salmón en el territorio insular de Chiloé, a cargo de María Sol Anigstein Vidal. Además, se desempeña como colaboradora docente del curso "Culturas Andinas" de la carrera de Antropología Social en la Universidad de Chile, y ha sido ayudante de otros cursos como "Visión Cultural de la Naturaleza" del Magíster en Áreas Silvestres y Conservación de la Naturaleza. Desarrolló su tesis sobre la relación entre humanos y no humanos en torno a humedales en la isla Lemuy en Chiloé, y sus áreas de interés principales corresponden a las humanidades ambientales, el materialismo vital, la apertura ontológica y la etnografía andina.

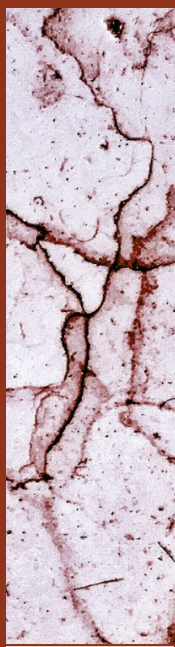


Este es el primer libro de la Red de Antropología y Salud de Argentina (redASA), iniciativa surgida en 2017 con el propósito de generar nuevos espacios, diálogos y articulaciones entre quienes trabajamos en las antropologías de la salud en Argentina. A partir de entonces, en los distintos espacios de encuentro, se puso de manifiesto la estructura federal de la red; y la diversidad de temáticas y de enfoques en los distintos campos de actuación en salud de la disciplina (investigación, transferencia, docencia y gestión). En este marco, redASA se ha propuesto como una invitación a construir y transitar diversos modos de trabajar en colaboración y la apertura al debate con la meta de transformar las realidades y experiencias relativas a las dolencias, los sufrimientos, las formas de cuidado y los modos de abordarlos. En su recorrido, la agenda de redASA se ha ido configurando alrededor de las trayectorias y perfiles delineados por las antropologías del cono sur y sus contribuciones al abordaje de problemáticas específicas en el país y en la región.

Este libro, del que participan antropólogas y antropólogos latinoamericanos, es producto de dicho proceso e inaugura un proyecto de ediciones periódicas que redASA –como meta y desafío–, se ha propuesto sostener.

En los capítulos que lo componen, se presentan algunas de las principales orientaciones teóricas, modos de investigar, metodologías y análisis que caracterizan a las antropologías de la salud en Latinoamérica y Argentina. A través de la exploración y el examen de algunas de las problemáticas dentro de las heterogéneas temáticas y abordajes que caracterizan las antropologías latinoamericanas, este libro busca convertirse en una caja de herramientas disponibles para la formación, debate y producción sobre las complejas realidades que debemos afrontar.

La compilación se estructura alrededor de las siguientes temáticas: legalidades y justicia; biomedicinas y formas de cuidado; salud mental; pluralismo médico e interculturalidad en salud; socio-ecologías del cuidado; tecnologías biomédicas y antropologías de las ciencias.



ISBN 978-631-01-9470-7

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA