


Editorial

Universidad, ciencia y ¿pospandemia?

GASTÓN JULIÁN GIL*

Esta revista surgió en un contexto tan particular y repleto de desafíos analíticos que no sólo no están lejos de agotarse sino que además cada día se incorporan nuevos dilemas, problemas y núcleos controversiales de singular densidad. El segundo número de *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud* nos encuentra ante la esperanza de estar atravesando el segmento final de la pandemia, puesta en suspenso ante cada anuncio global (y catastrofista) de una nueva variante del virus. La demorada pospandemia obligará además a formular una revisión más distanciada de los procesos que afectaron a todo el planeta, con mayor o menor intensidad. Luego de una vertiginosa y global campaña de vacunación y con amplias franjas de la población mundial con inmunidad adquirida, las restricciones severas siguen siendo un fantasma que sobrevuela las expectativas de las personas en casi cualquier lugar del planeta. Incluso en la Argentina, que respiraba a mediados del mes de diciembre de 2021 en medio de números bajísimos de infecciones y mortalidad por COVID-19, tampoco era posible aventurar escenarios sobre bases sólidas. La pandemia no ha sido precisamente un tiempo favorable a las predicciones aunque sí para los “expertos” que las formularon y lo siguen haciendo con absoluta impunidad. Una de las últimas agentes de destrucción, la “variante Delta” ya fue superada por nueva amenaza global, la “Ómicron”. Incluso, algunos más aventurados no sienten pudor en profetizar próximas pandemias más letales para la humanidad. Sin embargo, la incertidumbre por una eventual ola de casos, internaciones y muertes aún está lejos de estar justificada por la evidencia actual. Pero lo que está claro es esa rígida desconfianza en la inmunidad adaptativa y la eficacia de las vacunas que además ha decidido ignorar las cada vez más evidentes consecuencias catastróficas sobre la salud colectiva de los confinamientos, desde la profundización de las inequidades hasta el deterioro de la salud mental en los diferentes segmentos etarios. En ese sentido, la comparación con la película *Good Bye Lenin!* (Wolfgang Becker, 2003) suena bastante apropiada para pensar a los “expertos” lanzando sus premoniciones, admoniciones, concientizaciones, sermones y ominosas advertencias desde que la fama repentina los alcanzó en marzo de 2020 y sus singulares concepciones de salud se adueñaron del sentido común de la población y, sobre todo, de los actores hegemónicos de la política mundial y sus burocracias sanitarias. Como aquella mujer que recuperó el conocimiento después de la Caída del Muro de Berlín en 1989 y que seguía aferrada a los preceptos del régimen de la ya extinta Alemania Oriental, esos “expertos” y los medios de comunicación que disfrutaban cobijándolos, no consiguen abandonar sus veleidades proféticas y hasta un cierto regodeo ante “rebrotos”, nuevas

* Investigador Independiente del CONICET. Profesor titular regular de Antropología y Director del Centro de Estudios Sociales y de la Salud (CESyS), Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. E-mail: gasgil@mdp.edu.ar  orcid.org/0000-0002-8112-2119

restricciones como las impuestas por algunos países de Europa Central, la implementación de “pases sanitarios” o los campos de confinamiento en Australia.

Por supuesto, seguimos asistiendo a un espectáculo mundializado en el que mandatarios políticos (incluso los autopercebidos como “progresistas”), en complicidad con sus burocracias sanitarias, se siguen dedicando a violar garantías individuales tan elementales como el derecho a regresar al propio hogar. El drama humanitario de los “varados” cuyo capítulo local debería escribirse y documentarse, constituye una narrativa digna de inscribirse como un capítulo adicional de *Historia Universal de Infamia*, de Jorge Luis Borges. Esos protocolos diseñados por los mismos “expertos” ya han invadido todo lo que tienen a su alcance, mientras la vida cotidiana recupera, a fuerza de sentido común y las necesidades más elementales de subsistencia, una cierta normalidad prepandemia. Pero la implícita, estrafularia e imposible persecución de “erradicar el virus” sigue dominando la racionalidad cotidiana de mandatarios y burócratas sanitarios todavía embriagados de poder y de notoriedad a partir de una herramienta siempre efectiva: la manipulación del miedo. Lejos de cualquier teoría conspirativa, es por demás notable cómo para no pocas corporaciones (empresariales, políticas, sindicales, profesionales) y actores puntuales la pandemia fue una excelente oportunidad. El modelo de encierro de la población sana implementado en Wuhan prendió como reguero de pólvora en un mundo occidental que se postró ante el pánico y una sobrecarga emocional que encontró múltiples eslabones para reproducirse a escala global. Desde aquel marzo de 2020, predominan los humanos temerosos de otros humanos, aterrados por las profecías de aprendices de hechicería que alteran los parámetros de evaluación con una plasticidad asombrosa. Una vez más, el mecanismo de la víctima propiciatoria admirablemente analizado por René Girard (1988) muestra su eficacia para comprender cómo las sociedades son capaces de encontrar destinatarios puntuales hacia quienes proyectar toda su ansiedad y hostilidad. Primero los “no esenciales” fueron sacrificados al altar de la salud colectiva y “salvar vidas”. Paulatinamente, cuando los confinamientos extremos colisionaron contra la viabilidad económica de mantenerlos -y sobre todo su ineffectividad para “derrotar” al virus- algunos estados optaron por cerrar lo único que podían cerrar: la administración pública y el sistema educativo. Es así que principalmente los niños y los jóvenes pasaron a ser la variable de ajuste de la ritualización ineficaz de las políticas de cuidado. El caso de las universidades cerradas o semivacías mientras se disputaba un Boca-River con “aforo” completo constituye una muestra cabal de las severas contradicciones de esta clase de políticas sanitarias que atentan contra cualquier sentido integral del bienestar de las personas, contra su dignidad y sus libertades, sin por ello poder acreditar que de esa manera se evitaron muertes. Sin embargo, el sacrificio a gran escala de los “sanos” todavía se mantiene como un horizonte que se seguirá pagando por mucho tiempo. De aquellas “dos semanas” para “aplanar la curva” hasta las profecías apocalípticas por la variante “ómicron” y ahora la exigencia de los “pases sanitarios”, los contratos de la vida colectiva siguen suspendidos mientras las consecuencias (económicas, educativas, sanitarias, etc.) de semejante experimento global se seguirán pagando por décadas.

En ese marco, las dimensiones rituales del cuidado se han mantenido casi inalterables pese a las contradicciones constantes en su implementación y lo onerosas que siguen siendo para quienes deben cumplirlas de modo periódico. Su lógica es análoga a esos dispositivos policiales que se montan en las avenidas de las ciudades, por ejemplo en los lugares turísticos en fines de semana largo, para controlar documentación vehicular. No hay aquí nada novedoso, sobre todo en el ámbito de la salud. En una de sus últimas e imprescindibles publicaciones, Howard Becker relata la investigación que, en términos autoetnográficos, Roth (1957) realizó desde su cama de hospital sobre esta ritualización de los cuidados. En aquel texto, Roth describió un clima de absoluta incertidumbre que creaban las condiciones para la ejecución de “procedimientos ritualizados que a menudo dependen más de la conveniencia y la facilidad de su aplicación que de probabilidades racionalmente deducidas” (Becker, 2018: 242). Y sobre todo que los actores de mayores responsabilidades en la jerarquía hospitalaria son los que más infringen las reglas fijadas

por ellos mismos. Al denominar como “mágicas” e “irracionales” a esas reglas hospitalarias demostró que gran parte de los procedimientos carecen de fundamentos racionales. O, agregaría, la racionalidad de esos “protocolos” responde en realidad a otras lógicas que las del cuidado.

Durante esta pandemia, la utilización de tres artefactos, el tapabocas, el alcohol en gel y el medidor de temperatura, constituyen una muestra evidente y cotidiana de esa ritualización del cuidado y las contradicciones en la forma en que son implementadas en restaurantes y establecimientos educativos, entre muchos otros ejemplos posibles. La sucesión interminable de tests PCR a los viajeros con esquema de vacunación completo, eventualmente con un período de reclusión forzada confluyen en una ritualización del control que sólo ha conseguido teatralizar el cuidado a extremos que superan lo kafkiano. En esa misma sintonía fluyen declaraciones de “expertos” europeos (como un ex-ministro español) que declaran la necesidad moral de “hacerle la vida imposible a los no vacunados” luego de reconocer que el pase sanitario tampoco generaría una mejora significativa de la “situación epidemiológica”. Por ello, todavía es una incógnita si volverá a imponerse la criminalización de la vida cotidiana con la proliferación de rótulos estrafalarios, tales como “esenciales”, “reunión familiar clandestina” o “violación de cuarentena”. Y mientras escribo estas líneas, los protocolos (otra categoría que perforó el sentido común) parecen ceder a otras terminologías situadas, como los “aforos”. A ello debe agregársele una densa jerga que combinó tristes metáforas bélicas (“guerra contra el virus”, “primera línea de batalla”), recursos publicitarios cargados de golpes bajos e información sesgada, junto con una terminología “científica” sin sustento claro, como la mencionada “situación epidemiológica”, “circulación viral”, hasta penetrar el discurso cotidiano sin un mínimo de distancia crítica. En este marco de creatividad lingüística la pandemia sigue siendo un festival de hombres de paja (como el “negacionismo” o los “movimientos antivacunas” en la Argentina), tomados por supuesto por una buena parte de la academia tan proclive a abrazar con pasión las agendas y las categorías de análisis de la política partidaria. Más allá de la existencia de posiciones antivacunas con mayor o menor capacidad de organización no se ha accedido a datos que muestren un impacto significativo en el proceso de vacunación en la Argentina. Al cerrar el 2021, el 70% de la población argentina accedió al “esquema completo” de vacunación, mientras que los adultos y, sobre todo, los grupos de riesgo evidencian cifras que hasta superan el 90% en diferentes segmentos etarios, con excepción de las franjas más jóvenes. Por supuesto, estas posiciones antivacunas constituyen un tema relevante para ser investigado desde distintas aristas pero de ningún modo si se utilizan como un rótulo para simplificar los comportamientos y actitudes frente a las incertidumbres y desafíos que se plantearon en una campaña de vacunación inédita en la historia de la humanidad desde cualquier enfoque y punto de vista.

La universidad y la pandemia

Las restricciones pandémicas siguen impactando en la academia y, en particular, en la vida universitaria. Tras dos años de una universidad de baja intensidad, el desafío de refrendar los contratos más elementales de nuestra labor cotidiana aparece como un horizonte, al menos, posible. Luego de mucha insistencia, hay quienes hemos podido recuperar recientemente la presencialidad para reencontrarnos con algunas de nuestras rutinas. Por supuesto, lo hemos hecho luego de que se habilitaran las discotecas y hasta el público con “aforo” completo en el fútbol. Todo ello ocurrió con la pasividad (por no decir complicidad) de un campo académico entregado a la agenda y a las prioridades gubernamentales. Las burocracias y los cuerpos gobernantes de las universidades abandonaron cualquier acción disruptiva, entregados a la comodidad de la virtualidad. Otro tanto para las militancias estudiantiles que avalaron con su silencio el sacrificio de niños y jóvenes al altar de la biblia infectológica. Pero todavía falta un complejo camino por recorrer. Mientras escribo estas líneas, el órgano de cogobierno de una tradicional facultad pública de medicina de la Argentina exhortó al gobierno para que estableciera más restricciones e

implementara medidas que eviten el “relajamiento social”. Hasta se permitió proponer la exigencia (antes de su efectiva implementación) de un pasaporte sanitario para mayores de trece años, mientras continuaban suspendidas las clases presenciales en esa unidad académica.

La pandemia también llegó en un momento singular de los campos académicos y culturales de Occidente. Ese clima intelectual que emana desde los principales centros de difusión global (Estados Unidos y Europa) promueve tendencias y movimientos que no parecen estar colaborando para un clima de mayor tolerancia y comprensión de la diversidad. La cultura de la cancelación, los movimientos *woke* y, en menor medida, la crítica de la “apropiación cultural”, están propiciando tiempos en lo que las causas nobles sirven para cristalizar posiciones autoritarias, moralistas y violentas. En efecto, amparados en críticas a fenómenos como el racismo, el etnocentrismo o el machismo, asistimos a un mundo en el que un conjunto de actores se asume con el deber moral de derribar estatuas, retirar pinturas de los museos, prohibir autores clásicos, elaborar “listas negras” (*cancelar*, en sus propios términos) de artistas y académicos contemporáneos, modificar el idioma y hasta quemar libros, como llegó a ocurrir en Canadá. Los dos últimos ejemplos nos llevan inevitablemente a dos de las grandes distopías futuristas de la literatura del siglo XX, *1984* de George Orwell y *Fahrenheit 451*, de Ray Bradbury. Así es que los riesgos de un nuevo moralismo y puritanismo recubierto de una autoinvocación progresista y liberadora están llevando directamente a episodios de censura (y sobre todo autocensura) y de represión de prácticas tan antiguas y revolucionarias como el humor, precisamente por su carácter irreverente y “políticamente incorrecto”. Algunas imposturas que están ampliamente difundidas buscan proyectar una superioridad moral frente a aquellos otros “privilegiados” que no siguen el mismo camino. Si la forma de luchar contra los prejuicios es con solemnidad, violencia, anacronismo, puritanismo, extrema victimización y una exacerbación de los conflictos y los antagonismos, los resultados seguramente no serán los deseados. Si la agenda pública está liderada por grupos proclives a ofenderse hasta por el chiste más inofensivo, toda la sociedad pierde, porque se retrae, se autocensura y el miedo se impone para evitar cualquier posible condena por cosas que ni siquiera se han dicho. Lo que algunos llaman “tiranía de la ofensa” no está construyendo un mundo más interesante y desafiante, con más libertad y, por ende, mejor.

En ese marco, no sorprende que la vocación crítica de los campos culturales y académicos esté cada vez más postrada ante la comodidad de la rebeldía módica, la autocomplacencia y la reproducción de lo “correcto”, siempre en términos Becker (2008). Aquella “orden” de guardar los libros de Foucault cuando se decretaron los confinamientos, o la mirada “crítica” sobre la industria farmacéutica reducida a la reproducción del insólito rumor del pedido de “glaciares por vacunas”, o la invención de un peligroso movimiento antivacunas, son una de las tantas muestras de los efectos devastadores de la pandemia sobre la academia.

La continuidad del proyecto en tiempos de pandemia

Aiken se enfrenta a su segundo año de existencia que será clave para concretar el crecimiento programado desde que fue concebida. Este segundo número presenta un conjunto de artículos que vuelve a reflejar el espíritu que desembocó en el lanzamiento de estas y otras apuestas académicas y editoriales. El pluralismo, el rigor, la vocación crítica y la tolerancia son algunos de esos preceptos que soñamos transmitir más allá de la apreciación situada de cada una de las contribuciones, desde estas modestas editoriales a las reseñas de libros, las traducciones y los articulados arbitrados. Estamos agradecidos a muchos colegas que nos han alentado antes, durante y luego de la publicación del primer número. Algunos de ellos participan formalmente de la gestión de la revista, pero también quienes tal vez se integren -o no- en el futuro han sido un poderoso impulso desde sus respectivos lugares, como autores, revisores, críticos calificados, entre muchas otras funciones puntuales. Así es que nos aventuramos a un 2022 con la posibilidad de lanzar dossiers y números especiales que amplíen las opciones hasta hoy disponibles en la revista. Esas y otras acciones nos permitirán una mayor difusión y presencia en la academia sobre

todo porque seguimos con la convicción de que *Aiken* es un espacio singular que ofrece opciones no demasiado visibles para quienes abordan, desde las ciencias sociales y humanas, temáticas y problemáticas vinculadas con la salud colectiva.

En este número, el paper de Erikson “¿Futuros de la salud global? Considerando el bono pandémico” es un abordaje innovador que atraviesa diferentes dimensiones analíticas de relieve. Además de las implicancias para el campo de la salud global y los desafíos ante la eventualidad de nuevas epidemias y pandemias, es todo un tratado sobre el capitalismo contemporáneo. Esta nueva y esforzada traducción de María Florencia Incaugarat nos enfrenta a las características, efectos y posibilidades de un dispositivo financiero (el “bono pandémico”) que plantea desafíos de orden analítico, pragmático y moral. Al calificarlo como un “presagio del futuro financiamiento de la salud mundial” (p. 66), Erikson nos lleva a una antropología de exploración de los escenarios globales, de escritura sobre los mundos futuros (Hannerz, 2016) en los que las “nuevas economías éticas de ayuda sanitaria global” constituyen un caso que reconfigura y pone en cuestión las concepciones de salud pública, salud colectiva y acción estatal, entre muchas otras. Ese “reconocimiento” de “dónde estamos y hacia dónde vamos” no es concretado desde un autopoicionamiento de superioridad moral e ideológica sino que la autora se permite la “sencilla” tarea de intentar comprender la complejidad del proceso y sus consecuencias para nuestra contemporaneidad. Por eso, las preguntas que se formula sobre el dispositivo analizado son las pertinentes, más allá del propio deseo del investigador: “¿qué organiza y con qué lógicas?”, como también las relaciones que propicia, es decir “¿qué une?”, qué consigue reproducir y “¿qué tipo de relaciones se fortalecen o cuáles se desechan?”. Y de allí que si la intervención sobre los rumbos que toma el capitalismo financiero en materia de salud colectiva figura entre los horizontes de expectativa, la comprensión de estos dispositivos es lo que habilita a preguntarnos “¿Qué queremos hacer al respecto?” (p. 66). En definitiva, el artículo nos retrotrae a un viejo problema de los organismos y burocracias trasnacionales como el Banco Mundial que nunca terminan de resolver por completo: la implementación de ideas “bien intencionadas”. En efecto, al menos desde los proyectos modernizadores al calor del optimismo desarrollista de las décadas de 1950 y 1960 que las intervenciones “desde arriba” encuentran las mismas limitaciones.

Las dos reseñas nos acercan a libros de temáticas y abordajes de suma actualidad. Los conflictos ambientales y el deporte (en este caso el *running*) son dos grandes temas abordados con diferente intensidad y apertura disciplinar en las ciencias sociales. *Toda ecología es política* (de Gabriela Merlinsky) y *Runners. Una Etnografía en una plataforma de entrenamiento de Nike* (de María Nemesia Hijós) son dos excelentes ejemplos de estudios sobre escenarios actuales y que también, como los bonos pandémicos analizados por Erikson, nos aventuran a esos futuros globales de problemas y desafíos comunes pero también de apropiaciones y “soluciones” situadas. Ambos estudios escenifican profundos problemas y problemáticas vinculadas, entre muchos otros ejes, con las identidades, las desigualdades, las políticas públicas y la salud colectiva. Y, sobre todo, constituyen una clara evidencia del papel indispensable que las ciencias sociales tienen para comprender esos procesos, eventualmente como paso previo para eventuales intervenciones.

El artículo de Vanina Papalini es un denso y descarnado relato autoetnográfico a partir del cual se ponen en discusión premisas fundamentales del saber biomédico y también de los saberes populares sobre los alcances de la ciencia en general y la “ciencia” médica en particular. Sin caer en una crítica destructiva y fácil de ese saber biomédico, coloca profundos interrogantes de otro orden. La autora examina entonces, a partir de su propio itinerario como cuidadora, la operacionalización cotidiana de esos preceptos de la biomedicina y sus saberes cada vez hiperespecializados y, por ende, compartimentados. Así es que desarrolla una deconstrucción de la profesión médica para plantear su complejidad, su profundidad y sofisticación pero a la vez sus arbitrariedades, que permiten advertir algunos de los límites a la confianza en sus protocolos y las “verdades” respaldadas por “la ciencia” médica. Y a ello debe agregársele el peso de las

burocracias que producen un padecimiento extra al “estar enfermo”. Por eso, el abordaje autoetnográfico de una pérdida familiar y los padecimientos experimentados como cuidadora de un enfermo terminal demuestran que ese saber hiperespecializado y de alta complejidad ofrece una densa variedad de fisuras que está lejos de ofrecer todas respuestas para la salud y el bienestar de las personas. Y en la misma sintonía, el papel de los cuidadores y la necesidad de consultarlos, ocupan un papel central en la apuesta conjetural en esta desconstrucción de la biomedicina en acción que es toda una etnografía de la ciencia. Y es en ese marco que los cuidados profanos (y sobre todo los cuidadores) y las medicinas “alternativas” que muchas veces son parte constitutiva de la carrera del enfermo, también pueden ofrecer algunas respuestas complementarias con la medicina de alta complejidad.

El artículo “«Practicar yoga, mucho yoga»: autoatención de aflicciones durante la crisis por covid-19” de Ana D’Angelo constituye un abordaje etnográfico del presente (y en tiempos de pandemia) sobre la salud colectiva que combina diversos recursos metodológicos. Los practicantes de yoga y sus limitaciones durante la pandemia le permiten a la autora desafiar los saberes hegemónicos sobre la salud que dominan las racionalidades de los profesionales de la salud, los medios de comunicación y los organismos internacionales. A partir de su trabajo de campo y de la implementación de diversas técnicas de investigación virtual y a distancia, el artículo permite además mostrar, aunque ese no sea su objetivo principal, las limitaciones del sentido común con que se afrontó la pandemia del Covid-19. En efecto, la apropiación del yoga (entre tantas otras posibles) como una técnica de autoatención responde a parámetros trascienden a los habitualmente contemplados en el campo de la salud. Así es que la autora cuestiona las explicaciones “reduccionistas” que no alcanzan a contemplar la dimensión grupal de una práctica que además requiere de conexiones intercorporales y espirituales que sólo pueden comprenderse si se accede a la cotidianidad de los actores y a sus lógicas de representación. En ese sentido, la separación artificial de la salud física y psíquica, como también lo individual de lo social, no hace más que reproducir dualismos del cuerpo y la salud que este texto cuestiona.

El artículo de Paula Estrella, “Intervenciones sanitarias en poblaciones mapuche de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén, Patagonia Argentina”, se dirige a un conjunto de ejes problemáticos que condensan gran parte de los alcances potenciales de esta revista. Las políticas públicas, los sistemas de salud, la interculturalidad y los efectos de la biopolítica son algunas de las problemáticas consideradas en esta investigación. Un partido político provincial, las comunidades mapuche, las políticas sanitarias, las identidades étnicas y los “saberes ancestrales” en materia de salud conforman dimensiones analíticas de una etnografía que tiene además la capacidad de poner en escena conflictos de notable actualidad para la academia y para las agenda social y política de la Argentina. Más allá de las interpretaciones de distintos procesos históricos, la descripción pone en escena diferentes escenarios y conflictos que atraviesan no sólo a los sistemas sanitarios (como las tensiones entre lo “público” y lo “privado”) sino también los desafíos incumplidos de las políticas públicas para enfrentar las relaciones de interculturalidad. En este caso puntual, la descripción y exotización de las prácticas y lógicas de los agentes sanitarios constituyen aportes salientes en un marco caracterizado por una homogenización que no es particularmente sensible a la comprensión de las “formas ancestrales de cuidados”. Ello permite demostrar el modo en que suelen producirse profundas disonancias entre los postulados expresados por las políticas públicas estatales (en este caso provinciales) y el efectivo cumplimiento de los derechos enunciados. En las comunidades mapuche ello implica un elemento adicional que es la complementariedad de sus saberes, prácticas y representaciones de la salud con la medicina “occidental”, situación que tampoco es patrimonio exclusivo de los pueblos indígenas. Y aquí otro aspecto sustancial de la investigación es que las concepciones nativas de salud están incorporadas al discurso cotidiano de muchas comunidades como uno de los recursos para plantear sus demandas al estado nacional, en este caso a partir de la asociación entre la salud colectiva y el “reconocimiento territorial”, aspecto clave además para comprender conflictos actuales en Patagonia.

En definitiva, estos tres artículos con referato de este número sintetizan la diversidad y complementariedad de abordajes que transitan y, con seguridad, seguirán transitando las páginas de la revista. Una etnografía “urbana” de nuestros mundos contemporáneos, una autoetnografía y una investigación histórico-antropológica contribuyen a poner en escena esa amplitud temática, disciplina y metodológica que propiciamos. Lo mismo ocurre con los libros reseñados y con la traducción que, en este caso, consiste en el lineamiento editorial más explícito sobre el que ejercemos un relativo y más directo control. Esperamos que una buena parte de la energía emocional (Collins, 2004) desplegada para publicar este nuevo número siga alimentando los distintos eslabones de una cadena de interacción cada vez más densa, ambiciosa e inclusiva.

Mar del Plata, diciembre de 2021

Bibliografía

- Becker, H. (2009). *Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Becker, H. (2018). *Datos, pruebas e ideas. Por qué los científicos sociales deberían tomárselos más en serio y aprender de sus errores*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Collins, R. (2004). *Interaction Ritual Chains*. Princeton y Oxford: Princeton University Press.
- Girard, R. (1995). *La violencia y lo sagrado*, Barcelona: Anagrama.
- Hannerz, U. (2016). *Writing Future Worlds. An Anthropologist Explores Global Scenarios*. London: Palgrave Macmillan.
- Roth, J. A. (1957). Ritual and magic in the control of contagion”. *American Sociological Review*, 22(3), 310-314.

Artículos

Interpretar la enfermedad. Autoetnografía

Interpreting the disease. Autoethnography

VANINA PAPALINI*


CONICET / Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN. El artículo presenta una autoetnografía de una investigadora social basada en la experiencia de acompañamiento a un paciente oncológico, acontecida durante el período 2016-2018. El tema central explorado es la interpretación médica. La narración se organiza en torno a cuatro ejes: el diagnóstico, los informes, el tratamiento especializado y el lenguaje de la biomedicina. La reflexión, que parte de la explicitación del enfoque construido por la propia técnica autoetnográfica, problematiza las lecturas de la enfermedad a partir de sus condiciones de producción, que incluyen los marcos institucionales, organizativos y formativos de los profesionales de la salud. Complementariamente se desarrollan otros aspectos, como el papel de la persona que acompaña a un enfermo.

PALABRAS CLAVE: interpretación médica; cuidado; cáncer; autoetnografía

ABSTRACT. This article presents an autoethnography of a social researcher based on the experience of caring to an oncological patient, occurred during 2016-2018. The central issue is an exploration on medical interpretation. The argument is organized around four axes: diagnosis, reports, specialized treatment and the language of biomedicine. The discussion, which starts specifying the approach constructed by this autoethnographic technique, questions the readings of disease from its conditions of production, which include the institutional, organizational and training frameworks of health professionals. In addition, the article develops other aspects, such as the role of the person responsible of caring.

KEY WORDS: medical interpretation; care; cancer; autoethnography

* Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora Independiente del CONICET y profesora titular en la Universidad Nacional de Córdoba. Directora del Programa “Pluralidad epistemológica en salud: prácticas terapéuticas, sociedades y culturas”. E-Mail: v.a.papalini@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9229-9895>

Introducción

Me dedico a la investigación en un campo de intersección entre la antropología médica y la sociología de la salud; me concentro especialmente en terapias complementarias y alternativas y medicinas holísticas. Me interesan los procedimientos de diagnóstico, fascinantes lecturas de signos que en cada cosmovisión son diferentes, que parecen responder a enfermedades con etiologías también diferentes. Este interés me llevó, en 2015, a viajar a India para participar de un congreso. En la ponencia que presenté, escribía: “El caso testigo para ver esta diversidad de posiciones [de las instituciones de salud en relación con las medicinas alternativas y complementarias] es el tratamiento contra el cáncer. Punto débil de la medicina científica occidental, el cáncer no tiene ‘causa’ o agente exógeno claramente identificable; los tratamientos son crudelísimos y los efectos secundarios son tan perniciosos que muchos pacientes optan por no someterse a ellos, tentando la vía de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias” (Papalini, 2015).

De forma intempestiva, la investigación tomó por campo mi propia vida. En diciembre de 2016, después de meses de estudios, mi marido recibía el diagnóstico de neoplasia: linfoma difuso de células grandes B. Cáncer. Aunque no inmediatamente, pronto comencé a tomar notas, pues lo que ocurría se vinculaba fuertemente con mis temas de trabajo -aun cuando las medicinas alternativas y complementarias tuvieron nula incidencia en el proceso que siguió- y porque objetivar lo que nos acontecía me permitía transitar el penoso recorrido sin ser ganada totalmente por la angustia. No supe, al principio, que esos registros nutrirían esta autoetnografía. No es sino recién ahora, a más de dos años de la muerte de mi marido, que puedo escribir y comunicar esa experiencia, haciendo equilibrio entre la subjetividad biográfica y una realidad social compartida en la cual la salud es una preocupación constante.

El relato y el registro de la experiencia personal, tramada con categorías teóricas, aportan una mirada subjetiva y situada de los procesos de quien acompaña y cuida a una persona que atraviesa un diagnóstico y tratamiento de un cáncer. Con el afán de contribuir al diálogo entre los estudios sociales de la salud-enfermedad y las profesiones del campo biomédico, intentaré mostrar diversas situaciones que muestran a la medicina como una ciencia interpretativa y, en ese sentido, mucho menos “objetiva” de lo que parece para quienes están fuera del sistema sanitario. Organicé la exposición en torno a la construcción de la interpretación médica contrastándola con las vivencias de quienes atraviesan la enfermedad. Así, luego de la explicitación del método, desarrollo este eje vertebrador en torno a cuatro aspectos: el diagnóstico, los informes, la especialización y el lenguaje. La reflexión final apunta interrogantes sobre la interpretación de la vida.

Presentar el método es presentarse

En una autoetnografía, explicitar el uso del método es, a mi juicio, crucial, pues las variaciones admitidas son numerosas y sus implicancias, múltiples. En su versión más íntima, puede parecerse a una autobiografía (Blanco, 2012); en su variante etnográfica, llega a asimilarse a un diario de campo. Las mejores logran intersectar estos dos caminos. En mi caso, y frente a sus distintas posibilidades, opto por mirar integralmente las circunstancias en las que soy, al mismo tiempo, investigadora y esposa a cargo del cuidado del enfermo. Asumo el lugar de un sujeto que siente, reflexiona y actúa —el orden de la secuencia es aleatorio, ya que se dan *juntos*. Al exponer una experiencia propia sedimentada por el paso del tiempo, confío en reponer algunos aspectos personales significativos que ayuden a la comprensión, lo que en este caso equivale a decir: producir conocimiento. Ese conocimiento podría, a su vez, regresar sobre algunas prácticas que describo y permitir al conjunto de sujetos involucrados en las prácticas médicas leerse a sí mismos. Entonces:

“La búsqueda siempre apunta a hacer un aporte al conocimiento, tomando como punto de partida la imbricación entre lo contextual y lo personal. El fin es *comprender* los fenómenos sociales desde una perspectiva que demanda del investigador una

reflexividad y un autoanálisis permanente. No se trata de escribir por escribir, y tampoco de relatar los avatares de la propia vida (en ese caso estaríamos pensando en un género más bien autobiográfico). Hacer autoetnografía es producir conocimiento de una manera diferente y con herramientas distintas a las que estamos acostumbrados, pero pensando siempre en hacer un aporte al campo científico” (Martínez, 2016: 192).

Terminé de decidirme a escribir este texto cuando, leyendo un artículo de Arthur Kleinman, me topé con esta confesión: “en aquel tiempo, mi esposa desarrolló los primeros síntomas de Alzheimer y yo me dediqué a la realidad cotidiana de ser su principal cuidador. Esa tensa experiencia fue transformadora...” (2013: 1376). Kleinman no construye una autoetnografía ni da cuenta de lo vivido pero, según indica, ese acontecimiento gravita sobre todo el artículo y determina su reflexión sobre el cuidado de los pacientes en el contexto biomédico.

En mi caso, la autoetnografía está justificada por varias razones. En primer lugar, por la naturaleza del problema, que se instala en un área de investigación en la que tengo trayectoria previa. En ese sentido, los acontecimientos adquirieron para mí un sentido más amplio que el de eventos familiares. Decían algo de orden sistémico -de las instituciones de salud, de la biomedicina y de los pacientes-, que yo ponía en relación constantemente con la teoría y volvía objeto de reflexión y análisis en las incontables horas de salas de espera, en la quietud del internado o en las noches de vigilia. Mi tránsito por instituciones de salud, frecuente y sostenido durante dos años, me dio abundante material para analizar y conjeturar. Dicen Carolyn Ellis, Tony Adams y Arthur Bochner:

“Cuando los investigadores hacen autoetnografía, escriben retrospectiva y selectivamente sobre epifanías que surgen y que son posibles porque ellos mismos son parte de una cultura y tienen una identidad cultural particular. No obstante, además de relatar sus experiencias, a menudo se les pide a los autoetnógrafos que para analizarlas cumplan con el protocolo de publicación de las ciencias sociales” (2015: 253).

En segundo lugar, por lo que podría llamarse el “punto de mira” y el nivel de involucramiento. La autoetnografía permite describir en primera persona un conjunto de situaciones a las que muy difícilmente, como investigadora que se asoma a las vidas de otros, hubiera podido acceder de manera directa y en profundidad. El conocimiento del proceso completo en sus mínimos detalles y las emociones envueltas no son accesibles desde la observación externa. Como señala Feliu, las técnicas clásicas de las ciencias sociales se renuevan a partir de los setenta no solo por la crisis de confianza que atraviesan esas disciplinas sino también por “la improbable consecución de sus objetivos mediante las técnicas predominantes en aquel momento” (2007: 267).

Pero no podría decir que la mía fue una experiencia típica. Por quién era mi marido, un intelectual de avanzada edad, reconocido y querido. En su juventud y durante cuatro años había estudiado medicina, para luego volcarse a la literatura. Pero también por mi propia carrera. Desde el punto de vista de algunos de los profesionales, yo no era una familiar “promedio” que ingenuamente los interrogaba. Aquellos con los que tuve una relación más estrecha sabían cuál era mi actividad y tuvieron atenciones especiales conmigo. Aprendí, guiada por los médicos que atendían a mi marido, a medir la tensión arterial con un antiguo tensiómetro de pera de goma y a tomar el pulso manualmente, a escrutar radiografías y tomografías y a revisar estudios bioquímicos buscando la información pertinente. Así como leía *papers* sociológicos, comencé a leer los biomédicos. Los profesionales, a su vez, utilizaron las tablas con las que sistematicé la cuantiosa medicación que acompañó el tratamiento y me escuchaban con atención y una disposición que yo percibía como diferente entre quienes nos conocían un poco más y quienes no. Puede que no tenga que ver con nuestras actividades profesionales; quizá se trate simplemente del vínculo afianzado en el tiempo que surgió con quienes nos recibían en consulta con más frecuencia.

Finalmente, la autoetnografía también sirve como testimonio honesto de mis propias interpretaciones como investigadora ya que doy cuenta de una experiencia personal que reconfiguró radicalmente la manera de abordar mis objetos de estudio, generando resonancias que se cuelan en análisis ulteriores.

Aunque las razones que me mueven a la construcción de este artículo son claras, su contenido y su forma no lo son. “Escribir autoetnografía obliga al autor a cambiar radicalmente su manera de concebir la producción científica. Implica permitirse una escritura emotiva, en la que quien escribe se ve claramente inmerso. Este tipo de escritura incluye, a modo de *collage*, fragmentos de historias personales, documentos no oficiales, artículos académicos y textos populares” (Martínez, 2016: 190).

No obstante la invitación de Martínez, mi intención es evitar un vuelco marcadamente expresivo aun cuando lo que exponga sean circunstancias personales. La autoetnografía aúna un propósito de investigación que no soslaya la preocupación por el método, pero que demanda una escritura diferente ya que el “objeto” investigado coincide con el “sujeto” que investiga (Ellis & Bochner, 2000). Yo no bucearé demasiado hondo en mi emocionalidad, aunque mi punto de vista y mis interrogantes no pueden sino ser subjetivos. Mi experiencia emerge sin necesidad de hurgar en meandros afectivos que aún son ásperos e hirientes. Lo asumo como un temperamento, más que como un requerimiento del método; también como un cuidado de mí misma, estableciendo una distancia que me preserve, como si fuera la cuarta pared del teatro, una pared invisible que separa del público, construida en este caso a través del uso de un tono descriptivo. Incluso puede que se trate de una preferencia estética que rechaza la emocionalidad desbordante, y hasta puedo asumirlo como una inclinación profesional y una intención inicial de sujetar lo que podría desplazarse creativamente hacia una ficción biográfica.

Con ese ánimo, los materiales y fragmentos que recuperé para su desarrollo no son cartas o fotos sino, fundamentalmente, mis registros, así como la información sistematizada de tratamientos y resultados de estudios médicos y bioquímicos. Aspiro a que resulte menos un *bricolage* que una exploración vigilante de lo vivido. No me engaño sin embargo en cuanto a la “objetividad” que pudiera lograrse pues, como señala Eliseo Verón (1983), esta es un efecto discursivo. Soy consciente de los límites y peligros, sobre todo de aquellos que buscan, o suponen, la “verdad” del testimonio ya que, por más honestidad que se tenga y más vigilancia que se practique, siempre se tratará de la perspectiva ubicua de quien narra: yo misma; así como de la cantidad y disposición de cosas que se ven desde esa posición y el conocimiento que tenga para interpretarlas. Aunque no sea ficción, y quizá justamente porque no lo es, autoetnografiarse supone caminar cuidadosamente por un terreno resbaladizo. Creo sin embargo que vale la pena intentar desplegar su potencial único.

Puesto que una autoetnografía, aunque tenga un “yo” narrador, involucra a otros, he tomado algunos recaudos éticos. Mientras tomaba notas durante el proceso, di cuenta de ello a varios de los actores participantes y les comuniqué mi intención de escribir sobre los acontecimientos. No pusieron ninguna objeción, solo solicitaron una lectura previa a la publicación. Ese requerimiento fue cumplido. Por otro lado, también pedí permiso a mi marido, quizá ilusionándome con que estaría a mi lado cuando eso sucediera. También me lo concedió. Es cierto que una autoetnografía, de entrada, da cuenta de una identidad y se ata a ella; no obstante, las palabras siguen su propio derrotero y se separan de la autoría: lo dicho es más duradero que la dicente. Por ello, retengo de la práctica de la investigación el ejercicio habitual de preservar la confidencialidad de las fuentes, protegiendo la identificación de los informantes; me reservo entonces los nombres de los y las profesionales, así como de las instituciones de salud, y llamaré a mi marido por un nombre ficticio: David.

Para ganar cohesión en el relato, y dado que la experiencia fue larga e intensa, he seleccionado un único eje a desarrollar; me centraré en los avatares de la interpretación médica, que no implica solamente el diagnóstico -aunque este punto es crucial- sino la lectura de informes, síntomas y signos así como el lenguaje que traduce la experiencia del cuerpo a un código biomédi-

co. Las autoetnografías se construyen escribiendo de manera que solo al concluir sabré si estos propósitos iniciales se lograron.

La interpretación médica I: el diagnóstico

Recibimos el diagnóstico de cáncer después de una segunda internación, en diciembre de 2016. La primera fue confusa; había una febrícula persistente y dolor abdominal agudo. Así nos presentamos en la guardia donde se determinó la internación, con diagnóstico presuntivo de diverticulitis. Por entonces vivíamos en Córdoba, Argentina; David tenía 85 años y venía bajando de peso de manera evidente en el último tiempo. El médico cardiólogo al que consultaba regularmente, un antiguo profesor de la universidad ya jubilado especialista en arritmias, no pareció especialmente preocupado: afecciones digestivas crónicas, cambios en la dieta introducidos recientemente por el aumento de la glucosa, pérdida de masa muscular propia de la vejez, parecían suficiente explicación. Yo guardaba dudas al respecto y silenciaba el temor a *esa* enfermedad mientras insistía en buscar la causa de un deterioro que se me hacía evidente. Un año antes, en diciembre de 2015, David se había hecho una ecografía de próstata en la cual había aparecido, junto al bazo, una imagen de una masa misteriosa de contenido líquido. La indicación del urólogo fue repetir el estudio un año después, para controlar si la mancha crecía. Y ese plazo estaba a punto de cumplirse cuando se desencadenó la crisis.

Durante esta primera internación se hicieron numerosos estudios gastroenterológicos y el médico clínico identificó una serie de síntomas compatibles con alguna enfermedad sistémica. Había que hacer una biopsia ya que podía tratarse de una neoplasia; recomendaba extracción de material de un pulmón para descartar la posibilidad de reactivación de una vieja tuberculosis. Salimos de esa primera internación justo a tiempo para casarnos; habíamos tomado esa decisión después de más de dos décadas de relación y agendado el 7 de diciembre varios meses atrás. Creo que presionamos un poco, apurando el alta, para llegar a tiempo a los estudios médicos prenupciales. En la fila, aguardando el turno para ingresar al laboratorio, David apenas se sostenía en pie. Yo sentía que el corazón se me encogía cuando lo veía doblarse sobre su estómago al tiempo que, para sostenerse, apoyaba la mano en una mesa a sus espaldas. Resistía la espera estoicamente; alguien le acercó una silla. Esos días que imaginamos como una circunstancia feliz estuvieron velados por el gris de la sospecha y atravesados por el sufrimiento físico.

El austero festejo donde nos reunimos con una veintena de amigos lo encontró apagado, débil, apenas sonriendo, hablando con esfuerzo, sentado casi todo el tiempo. Antes de llegar a la punción prescrita, y después del matrimonio civil, pasamos por otros métodos diagnósticos. Hicimos ecografías, estudios bioquímicos, rayos X. Dos semanas después de la externación, los síntomas continuaban. Vimos a varios profesionales: dos urólogos, un cirujano, un infectólogo. Este último nos recetó un potente antibiótico presumiendo, al igual que los otros profesionales, que eran manifestaciones de diverticulitis. Suspendimos, por precaución, un breve viaje programado luego del matrimonio; confiábamos igualmente en poder iniciar el año en el extremo sur del mundo: también teníamos pasajes para Ushuaia.

Doce días antes de que terminara 2016, mi marido se desplomó sobre la cama. Cayó de espaldas, con los ojos abiertos. Me abalancé sobre él, creyendo que se trataba de un paro cardíaco. Lo golpeé en el pecho tratando de reanimarlo, sin resultados. Retuve un grito justo antes de que emergiera y llamé a la ambulancia. Sorprendentemente, como si hubiera vuelto de la muerte, David abrió los ojos: estaba consciente cuando el socorro llegó. Los paramédicos y el médico que acudieron al llamado consideraron que podía tratarse de un desmayo causado por el fuerte antibiótico, o una lipotimia, motivada por el calor de esos días de verano. Después de hacer un electrocardiograma se fueron, sin más indicación que hidratarlo.

En cuanto David se restableció un poco, esa misma tarde, fuimos a su médico de cabecera. Se había cortado la luz en esa área de la ciudad y el médico no podía ver la radiografía de intestinos que indicara previamente y que llevamos para su control. Nos fuimos a casa. A la mañana si-

guiente teníamos agendado un nuevo turno para consultar a un segundo infectólogo, un profesional de notable experiencia y con larga trayectoria en la salud pública. David entró tambaleante a la clínica, tomado de mi brazo. A través de una buena lectura clínica y con otros signos que habían aparecido, como melena, el profesional dedujo rápidamente que el desmayo era producto de una úlcera sangrante. Se comunicó telefónicamente con el clínico que había indicado la punción; comentaron el cuadro y los posibles diagnósticos. El infectólogo leyó los mismos estudios que ya habían visto muchos. Mientras mi marido se preparaba, ya en silla de ruedas, a ser trasladado a la guardia médica para luego internarse, se sentó a mi lado y, con cautela, me indicó que debía prepararme porque creía que se trataba de cáncer.

Desde el primer momento, la relación con este médico, al que llegamos recomendados por doble vía, fue cálida, pedagógica y muy dialogal. Me explicó que había tres posibilidades compatibles con esos síntomas y también por qué consideraba poco probables dos, inclinándose por la tercera, la neoplasia. Algunos nuevos estudios bioquímicos abonaron aún más esa hipótesis y, con una muestra obtenida por medio de una endoscopia, los análisis anatomopatológicos la confirmaron y dictaminaron con precisión su tipo. Se trataba de un linfoma avanzado que comprometía ya buena parte de los órganos. Su velocidad de reproducción era muy alta; el riesgo, extremo. Mientras se especificaba aún más el tipo de linfoma para su tratamiento químico, mi marido recibía tres unidades de transfusión. La navidad nos sorprendió en esta segunda internación.

Esta primera parte del relato tiene como clave de la trama una cuestión crucial: el diagnóstico. Hay una serie de interrogantes que, en un nivel existencial, son perturbadores. En un registro epistemológico, en cambio, son una llave heurística. Es ampliamente reconocida la dificultad para diagnosticar el cáncer; sus síntomas pueden ser confusos. No obstante es menester interrogarse: ¿por qué el diagnóstico de mi marido se obtuvo tan tarde y con tanta dificultad? ¿Pudo haberse anticipado un año, cuando esa ecografía de 2015 mostró la imagen junto al bazo? ¿Por qué el urólogo no investigó ese hallazgo?

No me interesa tanto repasar las acciones puntuales como la lógica general que las mueve. No abrigo dudas sobre la experticia de los médicos; el primer especialista que pudo haberlo diagnosticado era un profesional reconocido y bien ponderado. No creo que su forma de proceder haya sido simplemente negligente, creo, en cambio, que hay una pauta subyacente; sus recomendaciones obedecieron a parámetros bastante corrientes. ¿Cuáles? Esbozo algunas primeras conjeturas.

Lo que sabemos del cáncer, lo que el discurso circulante informa, es que es sólido. Ello es cierto, pero parcialmente, pues no todo lo que vulgarmente designamos como cáncer es un carcinoma. Llamamos al linfoma “cáncer líquido”. He aquí una primera diferencia con los fragmentos de saber popularizados. También se dice que, en las personas mayores, el crecimiento celular es lento, por lo tanto el cáncer –el tipo de cáncer que las películas y los medios retratan– avanza gradualmente. Esta segunda tesis sobre el comportamiento del cáncer también se encuentra limitada a ciertas tipologías, pero puede que el médico pensara que un control anual era suficiente precaución. Finalmente, tenemos la localización de la imagen que mostraba la ecografía. El urólogo manifestó a mi marido: “nunca supe que exista el cáncer de bazo”; vale decir que sopesó la opción y la descartó. La localización de la mancha le pareció poco peligrosa. Por otro lado, se percibía como líquido; luego, podía asimilarse a un quiste; otra razón, para “quedarse tranquilos”. Para dar otro ejemplo en el mismo sentido, un viejo amigo de mi marido, médico especialista en alergias, durante la búsqueda de diagnóstico y ante la manifestación de la febrícula persistente, le dijo: “tranquilo, el cáncer no da fiebre”. Lo que sabemos, o lo que creemos saber, puede tendernos trampas.

Estos eventos, sin ser concluyentes, parecen abonar las tesis de la sociología de la ciencia: los y las profesionales de la salud, como cualquier agente, sea o no científico, participan del discurso circulante y de las creencias de una época. Más allá de su profesión, las representaciones incrustadas en nuestros actos, aun en las prácticas de salud, son sociales, culturales e históricas

(Knorr-Cetina, 2005). Puede objetarse la generalización, señalando que este médico en particular procedió erróneamente y que debió estudiar el hallazgo. Personalmente, no creo que sea un caso singular: aunque no sea la regla, tampoco es la excepción. La información empírica de mi diálogo con pacientes y sus acompañantes van en el mismo sentido que la teoría; son numerosas las historias que escuché en los pasillos de las instituciones de salud, entre los familiares, que narran experiencias de diagnósticos confusos y tardíos. Intentaré describir lo que percibo como condicionantes sistémicos, inherentes a la biomedicina en el contexto de las sociedades occidentales capitalistas modernas. La medicina, qué duda cabe, no es una ciencia exacta: cuando se apoya en estadísticas, se asemeja a una disciplina probabilística, como la economía, la meteorología y la sociología positiva. Pero también, como me propongo mostrar, es una disciplina interpretativa, y este es su cariz a la vez más sutil y complejo.

Hay una premisa de la praxis médica, pero no constituye un protocolo obligatorio, que demanda la investigación de un hallazgo cuya naturaleza se desconoce. No parece sin embargo que el urólogo se haya planteado *seriamente* alguna duda. ¿Fue imprudente? Aunque la disposición observante es parte de lo que se espera de la “buena clínica”, el juicio moral poco interesa. Sospecho que actuó bajo el orden de creencias socialmente compartidas. ¿Fue su actitud “poco científica”? El adjetivo alude a un ideal que, como tal, se mantiene ajeno a la realidad social en donde la práctica médica acontece, de tiempos acotados y bajo una organización institucional específica. Pero también juega un papel el paradigma de la formación médica. Kuhn (2002) ha sido lo suficientemente claro al proponer que los paradigmas dominantes en una determinada comunidad científica operan como filtros en donde lo que se ve, lo que se sabe y lo que se interroga, forman parte de consensos. No se trata de pseudociencia sino que, muy por el contrario, son procedimientos habituales de la ciencia normal la cual, ciertamente, exhibe logros derivados de este mismo proceder.

Para dar cuenta críticamente de estos consensos paradigmáticos, Bloor (1998) comenta el caso de un biólogo, analizado por Barber y Fox, que se preguntaba por las transformaciones que se producían en las orejas de los conejos al aplicarle una cierta enzima. Partiendo de la premisa, sostenida científicamente por entonces, de que el cartílago era una sustancia inerte, el biólogo no pudo encontrar la causa (en Bloor, 1998: 63-64). Las ideas científicas previas que operaron como obstáculos epistemológicos (Bachelard, 1948) parecen haber cegado la apertura mental que debía presidir la búsqueda investigativa. Sin embargo, no se trata de un prejuicio sino de un juicio validado por el propio pensamiento científico. Esta lógica -acumular un acervo, apoyándose en conocimientos previos- es parte intrínseca del método científico basado en la evidencia.

Esta misma ciencia tiende a especializarse, lo que significa otro estrechamiento del punto de mira: se concentra sobre objetos cada vez más recortados, para abordarlos en profundidad. Luego, la apertura desprejuiciada, la interrogación constante y aun la falsación aconsejada por Popper (Hughes y Sharrock, 1999) no pasan de ser un horizonte utópico planteado por la ciencia occidental, unos *dogmata* a los que tender, pero que difícilmente sean realizables. Aun siendo utópicos, esos estándares éticos dibujan un horizonte ético contra el cual se valoran los procedimientos. Son los que nos permiten la “vigilancia epistemológica” (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2008).

La pregunta podría reformularse tratando a la biomedicina como un ensamblaje sociotécnico (Latour, 2008), en el que sería inconducente separar al componente humano de su engarce tecnológico e institucional. Sería igualmente absurdo pretender su reemplazo por una tecnomedicina totalmente impersonal porque, es relevante subrayarlo, los procedimientos automatizados y mediados por aparatos también involucran una lógica de procesamiento, de encadenamiento, de rastreo, de selección y de individualización. Vale decir que el ensamblaje requiere de todos sus componentes. Dentro de esta articulación, la interpretación de signos y síntomas en contexto es una actividad propia e indelegable de profesionales de la medicina. ¿Acaso puede la ciencia prescindir de actores y actrices humanos, a cuya condición es inherente creer, pensar, conocer, sentir, acertar y equivocarse? La misma sensibilidad, la misma capacidad interpretativa que lleva a des-

cifrar un caso, puede conducir a error. ¿Podemos desasirnos de las tramas discursivas -de las que el conocimiento es parte- que constituyen nuestras matrices de interpretación?

La interpretación médica II: los informes

¿Qué es un diagnóstico? Etimológicamente hablando, es lo distintivo; aquello que permite discernir. Se trata de una operación cognoscitiva que funciona por referencia a lo que se conoce y, sobre todo, a los rasgos específicos que diferencian una cosa de otra. Cuanto menos específicos son los síntomas y signos del paciente, más difícil es el diagnóstico. Para distinguir hay que educar la mirada. Pero eso no es suficiente: hay que aprender a identificar, a nominar y a establecer similitudes y distancias. Hay que aprender un lenguaje en todo su sentido.

Establecer cuáles son los datos relevantes constituye un segundo nivel del diagnóstico. En el caso del diagnóstico médico, esta interpretación es un insumo fundamental para la acción, que en este campo es el tratamiento. Se retiene aquello que es pertinente y que permite caracterizar el caso, de manera tal que se corresponda con una tipología o síndrome. De esta manera se le da un nombre -el de una enfermedad- y se hace la elección de un tratamiento. La información que proveen las herramientas tecnomédicas más sofisticadas son mudas sin alguien que las interprete.

Ahora bien, aunque no sea homóloga a la que acontece en el campo de las letras, la interpretación o semiótica médica es una tarea nada sencilla. Las tecnologías de diagnóstico médico son capaces de producir y acumular una cantidad ingente de información, pero se requiere de la experiencia forjada en el examen de la materialidad de los cuerpos, que pueda leerlos en el contexto de sus circunstancias, para poder dar sentido a una sumatoria de datos a veces confusos e inespecíficos, o para decidir entre diagnósticos en competencia. En este punto, la escucha, la relación con el o la paciente, y la anamnesis, la historia previa, completan el cuadro y ayudan a dar sentido (Lupton, 2012).

En un libro de importancia fundamental para el campo de la antropología, Byron Good (2003) trabaja sobre los procesos formativos de la profesión médica; describe cómo los estudiantes “educan” la mirada; aprenden a seleccionar, del cúmulo de información que reciben, cuáles son las fundamentales y a responder inmediatamente a aquellos que demandan una intervención pronta, así como a resumir una larga historia clínica en una síntesis apretada que es lo que comunican en la interacción con sus pares. “Estas normas no solo controlan las prácticas sino las definiciones aceptables de la realidad” (2003:160). En la etnografía que nutre las reflexiones de Good, el proceso de adquisición de un lenguaje, la preparación y la presentación de los informes médicos constituyen hitos formativos. Pero su propósito no es meramente pedagógico: “Por lo pronto -señala Good- lo que yo he venido llamando prácticas formativas -escribir informes y hacer anotaciones en las hojas de gráficas, presentar casos, hablar con el paciente- son ... expresiones que tienen enormes consecuencias en el mundo real.” (2003:157) Good subraya que cuando habla de “la construcción médica del cuerpo” a través de varias prácticas interpretativas, está “describiendo actos que, casi literalmente, modelan y remodelan el cuerpo” (2003:158).

Es necesario tener criterios muy eficaces para seleccionar, de la cantidad de datos con los que se cuenta, aquellos que resultan “distintivos”. El infectólogo que nos dio el diagnóstico cierto -al que David le tenía confianza absoluta- tuvo un dato más que todos los anteriores profesionales, pero también tuvo una capacidad particular para “interpretar” al paciente en un cuidadoso examen clínico y se planteó una conjetura confirmada con los análisis de laboratorio, que leyó con solvencia tanto teórica como empírica. La interconsulta terminó de fortalecer su hipótesis. Fue desde una convicción muy fuerte, y sin ningún nuevo estudio, que se dirigió a mí.

Otro evento ilustra una situación inversa. David había sostenido el tratamiento de nueve aplicaciones de quimioterapia con entereza. Hizo todo lo que indicaron los médicos y nada de lo que no le aconsejaron: a mi pesar, ni siquiera intentó probar la más inocua de las medicinas alternativas y complementarias. Su fe en la ciencia tenía raíces hondas; venía de su admiración por el médico que, en su infancia, atendía a todo el barrio obrero, de ferroviarios, donde su papá tenía

un almacén. Sus años de estudio de medicina fueron efecto de esa admiración. También su antigua militancia comunista lo vinculaba positivamente con la ciencia. No era ese mi caso; forjada al calor del interpretativismo, usualmente reviso cualquier dictamen de autoridad a la luz de sus condiciones de producción. Sin embargo, en esta ocasión, me puse al servicio de lo que David decidiera, sin objeciones.

A lo largo de todo el tratamiento y con posterioridad a su finalización, persistieron ciertos malestares estomacales -náuseas constantes, dificultades digestivas cuya etiología no era clara. Este padecimiento nos llevó con frecuencia a la guardia médica (*shockroom*) de la clínica donde se atendía, de manera que yo era una cara familiar para muchos médicos y médicas. Además, solía haber residentes de medicina que rotaban por la guardia. Conocía a la perfección sus rutinas, de manera que esperaba lo habitual: auscultación clínica, tensión arterial, a veces electrocardiograma, estudios de laboratorio; y goteo de suero intravenoso mientras aguardábamos los resultados. La situación que voy a relatar corresponde a una etapa avanzada del tratamiento de mi marido; al primer trimestre de 2018, cuando ya había culminado la quimioterapia.

En esta ocasión, los resultados del laboratorio bioquímico llegaron en las manos de una residente quien muy seriamente me informó que mi marido tenía problemas de riñón. David tenía muchísimos problemas, pero los renales no eran especialmente significativos, y esta médica me estaba recomendando una visita a un nefrólogo -una especialidad que, de las 18 a las que habíamos recurrido, aún no estaba en nuestro carnet de visitas- y estaba agregando una preocupación más y una tarea más a una persona agotada de transitar por los pasillos de distintas instituciones de salud. Reaccioné vivamente y, en un tono que seguramente estaba lejos de ser cordial, le planteé que mi marido no tenía ningún problema renal especial, y que los resultados que veía estaban alterados por los efectos de la quimioterapia. Asustada (supongo que su práctica estaba siendo supervisada; un reclamo de mi parte hubiese perjudicado el informe de su residencia), me dijo que ella tenía la obligación de informarme y que no comprendía por qué me enojaba. Su perplejidad me volvió, reflexivamente, hacia mí; rápidamente disolví el enfado cuando me di cuenta que ella no solo no había leído del todo bien la abultada historia clínica de mi marido, sino que no *podía* hacerlo. Respiré hondo: nadie hubiera leído completo, para interpretar el informe bioquímico con la premura del caso, semejante expediente. La médica a cargo de la guardia se comunicó con el oncohematólogo. Cuando vino a darme las indicaciones, conversamos unos segundos sobre el asunto y se descartó de inmediato la advertencia de la residente.

Me quedé meditando sobre mi enojo. Yo no dejaba de ser una socióloga en atención flojante que tomaba nota de cuánto tiempo había pasado la médica residente frente a la pantalla leyendo la historia clínica. Tampoco se me pasaba por alto que no nos había interrogado convenientemente, depositando su confianza en los datos estandarizados de los informes y los estudios. Además, yo formaba parte de esa comunidad de acompañantes bien informados “que dispone de explicaciones técnicas sobre su enfermedad, conoce el efecto de los fármacos específicos y discute con el médico la estrategia de su tratamiento” (Cortés, 1997: 93); no iba a tomar una indicación que juzgara temeraria al pie de la letra. Pero, ¿qué pasaría si hubiera seguido esta recomendación?

El perjuicio de una derivación no justificada parece, *desde afuera*, no ser grave... hasta que se mira la totalidad a la cual esta indicación se suma. De haber seguido la recomendación médica, se hubiera agregado a una agenda de por sí cargada la nueva búsqueda de cita; las convalidaciones de la obra social, el traslado y el acompañamiento, los nuevos estudios -que también hay que agendar, en un complicado rompecabezas en donde calzan muchas otras actividades incluyendo mi trabajo-, nuevos traslados y acompañamiento... además de preocupación, ansiedad, cansancio... la maquinaria burocrática de atención de la salud demanda tiempo y energías, muchísima paciencia, autocontrol de las emociones y dinero. En enfermedades largas, son pocas personas las que están disponibles para resolver todas las gestiones necesarias, atender, asistir y dar afecto sostenidamente. Recargar a las y los familiares con tareas innecesarias puede poner en riesgo la continuidad del cuidado y la salud psicofísica de quien acompaña. La mía se vio afecta-

da en varias dimensiones.

La suma de una lectura rápida o de una mala selección de lo relevante en un informe, la ausencia de una buena anamnesis y la poca escucha del paciente debilitó la posibilidad de “interpretar en contexto” (Kleinman, 1980; 1988). En la vivencia que narro no fue bien interrogado el paciente, ni tampoco la acompañante. Estoy persuadida del papel clave que cumple la persona a cargo del cuidado y el acompañamiento. Consultar al cuidador o la cuidadora es poco frecuente y, hasta cierto punto, razonable: parece soslayar al paciente mismo. Sin embargo, constituye un apoyo central para un tratamiento y sus avatares. En mi caso, yo podía hacer una apretada síntesis de los eventos más relevantes, recitar de memoria la medicación e incluso interpretar algunos síntomas con bastante eficacia. Tenía además información precisa, provista por el oncohematólogo de cuáles eran los signos de alarma, que me ayudaban a definir cuándo estábamos ante una emergencia.

Muchas veces asumí activamente ese lugar de “dar la síntesis” amparada en el hecho de que David escuchaba muy mal: usaba audífonos para la hipoacusia. Pero no era sólo eso; al proporcionarle cuidado diarios, estaba alerta ante cualquier manifestación nueva, con un criterio diferente al suyo. En circunstancias normales, su extremada sensibilidad para percibir su propio cuerpo hubiera sido una buena guía, pero sus síntomas eran tantos que no podía controlarlos. Su atención se concentraba en su malestar estomacal; allí se dirigía siempre. Si su subjetividad sufriente dificultaba la solución, mi papel entonces era facilitarla. Creo que los tratamientos ganarían mucho si integraran a las personas a cargo del cuidado a la tarea, no sólo de atender, sino también de relevar información. El afecto también comporta una sensibilidad peculiar que permite percibir los cambios en los estados del paciente mejor de lo que lo hace cualquier dispositivo.

Tanto el diagnóstico inicial como el ejemplo de la guardia muestran claroscuros de la atención de la salud: es bueno recordar que no es infalible y que no puede *saber* de aquello que no entra en la consideración o el análisis. Esto no debe ser entendido como una acusación, sino como el modesto reconocimiento, que deberíamos internalizar, de los límites. El problema con las enfermedades sistémicas es que sus consecuencias son amplísimas. Un gastroenterólogo, el cuarto de los cinco que visitamos, me dijo con resignación “La medicina no tiene explicaciones para todo”. Valoré muchísimo esa afirmación valiente que llegaba después de haber probado sin resultados satisfactorios casi toda la medicación existente en el mercado.

Ni una persona, ni un área de actividad, ni un sistema, tienen todas las respuestas. Pero, ¿quién se atreve a decirlo? ¿Quién se atreve a dudar cuando se demanda angustiosamente una certeza? Dudar implica hacer una pausa, detenerse. En tiempos de sobrevaluación de la asertividad y la proactividad, significa ir a contracorriente. Y sin embargo, es la condición necesaria para la producción de conocimiento. En ciencias sociales, dudar de las interpretaciones es parte del oficio.

La interpretación médica III: la especialización

Hay otras anteojeras que cierran el ángulo de la interpretación. Una característica estructural de la biomedicina es la superespecialización. Lo podemos sintetizar así: en general, un urólogo no sabe mucho de cáncer. La pobre respuesta que obtuvimos en aquel momento trajo como consecuencia el tratamiento tardío del linfoma. Lo que los médicos especialistas saben de las demás especialidades es poco y en general está desactualizado (“para esto tiene que consultar al especialista” era la frase repetida, cuya primera parte, casi siempre omitida, quizá sea “de esto no sé”); en contrapartida, conocen mucho y en profundidad del recortado campo de su especialidad. El oncohematólogo que trataba a David, por ejemplo, era un caso ejemplar de especialización: era estudioso y estaba muy actualizado. Era, también, afable, claro, cuidadoso y directo; buscaba humanizar la atención, nos escuchaba y nos dedicaba abnegadamente mucho tiempo. Me consta que nuestro caso le trajo más de un desvelo; este paciente complejo lo llevó a leer numerosos artículos recientes y a buscar tanto posibilidades de tratamiento como explicaciones para los malestares gastrointestinales. En varias ocasiones realizó interconsultas con colegas que daban a su paciente poca chance

de sobrevivencia a la quimioterapia. Sin embargo, el tratamiento fue exitoso en relación, al menos, a una variable: el linfoma remitió por completo y mi marido vivió dos años más.

¿En qué consistió el tratamiento? Dado que se trataba de un linfoma, las directrices generales eran marcadas por este especialista. La quimioterapia fue para nosotros la herramienta central, pero sus efectos demandaron muchas otras intervenciones. Las defensas bajan y hay que prevenir infecciones de bacterias, virus y herpes; además, en el caso de David, también la reactivación de la antigua tuberculosis. La quimioterapia incluye el uso de corticoides, que acarrear algunos problemas renales, y las semanas posteriores a su aplicación se generan náuseas y trastornos digestivos. La debilidad obliga a estar en la cama y hay que controlar las escaras que se producen en la piel; además, la inmovilidad tiene que ser contrarrestada con fisioterapia. El corazón, en el caso de mi marido, también requería control. A ello se sumaba una dieta muy especial para que subiera el hematócrito y los glóbulos rojos. Hay otros efectos colaterales de este tratamiento que, si bien son secundarios en términos de su gravedad, afectan la percepción que el enfermo tiene de sí mismo y comprometen su vinculación social. La vista y el oído se vieron afectados. La vida que solíamos tener dejó de existir.

Bajo tratamiento oncológico, visitamos, en dos años, 18 especialidades y más de 30 profesionales:

Infectología, gastroenterología, urología (varias subespecialidades), endocrinología, oncología, hematología, clínica médica, cardiología (varios profesionales), traumatología (varias subespecialidades; servicio departamentalizado), neurología, diabetología, nutrición, kinesiología, neurología, psiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología, fonaudiología, anestesia. (Registros de campo)

A ello se suman los servicios y profesionales auxiliares de la salud, como enfermería y farmacia, y todos los y las profesionales y técnicos intervinientes en los estudios.

¿Qué imagen de enfermo se compone pegando estos mosaicos? Es difícil saberlo. Aun existiendo un médico de cabecera, la fragmentación es tal que podríamos pensar en un enfermo pixelado: resulta borroso.

La especialización tan recortada es de la modernidad reciente. Si bien en muchos sistemas médicos tradicionales existen especialidades (pienso en las cuatro especialidades de la medicina maya; o las ocho de la ayurveda), este nivel de fragmentación es propio del capitalismo occidental. Los médicos y las médicas quizá se sorprendan al escuchar que su forma de trabajo es una versión avanzada de la división taylorista de la cadena productiva, ejemplo de la racionalización capitalista del trabajo. De todo trabajo. La departamentalización es una forma de la división del trabajo que resulta más eficiente para quien controla el proceso y las relaciones sociales de producción (cuyo producto no es la salud, sino *la atención de la salud*) pero no necesariamente para el o la paciente.

Las enfermedades llamadas “sistémicas” ponen a prueba esa especialización, pues demandan un tratamiento también sistémico. En lo que pude observar a raíz de la enfermedad de David, la dificultad radicaba en construir eficientemente la integralidad a partir de una estrategia general e intervenciones específicas, que no es lo mismo que diseñar una estrategia global. La definición del curso general del tratamiento estaba en manos del especialista principal. La enfermedad más importante era la letal: el linfoma. Luego intervinieron otras especialidades, cuya intervención estaba focalizada, circunscrita.

La imagen que subyace a mi interpretación de cómo la biomedicina trató al enfermo es la de un mapa de guerra en donde el territorio (el cuerpo) pasa a ocupar un papel secundario, como un fondo donde se identifican los focos a atacar. Mi interpretación no es original ni se circunscribe a procedimientos particulares; algo semejante ha sido dicho al poner de relieve las lógicas socioculturales de la interpretación médica (Lakoff y Johnson, 2011; Lizcano, 2009). La metáfora de la guerra, tan utilizada por los y las higienistas, los epidemiólogos y las epidemiólogas, es valiosa para repensar el lugar del cuerpo: es evidente que, en una guerra, nadie mira el territorio como paisaje.

PLAN DE MEDICACION [] - FEBRERO 2017

DROGA	NOMBRE COMERCIAL	Orden	HORA	EFEECTO	STOCK	ESPECIALISTA	PROVISIÓN
Pantoprazol 40 mg		1	En ayunas	Protector gástrico		Clinica médica	
Ondansetron 8 mg		1	En ayunas (a demanda)	Antiemético		Oncohematología	Plan oncológico
Vitaminas B1 B6 y B12		1	En ayunas			Clinica médica	
Enalapril 2.5 mg	Enalapril	2	Desayuno	Antihipertensivo		Cardiología	
Bisoprolol 2.5 mg	Bisoprolol	2	Desayuno	Betabloqueante		Cardiología	
Allopurinol 300 mg	Allopurinol	2	Desayuno	Inhibe ácido úrico		Oncohematología	
Sulfametoxazol 800 mg+ trimetoprima 160 mg	Sulfametoxazol	2	Desayuno LU - MIE - VIE	Químico, bactericida		Oncohematología	Plan oncológico
Aciclovir 800 mg	Aciclovir	2	Desayuno	Antiviral/herpes		Oncohematología	Plan oncológico
Espironolactona 25 mg	Espironolactona	2	30 hs	Diurético		Cardiología	
Ácido acetilsalicílico 100mg	Ácido acetilsalicílico	4		antiagregante		Cardiología	
Rifampicina 300 mg Rifadin	Rifampicina	3	Desayuno	Antibiótico TBC		Infectología	Hosp.
Isoniacida 150 mg Nicotibina	Isoniacida			Tuberculostático		Infectología	Hosp.
Furosemida 40 mg	Furosemida	3	12 hs	Diurético antagonista		Cardiología	
Enalapril 2.5 mg	Enalapril	4	Noche	Antihipertensivo		Cardiología	
Bisoprolol 2.5 mg	Bisoprolol	4	Noche	Betabloqueante		Cardiología	
Alprazolam 0.5	Alprazolam	4	Noche	sedante		Cardiología	
Filgrastim ampolla 30 m.u. 1 ml	Filgrastim			Aumento defensas		Oncohematología	Plan oncológico
Metoprolol 50 mg	Metoprolol			Otros			
Metoprolol 50 mg	Metoprolol		A DEMANDA	antiemético		Clinica médica	
Metoprolol 50 mg	Metoprolol		A DEMANDA	Laxante		Clinica médica	
Metoprolol 50 mg	Metoprolol		A DEMANDA			Clinica médica	
QUIMIOTERAPIA							
Rituximab 100 mg + 500 mg	Rituximab				1 + 1	Oncohematología	Plan oncológico
Vincristina 1 mg	Vincristina				2	Oncohematología	Plan oncológico
Ciclofosfamida	Ciclofosfamida				2 frascos	Oncohematología	Plan oncológico
Meprednisona 40 mg	Meprednisona				1 caja	Oncohematología	Plan oncológico
Clorhid. de doxorubicina 50 mg	Clorhid. de doxorubicina				1 frascos	Oncohematología	Plan oncológico
Ondansetron inyectable 5 mg	Ondansetron				2 ampollas	Oncohematología	Plan oncológico
Paracetamol	Paracetamol						

Cada especialista “dispara” sus “municiones” farmacológicas, con lo cual las interacciones son difíciles de discernir, pero además requieren una gestión sofisticadísima y toda una logística al servicio de la administración de los fármacos.

Esta es la primera de las tablas que utilicé; me permitía llevar el control de la medicación: cuándo administrarla, para qué, cuál era el stock remanente y a quién solicitar la receta. He difundido los nombres comerciales de los medicamentos, así como la institución que los proveía y el nombre de mi marido en el encabezado. Podría haber modificado el documento pero preferí preservarlo en su forma original, tratándolo como un material de campo. Confeccioné varias tablas; cuando cambiaba mucho el esquema de medicación, la rehacía. Elaboré esta al inicio del tratamiento; identifica cuáles son los medicamentos que corresponden a la quimioterapia propiamente dicha y cuáles son los que tratan de morigerar sus efectos indeseados. La quimioterapia se administró en un período específico. Paulatinamente, la medicación general fue reduciéndose -las tachaduras corresponden a la primera reducción- pero aun sin quimioterapia, nunca se le administraron a David menos de diez medicamentos.

Dado que el cuerpo no funciona en forma departamentalizada, la hiperespecialización trae como consecuencia frecuente la sobremedicación. No es que un o una profesional quiera “sobremedicar” sino que componen con dificultad la totalidad. No se me escapa que existen acuerdos comerciales entre profesionales y laboratorios que orillan los límites éticos pero no tengo ninguna sospecha en relación a los médicos que trataron a mi marido; su probidad, a mi parecer, está fuera de cuestión. Actuando de buena fe y responsablemente, acontece aquí lo mismo que le ocurrió a la residente en la guardia: la extensión y complejidad se vuelven difíciles de abarcar. La alternativa son las interconsultas; las juntas médicas, o los equipos conformados por distintas especialidades, pero en vorágine cotidiana resultan difíciles de ejecutar con frecuencia. Los equipos, cuando trabajan como tales, están conformados en general por los y las miembros de un departamento, como lo era hematología. Cuando el oncohematólogo quería una opinión de otro especialista (normalmente el infectólogo, que hizo las veces de médico de cabecera, o el cardiólogo; en algu-

na ocasión el gastroenterólogo), se comunicaba directamente, pero no como parte de un funcionamiento regular en equipo. Esta modalidad de trabajo no era una elección individual: es un tipo de funcionamiento institucional propio de numerosas, me atrevería decir que la mayoría, clínicas y hospitales existentes, al menos en Argentina.

En una lectura *post factum*, creo que la quimioterapia trajo otros trastornos -el digestivo fue uno de ellos, pero el deterioro cardiovascular fue el más grave y, a la postre, fatal- y no había literatura que iluminara sobre ello. El punto de debate era si este tratamiento tan potente podía aplicarse a toda edad. La respuesta se buscaba en estadísticas (esas estadísticas que orientan a la biomedicina por encima de cualquier otra consideración cualitativa) que mostraran qué preferir en esta odisea, si el abismo del linfoma o el torbellino de la quimioterapia. Un camino conducía a una muerte rápida; el otro era poco conocido: podía implicar un deterioro tal que acarrearía una muerte lenta, o ser la única esperanza de restablecimiento de la salud. El segundo nivel de interrogantes era si aplicar el tratamiento completo, o parcial. La apuesta del especialista era que, con el tratamiento completo, se lograra la remisión completa del linfoma. Hacía hincapié en el estado físico, más que en la edad y esto sí provenía de una lectura de la clínica de su paciente. Había que tomar una decisión, y la tomamos juntos.

Mi marido era fuerte, muy fuerte, y atravesó la quimioterapia serenamente haciendo todo lo indicado para curarse, pues quería vivir. El médico quería curarlo, y yo acompañaba en todos los sentidos estas voluntades. Pero el malestar gástrico constante se sobreimprimía a cualquier otra sensación. El segundo año, cuando le indicaron radioterapia, David se sintió vencido; la noticia lo abatió hondamente a pesar de que los resultados logrados hasta entonces eran muy buenos. La radioterapia completó el tratamiento y el linfoma desapareció por completo, pero él no se recuperaba. ¿Fue la desmoralización ocasionada por el malestar gástrico, que parecía lateral pero que minaba su experiencia vital, o fue la insuficiencia cardíaca que se acentuaba? ¿O era afectado por otros acontecimientos, dramas emocionales, personales y vinculares que se desencadenan a propósito de las enfermedades graves?

En octubre de 2018, David sufrió algunas caídas y se evidenció un deterioro mayor. Devolví, después de tres cambios, los pasajes de ese viaje a Ushuaia planificado dos años antes. No iríamos. No puedo olvidar su mirada: fue como si ese acto estuviese sellando una sentencia. Mi marido era una realidad a la vez material e intangible, social y biográfica, psicológica, biológica, afectiva y energética; parte de un entramado familiar y cultural. Persiguiendo la parcialidad de la enfermedad, perdimos, también yo, la visión completa y actuamos por recortes ante problemas que estaban encadenados.

La interpretación IV: un lenguaje

El lenguaje médico es un código técnico complejo no sólo por la terminología específica sino por el uso de siglas que acortan términos largos: el tiempo es un factor fundamental y la reducción es uno de los procedimientos habituales para ganarlo. Los informes muchas veces se dan a las carreras ya sea porque se atiende una urgencia, como porque haya una sala de espera repleta. Un o una profesional de la salud lee rápidamente la historia clínica para luego comenzar su propia tarea; esta debe ser escueta y precisa.

La consulta médica es una interfaz de lenguajes. Como una pequeña pieza de orfebrería, una filigrana compleja, minúscula y delicada, tiene que tramar muchas cuestiones: cumplir su cometido en términos de diagnóstico -lo cual implica la escucha de los y las pacientes-; solicitar los estudios necesarios cuando faltan elementos o cuando hay que verificar la presunción; indicar un tratamiento, si esto es ya posible; y explicar, en términos más o menos claros, todo lo actuado, en un exiguo lapso de 15 a 20 minutos. Esa operación es una traducción de lenguajes que debe ser breve y eficaz, de manera tal que permita al paciente o a la paciente comprender lo que le ocurre y seguir los pasos señalados por el o la profesional. En una medida exigua, se espera que el o la paciente tome decisiones a partir del cuadro de situación trazado en la consulta, sobre todo cuan-

do se trata de afecciones simples; en general, la visita presupone la cesión de la decisión al médico o a la médica.

En la clínica en la que David era atendido, se preocupaban mucho de que el personal desarrollara esta faceta comunicativa y una actitud comprensiva y contenedora. En la mayor parte de los acontecimientos que me tocó vivir, puedo afirmar que estos preceptos se respetaban. Pero las decisiones eran otro cantar porque para decidir -o para interrogar más allá de lo que se explicaba- había que conocer más. Puse pues especial atención en aprender el lenguaje, tanto como en aprender las rutinas, las lógicas y las técnicas. Recurrí, por ejemplo, a los prospectos de los medicamentos, que leía regularmente. Con la ayuda de enciclopedias médicas en línea, estudié pragmáticamente, como una mala estudiante que no se interesa por los fundamentos sino por su aplicación en el examen. Este era el examen más importante que había enfrentado.

Algunas preguntas bastante específicas que me surgían eran evacuadas por estos tres grandes compañeros de ruta, el infectólogo, el cardiólogo y el oncohematólogo, con quienes las consultas nunca eran menores a una hora. Los demás tenían menos paciencia frente a mis interrogatorios. Con el tiempo adquirí un buen conocimiento del lenguaje médico y lo usaba a sabiendas, pues había percibido que generaba el efecto de ser una “colega” (en algunas ocasiones me preguntaron si era médica) y ello redundaba en la obtención de más información. Cuando ya llevaba un año de acompañante y cuidadora de mi marido, era frecuente que se dirigieran a mí utilizando términos técnicos; no siempre los conocía, pero los anotaba y averiguaba. Es curioso cómo este aprendizaje, que se produjo en un estado anímico excepcional, sacó a relucir competencias personales que no sabía que podía desarrollar; hoy no recuerdo demasiado de lo que entonces conocía a la perfección.

Esta formación “casera” fue de utilidad en varias ocasiones. Una de las cosas que sabía, gracias al cardiólogo y su actitud pedagógica, era que la arritmia de mi marido era un “pulso eléctrico” que no llegaba siempre hasta la muñeca, donde normalmente lo tomaban, y menos aún al dedo, donde un dispositivo que medía la oxigenación también lo registraba. Había que sentirlo sobre la carótida, en el cuello. Los enfermeros que regularmente asistían a casa para controlar los principales signos vitales de David -un servicio diario- registraban un dato que muchas veces era erróneo. La conducta a seguir frente a la bradicardia es opuesta a la que hay que tomar frente a la taquicardia así que, al ver cómo se hacían los controles, le expliqué a un enfermero cómo tomar el pulso. Pero los enfermeros rotaban y yo no siempre estaba en casa cuando venían -seguía dando clases aunque renuncié a todo lo que implicara responsabilidades mayores-; las planillas, pues, consignaban información no del todo fiable. Supongo que por eso no detectamos antes la insuficiencia cardíaca agravándose. Más bien parecía que David tenía pulsaciones muy bajas. Eso podía explicar los ligeros desmayos que comenzó a padecer; se produjeron caídas que causaron golpes, cortes y hasta una fractura de tabique. Eran las señales de alarma.

Siguiendo mi “intuición informada” fui a consultar al cardiólogo, sola, porque David ya no podía desplazarse con facilidad; habíamos pasado del bastón simple a otros apoyos más firmes y me había provisionado de una silla de ruedas, que aún no habíamos usado, para tratar de reducir las caídas. Movilizarlo no era fácil; a pesar de que ya no pesaba 80 kg sino apenas 67, seguía siendo un hombre alto y yo, que soy más bien baja, también había perdido peso. Cada caída era una doble impotencia: la de él, que no podía pararse, y la mía, que no podía levantarlo.

El cardiólogo habló largamente conmigo, pero no se refirió específicamente a mi consulta. Salí confundida. Casi como si estuviéramos espejando la primera internación, al día siguiente fuimos a ver al infectólogo. Esta vez pedí refuerzos y trasladamos a David en la silla de ruedas. El médico lo revisó cuidadosamente; no encontró nada especialmente preocupante. Cuando ya nos estábamos yendo, lo escuchó toser y nuevamente, la iluminación: podía haber algo de líquido en el pulmón. Una placa de rayos X y David quedó internado. Le aplicaron un tratamiento con antibióticos por dos días; llegó el fin de semana y el sábado 8 de diciembre nos dieron el alta. Muy pronto, pensé yo. Insistí: ¿no van a hacerle estudios de corazón? Habían hecho un electrocardiograma, me respondieron. ¿Qué tal un ecocardiograma? Me dijeron que sí, pero el alta ya

estaba firmada y nos externaron sin ese estudio.

Volvimos a casa. David estaba mal, en la noche sudó muchísimo, pero no tenía fiebre. Seguía con antibióticos. Era domingo. A mediodía solicité atención a domicilio. La médica que concurrió nos recetó muchas cosas, al menos cinco medicamentos, descongestivos y nebulizaciones con un medicamento de efecto broncodilatador. No fui a la farmacia: sabía que un broncodilatador aumenta las pulsaciones; se las tomé manualmente y estaban altísimas, más de 140. No podía saberlo con seguridad porque mi propio pulso estaba acelerado, sintiendo que nos desmoronábamos. Llamé al infectólogo a su teléfono personal. Coincidió conmigo en no seguir la indicación del broncodilatador. Me dijo que llamara a la ambulancia y lo ingresara por la guardia, que me encontraba en la clínica. Me costó convencer al servicio de emergencias de que no necesitaba otro médico domiciliario sino directamente un traslado: con el móvil sanitario llegó una médica y apenas lo vio -el color de la piel era muy significativo, dijo- sentenció: sepsis generalizada, o insuficiencia cardíaca severa.

Llegué con la ambulancia a la guardia; el jefe del sector reiteradamente visitado nos derivó a terapia intensiva. Corría yo al lado de la camilla y, si la situación no hubiese sido crítica, hasta podría haber sido graciosa: el joven médico y la joven médica, mientras se hablaban con siglas, me preguntaron quién era y les dije “su esposa y su mejor enfermera”. Entendieron literalmente la frase y me dejaron ingresar en la terapia. Allí estábamos los cuatro, mirando las imágenes del ecocardiograma; yo me iba enterando de que había líquido en el pulmón, que las válvulas cardíacas no funcionaban bien y que había problemas renales; David me miraba con ojos alelados y tomado de mi mano, cuando llegó el infectólogo -que tenía claro que no era enfermera- y me sacó de la sala.

El lenguaje técnico es un vector de incomunicabilidad entre las esferas de experticia y la dimensión cotidiana de la vida. La cuestión del ejercicio de la autoridad y la toma de decisiones subyace a este problema: un lenguaje oscuro sustrae la posibilidad de cuestionamiento y genera un halo de inaccesibilidad del que gustan investirse algunos expertos y algunas expertas; sabiendo más, en cambio, las decisiones pueden ser cuestionadas o desoídas. Esta posición jerárquica ha sido minada tanto por una cultura en la que las “grandes verdades” son reliquias inútiles del pasado, como por una formación médica más atenta a la experiencia personal, una revalorización de la escucha del o de la paciente y una posición que alienta la mutua colaboración. Me he preguntado en numerosas ocasiones si un pequeño espacio formativo para familiares a cargo de un enfermo o enferma no redundaría en un mejor cuidado; así como hay cursos para embarazadas, es posible socializar la información y capacitar a quien acompaña y asiste en un tratamiento prolongado. El apoyo es más eficaz si se trabaja colaborativamente, no a ciegas.

Aunque alguna vez algún profesional se molestó por mis preguntas y se negó a contestarlas, en general no me topé con posiciones cerradas. He escuchado a otras personas narrar eventos en los que los o las profesionales mostraban el fastidio por explicar y exigían subordinarse a la experticia que guiaría las “buenas decisiones”. Como vengo ilustrando, el que conoce o la que conoce no siempre sabe todo. Entre los y las familiares y pacientes legos, y quienes ostentan el conocimiento médico, existen espacios de intersección.

Coda: la interpretación de la vida

Se ha hablado del papel salvífico de los y las profesionales de la salud (Lupton, 2012) y también de la fuente de su autoridad, ligada no solo, ni principalmente creo yo, a su ciencia, sino fundamentalmente al propósito de su práctica profesional -colaborar en el buen funcionamiento del organismo; eliminar o morigerar el sufrimiento; facilitar el nacimiento; cuidar la vida; alejar el final. Mi marido también lo creía así. Desde el punto de vista antropológico, estos lugares son sagrados y tienen dos caras: una mira a la vida; la otra, a la muerte. Por eso, el lugar social ocupado por los biomédicos y las biomédicas es el de porteros entre ambos mundos.

En una sociedad secular, la decisión de dejar morir no pertenece a un individuo sino a un

sistema impersonal basado en protocolos y datos que parecen objetivos pero a los que es necesario dotar de sentido. Como quise mostrar, la interpretación médica no se produce de manera uniforme ni lineal; hay alguien que interpreta y alguien que ejecuta una acción o decide a partir de información a la que le atribuye significados específicos. Al menos, hasta este momento de desarrollo tecnológico, ese papel se reserva a un actante humano. Y los actantes humanos son parte de un ensamblaje en donde la “razón científica” no es la única que acciona.

En relación con la experiencia que he narrado, he tenido al menos en tres ocasiones -la conversación con el cardiólogo unas semanas antes de la muerte de David, la decisión de su psicoanalista de suspender la terapia cuando se enfermó, y la indolencia del urólogo ante la mancha junto al bazo que referí al principio- la sospecha de que estos profesionales, de manera consciente o inconsciente, pensaron que mi marido era demasiado viejo. Que quizá había llegado la hora. Que no había herramientas eficaces a esa edad. O que no valía la pena la inversión de sofisticados tratamientos por tan poca esperanza probable de vida. No creo que “las cosas hubieran cobrado otro curso” de haberse modificado estos acontecimientos. He pensado, en ocasiones, que un cuerpo colapsa y que en ese momento no hay ciencia a la cual apelar. No obstante, sí creo que no es una decisión que deba quedar en sus manos. No les pertenece.

Todo argumento implica una racionalidad social a discutir, de allí mi esfuerzo para inteligir las lógicas biomédicas. No concibo esta racionalidad como una mentalidad cruel propia de seres despiadados sino, al contrario, como socialmente condicionada, no solo materialmente, en relación por ejemplo a las pautas de las instituciones de salud; sino también porque está embebida en percepciones ampliamente compartidas. La información periodística sobre los sucesos acaecidos en Italia al inicio de la pandemia del Covid-19 ilustran lo que quiero explicar: presuntamente, ante la carencia de recursos suficientes para la internación y la provisión de oxígeno, el sistema de salud no podían brindar asistencia a todo aquel que lo necesitara. Quizá sea cierto, quizá no: la bioética establece protocolos para estas situaciones. El espectáculo mediático muestra al personal de salud teniendo que decidir a quién poner el respirador, a quién “salvar”. Lo cierto es que, si así hubiera sido, se requiere de un criterio para decidir y aparentemente el que se utilizó fue el etario: se priorizó a los más jóvenes. Una de las justificaciones es económica: el recurso invertido se “amortiza” en más años de vida. Otra, tecnológica, son vidas más “factibles”, tienen más chance de recuperarse. Pero hay un lugar en donde la decisión es moral: el “viejo” o la “vieja” ya han vivido “bastante”. Esta definición entraña una concepción de la vida que me interesa exponer: así entendida, se trata de duración; es la cuantificación temporal de la existencia humana.

Podríamos pensar la vida en otros términos y por lo tanto, tomar otras decisiones. Si lo que importa de la vida no es su extensión sino su *cualidad*, podríamos “elegir salvar” a personas buenas y justas; a personas dedicadas a acciones de servicio; a las que están desarrollando creativamente algo que resulta socialmente valioso; o a aquellas de las que dependen muchas otras. Este es un ejercicio puramente imaginativo, contrafáctico: lo que quiero decir es que salvar a alguien por ser joven no debe naturalizarse como la opción obvia porque lo que aparece como “obvio”, “natural” o “normal”, es social: está socialmente construido y tan reificado, que su proceso se ha perdido en el pasado remoto.

Ser joven no es un valor indiscutible, ni morir por ser viejo es inexorable ni, mucho menos, “justo”. ¿Cómo se podría valorar eso? Hemos internalizado muchos criterios instrumentales que parten de una razón económica o una razón pragmática sin dejar el lugar necesario para la duda, la discusión, la revisión. Es cierto que una sala de emergencias no es el lugar ni el momento para discutir nada, pero tomemos en cuenta que los profesionales que actúan allí lo hacen en nombre de un conjunto de creencias de las que participan; no -o no solo- en nombre de una razón científica. Actúan como parte de un ensamblaje social; la ciencia y sus actantes no son ajenos a él en modo alguno.

* * * * *

Después del ir y venir lleno de dudas sobre la conveniencia de publicar este artículo y responder varias veces a la pregunta de qué es lo que siento frente a lo que escribo, tengo claro que no me mueve ninguna recriminación: la escritura es una tecnología muy antigua para sanar la subjetividad sufriente. Me permite conjurar el destino y convivir con un vacío que ya está allí, instalado para siempre; saber que esa oquedad existe y asomarme a ella sin sentir vértigo; sin tener la sensación de que va a tragarme. Me permite pulir sus bordes para que no lastime.

Más allá de las acciones médicas, atinadas aunque no infalibles, siento un enorme agradecimiento hacia las personas que abrazan la medicina con compromiso, empatía e inteligencia. Justamente por ello, reflexionar en torno a lo que significa la interpretación médica es algo muy diferente de una lectura de datos agregados o de signos mudos; implica *dar sentido* y por ello, ningún algoritmo podrá reemplazarla. El apoyo excesivo en las tecnologías del escaneo del cuerpo está haciendo que se pierda ese maravilloso y artesanal oficio de leer, en el cuerpo, a la persona.

Finalmente, quisiera que mi experiencia permitiera hacer visible el lugar de los que acompañamos, porque sospecho que hay una mejor interpretación y un mejor tratamiento de un paciente si se apoya en quienes lo cuidan. Los afectos, la familia, los vínculos, son parte imprescindible de la cura; aumentan las probabilidades de sostenimiento y eficacia del proceso. No hay talleres y charlas que los incorporen a un esquema de acción; no se los considera como integrantes del equipo que va a encontrar y asediar la enfermedad. La colaboración es posible y ese paso aún está por darse.

Agradezco los comentarios y sugerencias de mis colegas Betina Freidin y María Mercedes Saizar sobre este escrito.

Bibliografía

- Bachelard, G. (1948, 2010). *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Blanco, M. (2012). ¿Autobiografía o autoetnografía? *Desacatos*, 38: 169-178.
- Bloor, D. (1998). *Conocimiento e imaginario social*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J-C. & Passeron, J-C. (2008). *El oficio del sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura". *Nueva Antropología*, 53 (14), 89-115.
- Ellis, C. & Bochner, A. (2000). Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity. En N. Denzin & Y. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (pp. 733-768). Thousand Oaks: Sage.
- Ellis, C., Adams, T. & Bochner, A. (2015) Autoetnografía: un panorama. *Astrolabio*, 14: 249-273.
- Feliu S. & Lajeunesse, J. (2007). Nuevas formas literarias para las ciencias sociales: el caso de la autoetnografía. *Athenea Digital*, 12: 262-271.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Kleinman, A. (2013). From illness as culture to caregiving as moral experience. *New England Journal of Medicine*, 368 (15): 1376-1377.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. California: University of California Press.

- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. Basic Books/Perseus Books.
- Knorr-Cetina, K. (2005). *La fabricación del conocimiento*. Bernal: Universidad de Quilmes.
- Kuhn, T. (2002). *La estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2001). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social*. Buenos Aires: Manantial.
- Lizcano, E. (2009). *Metáforas que nos piensan*. Buenos Aires: Biblos .
- Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia
- Martínez, A. (2016). Indagar e indagarse: reflexiones sobre autoetnografía. En V. Papalini y otros, *Forjar un cuarto propio* (pp. 181-202). Villa María: EDUVIM.
- Papalini, V. (2015). La confluencia entre espiritualidad, bienestar y cultivo del ser: salud y formación en perspectiva holística. *XVIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina. Religiones en cuestión: campos, fronteras y perspectivas*. Asociación de Cientistas Sociales de la Religión del Mercosur, CEIL y Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, 16 al 19 de noviembre.
- Verón, E. (1983). *Construir el acontecimiento*. Buenos Aires: Gedisa.

Fecha de Recepción: 17 de agosto de 2021
 Recibido con correcciones: 5 de diciembre de 2021
 Fecha de Aceptación: 9 de diciembre de 2021

“Practicar yoga, mucho yoga”: autoatención de aflicciones durante la crisis por COVID-19

*“Practice yoga, a lot of yoga”:
sickness self-care during COVID-19 crisis*


ANA D'ANGELO*
Universidad Nacional de Mar del Plata

RESUMEN. El objetivo de este trabajo es interpretar las principales concepciones del campo de la salud sobre la articulación entre lo individual (biológico y psicológico) y lo social explicitadas en contextos de crisis. En éstos se despliegan distintas estrategias para la atención de padecimientos y aflicciones, entre las que observa una creciente incorporación del yoga y la meditación. Ante la crisis sanitaria por Covid-19 su práctica fue recomendada para mitigar los efectos en la salud mental de las medidas de confinamiento prolongadas tomadas entre 2020 y 2021. El artículo se basa en el análisis de documentos de organismos internacionales de la salud, en discursos de medios de comunicación, en encuestas virtuales propias y ajenas a la población y en observaciones etnográficas en redes sociales. La recomendación de los profesionales de la salud de estas técnicas para afrontar el estrés y la ansiedad evidencia una concepción dicotómica (social vs. individual y bio vs. psi) y un marcado sesgo de género. Por su parte, los medios de comunicación se esfuerzan por reunir investigaciones que demuestren biocientíficamente sus efectos sobre el cuerpo físico individual. Mientras tanto, para los practicantes la eficacia de estas técnicas se debe a su carácter inherentemente intersubjetivo (incluso cuando es practicado en aislamiento). El análisis permite cuestionar la tendencia reduccionista a individualizar tanto la aflicción como su correspondiente autoatención.

PALABRAS CLAVE: yoga; crisis; pandemia; aflicción; autoatención

ABSTRACT. The objective of this work is to interpret main conceptions about the articulation of individual (biological and psychological) and social aspects of health made explicit in contexts of crisis. In this kind of contexts, yoga and meditation techniques (among other strategies) are increasingly incorporated to respond to suffering and illness. During the Covid-19 sanitary crisis, its practice was recommended to mitigate the mental health effects of long lockdown measures taken during 2020-2021. The article is based on the analysis of international health organisms documents, social media discourses, virtual inquiries, and ethnographic observations on social networks. Health professionals' recommendation of these techniques to deal with stress and anxiety shows a dichotomic conception of health (in its social vs individual and biological vs psychological aspects) and a gendered pronounced bias. Meanwhile, social media discourses gather bioscientific evidence of these techniques' effects on the individual physical body, practitioners found their efficacy in their inherently intersubjective character (even when practiced in isolation). The analysis allows to challenge the tendency to individualize sickness and its correspondent selfcare.

KEY WORDS: yoga; crisis; pandemic; affliction; self-care

* Lic. en Antropología Sociocultural (UBA) y Dra. en Ciencias Sociales y Humanas (UNQui). Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Mar del Plata. E-mail: dangelo_ana@yahoo.com.ar  <https://orcid.org/0000-0001-9049-7636>

Introducción

El número de personas que practican distintos tipos de yoga y meditación aumenta de manera constante en el mundo desde hace décadas. En la Argentina, si bien su práctica puede rastrearse más de un siglo atrás, su creciente visibilidad es en parte resultado del lugar central que ocupan los medios de comunicación en el proceso de difusión transnacional de distintos saberes. Primero con el surgimiento en los años 1980 de medios especializados en “terapias alternativas”, el crecimiento de la industria editorial de autoayuda y más tardíamente las revistas dedicadas al yoga (Saizar, 2008). Posteriormente esta práctica fue fomentada por la incorporación de temáticas relativas al bienestar en diarios y revistas no especializados en las secciones y suplementos de salud y calidad de vida (D’Angelo, 2013). La hipótesis en la que se basa este trabajo es que ha sido particularmente en respuesta a procesos sociales críticos que las técnicas de meditación y respiración derivadas del yoga alcanzaron momentos de mayor difusión mediática en nuestro país. Así durante la crisis sanitaria por Covid-19 recientemente atravesada, la práctica de yoga fue expuesta en el imaginario mediático nacional como una “nueva tendencia” y en particular como la respuesta de los sectores sociales más favorecidos a sus malestares.

En el primer apartado se desarrollan los aportes de la antropología de la salud para comprender el vínculo entre lo social y lo individual a partir de categorías claves de análisis como “padecimiento” y “aflicción”. Ya que como se describe en el segundo apartado otros momentos de crisis social funcionaron también como hito en relación a las causas sociales atribuidas a padecimientos y aflicciones y más recientemente la tendencia a buscar su resolución a través de las técnicas del yoga y la meditación. A partir de estos casos de análisis es posible interpretar los significados atribuidos por profesionales y practicantes a lo social como la causa de las aflicciones y padecimientos. Se caracteriza además el campo de la salud identificando dos tendencias contrarias: una concepción todavía dual de la salud (bio vs. psi) desde la cual se tiende a individualizar y medicar el sufrimiento y otra que intenta explicar psicosomáticamente el padecer. El tercer apartado analiza la prevalencia de dicha concepción dual durante la gestión de la pandemia por Covid-19 a partir de las medidas de confinamiento y las advertencias de organismos internacionales y profesionales de la salud mental sobre las consecuencias negativas de las mismas. En el cuarto apartado se analizan documentos e infografías de los mismos organismos en los que se recomienda la práctica de yoga y de meditación con un marcado sesgo de género. El último apartado caracteriza la eficacia de dicha práctica como autoatención en función principalmente de su carácter intersubjetivo más que de los esfuerzos de legitimación biocientífica sobre el cuerpo físico individual.

Aflicción

Como es sabido, durante los primeros meses de la pandemia por Covid-19, las políticas públicas se orientaron muy fuertemente hacia un enfoque biologicista de la salud en virtud del origen viral de la enfermedad. En ese contexto, ciertas especialidades biomédicas ganaron protagonismo en el control de la salud poblacional por parte del Estado (biopolítica), el cual se vio obligado incluso a decidir sobre la muerte (tanatopolítica). Así, en el abordaje de la pandemia originada por la propagación del virus SARS-CoV-2, se ha dado prioridad a los efectos de este agente externo patógeno sobre el cuerpo orgánico. En consecuencia, a nivel mundial la recomendación de infectólogos y epidemiólogos fue la de aislar a la mayor parte de población (ya no sólo a los infectados) para evitar el contagio masivo. En este régimen de poder y saber, del cual ya escribió Michel Foucault para otras epidemias y pestes, las ciencias sociales han tenido escasa injerencia, siendo rara y tardíamente convocadas, principalmente a explicar los comportamientos sociales de la población frente a las normas de confinamiento de los sanos (y su supuesto incumplimiento) (Gil, 2021). Esto evidenció nuevamente los problemas ya conocidos del modelo médico hegemónico que en función de su estricto biologicismo naturaliza la enfermedad como si ésta fuera un proceso ahistó-

rico y asocial, reducible a los individuos que la padecen y por lo tanto controlable medicamento-samente (Menéndez, 2003).

Frente a esto, la antropología de la salud ofrece herramientas conceptuales para analizar los procesos sociales que la pandemia trajo aparejados, empezando por la concepción misma del cuerpo. Hace décadas, las antropólogas Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes (1987) propusieron el concepto de "mindful body" para salir de la dicotomía subyacente al paradigma mecanicista materialista biomédico. Este concepto, traducible como "cuerpo consciente" enfatiza la interpenetración entre ambos términos generalmente disociados, por lo que inspiró algunas de las preguntas de mis investigaciones a la vez que demostró capacidad explicativa para las concepciones de los practicantes de yoga. Las autoras distinguieron tres dimensiones semánticas de representación y práctica que usan la imagen del cuerpo físico como locus de referencia: cuerpo individual, social y político. Cada uno de estos niveles representa dominios analíticos usualmente separados que derivan de acercamientos teóricos y epistemológicos diferentes tanto en ciencias sociales como en la clínica. Propusieron entonces articular tres perspectivas usualmente separadas sobre el cuerpo: a) el cuerpo individual en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida, b) el cuerpo social del estructuralismo y el simbolismo centrados en sus usos representacionales y metafóricos, y c) el cuerpo político (individual o colectivo) que es regulado y controlado según el postestructuralismo. Esto último es, el poder que Foucault (1983a) identificó actuando como una anatomopolítica sobre nuestros cuerpos individuales, y como una biopolítica sobre el cuerpo de la población. Estos tres niveles están interrelacionados por las emociones que constituyen, según las autoras, el puente necesario de tender no sólo entre mente y cuerpo, sino entre individuo y sociedad. En relación al cuerpo político, concluyeron que las sociedades no sólo reproducen y socializan el tipo de cuerpos que ellas necesitan sino que cuando el orden social se ve amenazado, el control social sobre los cuerpos individuales se intensifica.

Me centraré en esta última afirmación para llegar a definir la categoría de aflicción que considero central para mi argumentación en relación a los efectos de las crisis sociales sobre la salud. Como es sabido, la proliferación de categorías y diagnósticos en medicina y psiquiatría resultan en una definición cada vez más acotada de lo "normal" creando una mayoría enferma y desviada (Foucault, 1983b). De hecho, la categoría "trastorno" plasmada en las distintas versiones del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM de la American Psychiatric Association) es utilizada para describir una ruptura en la capacidad de actuar con normalidad de los sujetos ante una cada vez más amplia gama de situaciones. En reemplazo a este concepto que encierra una supuesta desviación respecto de una norma y una patologización de la vida prefiero utilizar el término aflicción (Maluf y Tornquist, 2010; Das, 2015), malestar (Burin, 1990) o sufrimiento social (Kleinman, Das y Lock, 1997). Estos términos señalan tanto el origen como la expresión social, cultural y política de aquello que nos aflige. La antropología médica se ha esforzado por distinguir la enfermedad (*disease*), del padecimiento (*illness*) y de la expresión de las relaciones sociales de dominación (*sickness*) (Lock y Gordon, 1988; Kleinman, 1988; Good y Kleinman, 1992). Así, toda enfermedad corresponde a representaciones sociales sobre la salud e incluso considerada en sus aspectos principalmente físicos refiere a construcciones sociales sobre el cuerpo. De allí que la experiencia de padecerla no sea puramente subjetiva sino inherentemente cultural: de matriz intersubjetiva y naturaleza simbólica. Siguiendo estas distinciones considero que la aflicción tiene la capacidad de denunciar la opresión siempre y cuando no sea reducida a un "trastorno individual".

Toda una línea de investigaciones ya clásicas en antropología de la salud señalaron que la falta de descanso, la insatisfacción y la protesta son manifestadas en el lenguaje de la enfermedad (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Asimismo demostraron que procesos como el denominado "ataque de nervios" (Low, 1985; Lock y Dunk, 1987; Duarte, 1994; Silveira, 2004) o "síndrome premenstrual" (Martin, 1987) que eran explicados en términos exclusivamente biológicos constituyen en realidad algunas de las formas en que las mujeres denuncian la sobrecarga de trabajo (doméstica y/o del trabajo asalariado). En el ámbito local, la aflicción más generalizada es el

“estrés”, base a su turno para los trastornos de ansiedad según la psicología. Hahn y Kleinman (1983) lo incluyeron entre aquellos procesos de origen cultural que involucran emociones patológicas, es decir que conllevan efectos nocivos. Luego el estrés fue considerado una respuesta funcional al régimen laboral de acumulación postfordista que exige flexibilidad por parte de los trabajadores (Martin, 1987). He traducido *sickness* como aflicción, pero quizás el término nativo que mejor de cuenta de las relaciones de poder intervinientes así como de la importancia de las emociones sea “hartazgo” (que como se verá más adelante ha sido muy utilizado por la población para definir su estado de ánimo ante las medidas de confinamiento).

Crisis

La relación entre los cuerpos individual, social y político se vuelve más evidente en momentos de crisis social. Las consultas médicas por padecimientos físicos a los cuales se atribuyen causas “nerviosas” se ve notablemente incrementada en estos momentos. En una investigación realizada durante la crisis económica de 1988-1990, en el servicio ambulatorio de salud mental de un hospital público de la ciudad de Buenos, Sergio Visacovsky (2009) detectó que mientras los médicos derivaban muchos pacientes al servicio de salud mental por “cuestiones nerviosas”, estos últimos definían sus “enfermedades físicas” como la localización de “estados nerviosos”, “ansiedad”, “angustia” o “nervios” (2009:69). La causa de estas explicaciones nativas radicaba según el autor en la capacidad del psicoanálisis de convertirse en una teodicea secular, es decir un conocimiento práctico que responde a las adversidades de la vida cotidiana (2009:57-59). Podríamos preguntarnos de qué manera dichas causas nerviosas corresponden además al contexto social de crisis en que se realizó la investigación. Si así fuera, el cuerpo social estaría simbolizado por el cuerpo individual, particularmente por medio de los síntomas del malestar en el cuerpo.

Mi argumento es que esto sí es posible de observar en momentos de crisis social como la económica y política que estalló en 2001 o la más reciente de origen sanitario por Covid-19. Respecto a la primera, Adrián Scribano (2005) analizó distintos “mecanismos de soportabilidad social” hechos cuerpo por medio de dispositivos de regulación de las sensaciones y reelaboración de la frustración en las prácticas cotidianas. Los consideró procesos de desplazamiento del conflicto en tiempo y espacio que implican un conjunto de disposiciones que dan como resultado la “tolerancia” y la “espera”. Siguiendo esa línea, podríamos considerar a la ansiedad y el estrés como mecanismos de denuncia de esa soportabilidad. Cuando las emociones ya no pueden ser gestionadas individualmente devienen síntoma somático requiriendo de nuevos dispositivos para su resolución. En un trabajo anterior analicé los discursos de la prensa gráfica y en particular aquellos de profesionales de la salud durante los años posteriores a dicha crisis para comprender la importancia de las emociones (D’Angelo, 2013). Particularmente en relación a la crisis, las representaciones mediáticas abarcaban un continuo temático que iba del temor a la pérdida del empleo, la incertidumbre económica, la inseguridad (robos, secuestros, etc.) entre otros que colaboraban en el incremento de las sensaciones de riesgo (tsunamis, terremotos, epidemias, etc.) a la emergencia de valores y redes para salir de ellas. Asimismo, daban cuenta de un incremento de múltiples diagnósticos de fobias, ataques de pánico, insomnio, depresión, estrés y ansiedad entre la población reproduciendo encuestas que indicaban que 1 de cada 4 argentinos padecía alguna de dichas aflicciones. Éstas se instalaban como problemáticas de las columnas de psicología y calidad de vida de diarios y revistas (especialmente de los diarios *La Nación* y *Clarín*) aludiendo a su

[†] La Asociación de Psicólogos de Buenos Aires encontró como motivo clínico más frecuente de las consultas realizadas en los años 2000-2001, los miedos, ataques de pánico, fobias, angustia, ansiedad, depresión y compulsiones, entre cuyas causas el 50% de los pacientes refirieron cuestiones económicas como la falta de trabajo, la baja de ingresos, y el descenso de la calidad de vida. *Clarín*, 3/10/2001. “El Consumo de Tranquilizantes creció entre un 8 y un 9 por ciento. Las enfermedades que trae la crisis: aumentaron las consultas médicas y la venta de ansiolíticos”. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/enfermedades-trae-crisis-aumentaron-consultas-medicas-venta-ansioliticos_0_Bk1ZM1Dg0tl.html

origen social y vincular como un “síntoma” del contexto de crisis. Las emociones de base (miedo y tristeza) constituirían la respuesta de los sujetos ante la inseguridad física, la inestabilidad económica, el desempleo, el descenso social, la incertidumbre, etc. Por otra parte, en estas columnas distintos profesionales de la salud desde diversos enfoques psicosomáticos (que iban del psicoanálisis a la psiconeuroinmunoendocrinología) adjudicaban al estrés omnipresente la causa de un espectro de padecimientos y enfermedades: desde una migraña o contractura, hasta la gripe o incluso el cáncer. Entre los principales “motivos de consulta” que los profesionales clínicos asociaban al estrés se encontraban: el colon irritable, malestares digestivos, asma, mareos, contracturas musculares, dolores de cabeza, fibromialgias, trastornos del sueño, aceleración del pulso, sequedad de boca, sudoración de manos y ligero temblor, presión alta con los consecuentes riesgos de cardiopatías, infecciones, ulcera intestinal, enfermedades oncológicas, etc. Así se instalaba tanto el consenso sobre el aumento de los casos de trastornos (diagnosticados o no) como el de su origen social y sus efectos sobre la salud física. La crisis social, económica y política, entonces se inmiscuía fuertemente en el consultorio.

Para el mismo período, Andrew Lakoff (2005) investigó los efectos de las campañas informativas y de consulta hospitalaria sobre los “Trastornos de Ansiedad” organizadas por Laboratorios Bagó durante el 2001 en la ciudad de Buenos Aires. Concluyó que el consecuente aumento en las ventas del ansiolítico de su producción fue interpretado por la prensa como un marcador del incremento real del trastorno entre la población y como un signo de la crisis social y psíquica del país (Lakoff, 2005:134). El descontento fue interpretado entonces como trastorno individual y consecuentemente opacado en su capacidad socialmente significativa. Consecuencia de estas prácticas es que hoy sea cada vez más común la prescripción de ansiolíticos en la consulta clínica por dolor de cabeza u otro síntoma que pueda atribuirse a tensiones musculares. Éstas son a su turno consideradas como el resultado de cuadros de estrés y ansiedad de los que nadie quedaría exento.

De manera que, considerar las dimensiones sociales y políticas de la aflicción no es suficiente para evitar que sea abordada de manera individual. Mientras la emergencia de padecimientos y aflicciones denuncia las condiciones de explotación, es precisamente su posterior control (atención individual y en muchos casos psicofarmacológica) lo que las perpetúa. Lejos de ser entendido como expresión de una disconformidad de los sujetos frente a sus condiciones de existencia, es atribuido a una falla de los mismos en su forma de vivir y de adaptarse a dichas condiciones (Low, 1994). El potencial de resistencia y de transformación que podrían tener la manifestación del descontento queda desestimado y las dimensiones políticas que afligen y enferman son invisibilizadas. Así, las manifestaciones emocionales de protesta hechas cuerpo son clínicamente asociadas a “desórdenes” o “trastornos” que puedan ser fácilmente manejados por agentes médicos. Es este cuerpo individual el que en la mayoría de los casos resulta medicalizado perdiéndose de vista la dimensión social aún cuando ésta haya sido previamente reconocida. Esto es así, a pesar de que la actual Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) reconoce que la salud mental está determinada histórica, socioeconómica y culturalmente además de biológica y psicológicamente para lo cual propone hablar de “padecimiento subjetivo” en vez de “trastorno”. Entonces se observan dos tendencias opuestas, mientras se explica sociogenéticamente la aflicción y psicosomáticamente el padecer resultante de las crisis se produce una profundización de la individualización y medicalización del sufrimiento.

En ese contexto el yoga y sus técnicas de meditación y respiración ganaron nuevos adeptos. Durante un trabajo de campo realizado entre los años 2009 y 2013 entre practicantes de yoga de la ciudad de Mar del Plata (D'Angelo, 2022), el contexto socioeconómico y la consecuente aflicción eran ocasionalmente mencionados por algunas practicantes como parte de la motivación de su búsqueda de bienestar. Especialmente las mujeres con las que trabajé identificaban al estrés y la ansiedad en la causa de sus malestares y de distintos padecimientos físicos. Asimismo les atribuían un origen social refiriéndolo a: el “ritmo de vida que llevamos”, “el mundo en que vivimos”, “demasiado trabajo”, “mucha exigencia”, y jornadas muy largas entre trabajo, tareas

domésticas y cuidado de otras personas. A la vez que consideraban que estos malestares habían motorizado sus búsquedas de salud a través del yoga. Por ejemplo, para una mujer de 47 años que padecía ansiedad traducida en hiperactividad y adicción al trabajo el yoga le daba la posibilidad de “aquietarse” en un momento en que: “Había vuelto del exterior, después de la devaluación y el ‘corralito’², y fue volver a empezar. Trabajaba 15hs.” (Gabriela, 2010). Una joven de 30 años describió así la experiencia que la llevó a aprender técnicas respiratorias derivadas del yoga: “Vivía con dolor de cabeza, tenía cervicalgia, se me quedó paralizada la mitad del cuerpo, después el estómago me estalló. Hasta que una amiga me regaló el curso de respiración, y entre otras cosas me dijo: ‘Vos prometeme que vas a hacer lo que yo te diga si te querés curar’. [...] Estaba con un nivel de estrés y ansiedad” (Noelia, 2010).³ Así, en esta retórica nativa se establece una continuidad entre el estrés (cuyo origen sería sociocultural) y las consecuentes búsquedas de bienestar.

Confinamiento

Durante la pandemia por Covid-19, las medidas de confinamiento comprensibles en un primer momento dada la rapidez y magnitud con la que se expandió el virus mundialmente, no contemplaron las consecuencias emocionales sobre gran parte de la población. En un ya famoso artículo la revista médica *The Lancet* publicó “El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo” en el que a partir de antecedentes de otras epidemias como la del Ébola, los investigadores aconsejaban evitar que las cuarentenas se prolongaran más de lo necesario en relación a los tiempos de incubación de la enfermedad (Brooks et al., 2020). Estas advertencias buscaban prevenir, el “sufrimiento social” que paradójicamente puede ser causado por las mismas políticas públicas que pretenden lidiar con él (Kleinman, Das y Lock, 1997:XII). En marzo de 2020, cuando la Argentina iniciaba un aislamiento general, preventivo y obligatorio (ASPO)⁴ que se prolongaría por más de 6 meses, los organismos internacionales ya advertían sobre la necesidad de considerar las consecuencias a largo plazo que las medidas de confinamiento de la población tendrían sobre la salud mental de la misma. Un informe de las Naciones Unidas (2020), buscaba alentar el cuidado de la salud mental además del necesario cuidado de la salud física (individual y colectiva que el alto nivel de contagio exigía). Apenas un mes después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) -referencia ineludible para la gestión inicial de la pandemia que viera paulatinamente cuestionada su autoridad a medida que la misma avanzaba- recuperaba las advertencias de aquel informe:

El constante miedo, preocupación, incertidumbre y los factores de estrés en la población durante el brote de COVID-19 pueden tener consecuencias a largo plazo en las comunidades, familias y personas vulnerables: ▪ Deterioro de las redes sociales, las dinámicas y economías locales ▪ Estigma hacia los pacientes sobrevivientes que lleve al rechazo por parte de las comunidades ▪ Posible estado emocional mayor, enojo y agresión contra el gobierno y los trabajadores de primera línea ▪ Posible enojo y agresión contra los niños, cónyuges, parejas y familiares (aumento de la violencia familiar y de pareja) ▪ Posible falta de confianza en la información que brinden el gobierno y otras autoridades ▪ Recaídas y otras consecuencias negativas en personas con trastornos de la salud mental y abuso de sustancias existentes o en desarrollo, debido a que evitan concurrir a centros de salud o no pueden acceder a sus cuidadores profesionales. (OMS, 2020:13).

Estos documentos evidencian las relaciones de hegemonía-subalternidad entre disciplinas de la salud (bio vs. psi) con una marcada dicotomía entre salud física y mental en la gestión de la pandemia. De hecho, así como tantas otras especialidades médicas no específicamente orientadas al

² En diciembre de 2001, el gobierno nacional devaluó el peso argentino frente al dólar y retuvo los ahorros bancarios de la población en ambas monedas lo que se denominó “corralito”.

³ Todos los nombres han sido modificados para preservar las identidades de las personas que participaron en la investigación.

⁴ Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto 297/2020. 19 de Marzo de 2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.

Covid-19, en la Argentina la atención psicológica presencial se vio inmediatamente interrumpida durante las primeras medidas de confinamiento y rápidamente se trasladó a la atención por videollamada. Luego de un primer parate ante el pase a esta nueva modalidad, al mes de iniciado el aislamiento la demanda comenzó a crecer considerablemente hasta alcanzar en dos meses más la atención virtual de la mayoría de los antiguos pacientes a los que se sumaron otros nuevos motivados por el contexto (Clarín 10/07/20). Transcurridos 100 días de aislamiento, el Observatorio de Psicología Social Aplicada de la UBA (OPSA) presentó una "curva de salud mental" que emulaba la curva de contagios, apelando a dar visibilidad a la problemática y denunciar el reduccionismo biológico sobre el que se apoyaba el tratamiento de la pandemia.

El observatorio advertía además sobre el aumento de las emociones negativas a medida que las políticas de aislamiento en nuestro país se extendían en el tiempo. Una encuesta virtual realizada a la población del área metropolitana de la Buenos Aires (AMBA) señalaba que la angustia y la irritación aparecían como los dos principales estados de ánimo atravesados por los consultados quienes frecuentemente utilizaban el término "nervios" en sus respuestas (Etchevers et al., 2020). Asimismo para definir el estado de ánimo asociado a la cuarentena gran parte de los consultados utilizaron la palabra "hartazgo" además de "incertidumbre", "angustia", "tristeza" y "depresión".⁵ En Julio del 2020, el término "fatiga por crisis" acuñado por especialistas estadounidenses, distinguía un tipo específico de estrés psicosocial: aquel que afectaba generalizadamente a toda la sociedad (y a todo el mundo) por un período de tiempo prolongado (e incluso indeterminado). Según el especialista en estrés más mediático Daniel López Rossetti: "Hasta el momento, se conocían dos tipos generales de estrés, uno agudo (que duraba un tiempo breve y sucedía en situaciones extremas, como una catástrofe) y otro que se daba por un cúmulo de estresores de baja intensidad durante varios meses (exigencia laboral, problemas económicos, contratiempos cotidianos, etc.). Pero ahora, emergió un nuevo combo explosivo: incertidumbre y estresores agudos a escala global durante un tiempo prolongado".⁶

De la mano de un aumento considerable de casos de ansiedad y especialmente de trastornos de sueño el consumo de ansiolíticos registró un nuevo pico en nuestro país luego de décadas de crecimiento ininterrumpido.⁷ Según el OPSA, cerca de los dos meses de confinamiento se observaba un aumento de la ingesta de medicamentos para manejar el estado psicológico (Etchevers et al., 2020:23-24). En la misma línea, el Observatorio de la Confederación Farmacéutica Argentina, advirtió que durante el primer semestre del año 2020 los psicofármacos se expendieron un 7% más en comparación con el de 2019.⁸ Sin embargo, dado que en ese semestre el consultorio médico no trabajó en condiciones de continuidad la prescripción de psicofármacos se vio restringida y el aumento considerable en el consumo se observaría recién en el segundo semestre cuando se normalizó la atención y se constató el aumento de patologías, y se intensificó la distribución de psicofármacos -principalmente ansiolíticos, tranquilizantes e inductores del sueño- a las farmacias.⁹ De manera que, la crisis por Covid-19 evidenció las dos tendencias opuestas ya identificadas para la crisis del 2001: explicaciones sociogenéticas de las aflicciones pero atención individual y en muchos casos psicofarmacológica.

⁵ Clarín (07/07/2020) Crisis por el coronavirus: cuáles son las 10 palabras que mejor definen el estado de ánimo de los habitantes del AMBA (clarin.com).

⁶ Clarín (10/07/2020) Crisis fatiga: el coronavirus y la cuarentena causan un nuevo tipo de estrés y ya tiene nombre (clarin.com)

⁷ Los medicamentos para el sistema nervioso, entre los que se hallan los antidepresivos y ansiolíticos, encabezan hace años las ventas de la industria farmacéutica en la Argentina (Indec, 2011). Algunos autores han atribuido este incremento precisamente a las crisis sociales como la del 2001 (Lakoff, 2005).

⁸ La voz del interior (10/10/2021) Efecto pandemia: el consumo de psicofármacos creció cuatro veces más que el resto de los medicamentos | Ciudadanos | La Voz del Interior.

⁹ El ciudadano diario (23/08/2021) "El consumo de psicofármacos aumentó durante la pandemia" (ciudadanodiario.com.ar)

Yoga, mucho yoga

Como se adelantó, durante la pandemia por Covid-19 los medios de comunicación argentinos anunciaron un “nuevo boom” de estas prácticas, un nuevo incremento del número de practicantes.¹⁰ Una práctica que lejos de ser nueva, adquirió nueva visibilidad como respuesta aparentemente individual al confinamiento. Dado que el distanciamiento físico fue en un primer momento vivido como un distanciamiento social con gran impacto emocional sobre la población, tanto practicantes como profesionales de la salud enfatizaron entonces los beneficios del yoga y de la meditación como herramientas para afrontar la soledad, la ansiedad, la depresión, el miedo y la incertidumbre. Por ejemplo, el OPSA incluyó al yoga y la meditación entre las “actividades consideradas saludables o protectoras” junto con la actividad física y la práctica religiosa (Etcheveres et. al, 2020). En la misma línea, la OMS las incluía entre las actividades “que contribuirán al bienestar de los adultos durante el aislamiento” (OMS, 2020:15). Sin embargo, en este documento las actividades eran clasificadas en función de una supuesta distinción entre dimensiones mentales y físicas, entre otras: “Ejercicios físicos (por ej., yoga, tai-chi, estiramiento); Ejercicios cognitivos; Ejercicios de relajación (por ej., respiración, meditación, concientización)” (OMS, 2020). En Junio de 2021 la misma organización creó, junto con el Gobierno de la India, una aplicación con videos y audios denominada “WHO mYoga” dirigida a público en general (entre 12 y 65 años), como parte de su Estrategia Mundial de Medicina Tradicional 2014-2023 para “fortalecer la calidad, seguridad y efectividad” de la misma. La app forma parte asimismo del Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030, en el que se enfatiza la importancia de un “estilo de vida activo” para prevenir enfermedades, entre ellas las mentales. En estos discursos, asociados a la promoción de la salud y la prevención se observa la inclusión del yoga entre las actividades salutogénicas, desde un enfoque que la opone precisamente al estrés como patológico. Sin embargo, dan cuenta de una apropiación pragmática del yoga por el campo de la salud como simples técnicas descontextualizadas y con objetivos específicos que en muchas ocasiones reproducen la misma distinción entre campos de la salud (que en particular el OPSA viene a cuestionar).

Otra característica de estos documentos es su marcado sesgo de género. Siguiendo con la OMS, en varias de sus infografías dirigidas a trabajadores de la salud, a cuidadores de adultos mayores¹¹ y al público en general se incluía una imagen de una joven mujer en postura de meditación. En esta última se observa además una distinción por género y edad entre el tipo de actividades recomendadas para el bienestar (una mujer mayor realizando jardinería, un joven elongando de pie con ropa deportiva y una joven sentada en postura de meditación). Por su parte, la Cruz Roja también incluía esta imagen (tomando como fuente precisamente a la OMS) en una infografía que reunía estrategias para afrontar el estrés por Covid-19. A diferencia de las anteriores, en ésta no se incluía ninguna referencia a sus beneficios físicos, sino que la imagen aparecía vinculada a la gestión de los pensamientos: “piensa en todas las competencias y habilidades personales que te han servido en el pasado para afrontar situaciones adversas”.¹² Que estas imágenes interpelaran especialmente a las mujeres podría explicarse por el hecho de que en los países del mundo considerado occidental son mayoritariamente entre quienes practican yoga -razones que han sido poco exploradas (Hasselle-Newcombe, 2007)-. Considero indispensable que cualquier explicación contemple que los discursos y prácticas biomédicas se basan en regímenes de género desde los cuales se construye la experiencia de la enfermedad en términos de diferencia sexual (Rohden, 2006). Así las aflicciones de las mujeres suelen ser interpretadas como pro-

¹⁰ “La Nación (21/05/2020) “Coronavirus en la Argentina: apps de meditación y clases virtuales de yoga, una de las recetas contra el estrés en cuarentena”.

¹¹ Infografía: Cuidadores de adultos mayores durante COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).

¹² Cruz Roja (2020) Infografía: “Como manejar el estrés ante la crisis del COVID-19” Recuperada en RECURSOS EMOCIONALES Y RELACIONALES PARA LA CUARENTENA (institutorelacional.org).

pías de su naturaleza biológica (tal como era considerada la histeria, hoy lo son los “nervios”, la ansiedad y el estrés). En realidad, sus malestares se corresponden con su posición de género (Burin, 1990), no con su biología.

Es decir, se fundan en causas sociales que en el contexto de confinamiento se han visto profundizadas. El “ritmo de vida” al que en condiciones pre-pandemia se atribuía el estrés, se había ralentizado en la vía pública por las medidas de aislamiento general, preventivo y obligatorio para trasladar su vertiginosidad al espacio doméstico así como a los canales virtuales. Extensas jornadas en las que el teletrabajo debía conciliar con las tareas de cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNyA) anteriormente delegadas principalmente en las instituciones educativas. De tal forma, los hogares debieron albergar actividades de la vida pública para las que no habían sido diseñados: desde clases virtuales hasta reuniones de trabajo pasando por cumpleaños e incluso campamentos mediados por plataformas de videoconferencias. Los organismos internacionales (NNUU, 2020; OMS, 2020) advertían sobre el impacto en la salud mental de las medidas de aislamiento prolongadas en particular entre los NNyA y las mujeres que debían conciliar teletrabajo, tareas domésticas y acompañar la educación. Sus recomendaciones iban dirigidas a quienes supuestamente más lo necesitaban pero posiblemente quienes menos tiempo contaran para realizarlas. Tal como demuestran distintas encuestas sobre el uso del tiempo durante los meses de mayor confinamiento en nuestro país, no hubo cambios sustanciales hacia una distribución más equitativa de tareas domésticas y de cuidado entre ambos géneros, sino más bien una profundización de las inequidades (Ferreyra, 2020; Actis di Pascuale et. al, 2021).

En una encuesta virtual realizada a las dos semanas de iniciado el ASPO,¹³ detecté que la mayoría de las personas que respondieron (casi todas mujeres) que practicaban algún tipo de yoga o meditación habían debido reducir el tiempo de cada práctica o habían dejado de practicar aunque lo necesitaran más porque no contaban con el tiempo o el lugar adecuado para realizarlo en sus hogares (generalmente compartidos con otras personas). En el relevamiento se observa que al principio de las medidas de aislamiento algunas personas manifestaron sentirse “bastante cómodas” con la situación, e incluso “animadas a cambiar hábitos”, entre ellos a incorporar prácticas de yoga y meditación por encontrarse con más tiempo libre. Fueron sobre todo los jóvenes (varones y mujeres) sin hijos quienes se volcaron a practicar yoga por primera vez. En esas primeras semanas, las redes sociales replicaban “memes” cargados de una serie de mandatos a cumplir en ese tiempo inicialmente imaginado como liminal (provisoriamente detenido): además de leer un libro, y aprender a cocinar, entre otras, había que “practicar yoga, mucho yoga”. En las redes sociales circularon asimismo valoraciones sobre la oportunidad de crecimiento personal y desarrollo espiritual que el aislamiento social supondría: cambiar hábitos (empezar a meditar por ejemplo), “conectarse con lo verdaderamente importante”, “encontrar un propósito”, “relativizar la importancia de lo material”, etc.

Sobra decir, que estas prácticas eran posibles sólo para miembros de sectores sociales privilegiados que cumplieron el aislamiento desde la comodidad de sus hogares. Aquellos que, son frecuentemente definidos en la sociología y la antropología de la religión como clases medias, urbanas, educadas y psicologizadas. Poco se sabe sobre las aflicciones de quienes vieron mermados sus ingresos o se quedaron sin trabajo. El teletrabajo y la casi imposibilidad de preestablecer días y horarios laborales profundizaron transformaciones previas en la lógica de productividad de estos sectores hacia el cumplimiento de objetivos característica de los trabajadores independientes o emprendedores. En ese contexto, un tercio de las empresas argentinas fomenta-

¹³ El objetivo fue relevar los sentidos de la práctica de yoga y/o meditación en este contexto, primero por medio de un formulario google sin pretensiones de representatividad de la muestra en términos cuantitativos sino de permitir contactar posteriormente a aquellas personas que manifestaran interés en el relevamiento.

¹⁴ De 300 empresas argentinas relevadas por Cuponstar y la Asociación de Recursos Humanos de Argentina, en el primer semestre de 2020 un 31% comenzó a ofrecer programas saludables a sus empleados, entre los que se incluyen el yoga y la meditación (Perfil, 08/07/2020, Qué hacen las empresas para mejorar condiciones de teletrabajo de sus empleados | Perfil).

ron la práctica diaria de yoga o meditación para garantizar la productividad de sus empleados.¹⁴ En ese marco, la práctica de yoga y meditación fueron apropiadas pragmáticamente como medios para gestionar el malestar por la sobrecarga de tareas en un momento en que el autocuidado era condición para sostener el cuidado de otros.

Autoatención

Pasemos por último a analizar los sentidos otorgados a la práctica de yoga y meditación para los actores sociales, más allá de las recomendaciones de los profesionales. La encuesta del OPSA permite visibilizar que a medida que transcurrían los días de aislamiento, la práctica de yoga se incrementaba entre los consultados del 8,17% al 12,13% (Etchevers et al., 2020: 23). Entre las estrategias para afrontar el aislamiento desde su inicio detectó además un incremento sostenido tanto de la consulta psicológica como del uso de medicación sin prescripción médica y la charla con confidentes y amigos. En ese contexto, la práctica de yoga aparece como una forma de lo que Eduardo Menéndez (2003) denomina “autoatención”. Esta dista de ser una estrategia individual, sino el resultado de saberes y prácticas colectivas en torno a la etiología de la enfermedad, el padecimiento o en este caso la aflicción y de las técnicas para su resolución. Por tal razón supone la consulta con familiares y amigos para tratar enfermedades y dolencias. La autoatención incluye también la automedicación en tanto responde a un alto grado de permeabilidad de los saberes biomédicos entre la población. En efecto, tanto en mi investigación anterior como en el relevamiento durante las medidas de aislamiento quienes practicaban yoga o meditación con anterioridad o que empezaron a practicarlo en este nuevo contexto, manifestaron haberse iniciado por sugerencia de un amigo, familiar, o en menor medida por su psicólogo. Este último relevamiento arrojó además que ya al principio del confinamiento la mayoría manifestó sentirse estresada, angustiada y desganada y señaló en consecuencia experimentar cansancio, dolores musculares y alteraciones del sueño debido además al uso excesivo de pantallas, la falta o exceso de descanso, los cambios en la rutina y la falta de actividad física. Según Menéndez (2003), el autocuidado incluye acciones de prevención y promoción de la salud en función de cambios en el estilo de vida de los individuos. Estos suponen el pasaje de prácticas consideradas de riesgo (como fumar) hacia prácticas positivas o “saludables”. El autor considera al autocuidado como parte de la autoatención pero cuestiona el carácter ideológico del primero por centrarse en el individuo opacando las condiciones de vida que permiten que esas prácticas prosperen o fracasen. Esto se evidencia en términos de género en función de lo desarrollado en el apartado anterior: quienes tienen a otros a su cuidado son quienes menos posibilidades tienen de realizar prácticas de autocuidado. Si bien acuerdo con la invisibilización de la desigualdad que el uso de estos términos por el campo de la salud puede encerrar, para muchas practicantes, el yoga y/o la meditación para el autocuidado distan de ser acciones individuales con fines personales. Además de favorecer el cuidado de otros su práctica se corresponde con una ética social corporizada por medio de la cual sus efectos benéficos pretenden trascender a los individuos (D’Angelo, 2022).

La creencia en la eficacia del yoga no se funda necesaria o exclusivamente en el conocimiento de la cosmovisión y la filosofía de la que deriva, sino también en los esfuerzos por su legitimación científica que desde los inicios de su transnacionalización se vienen produciendo (Alter, 2004; Singleton, 2008). Por esto último, durante la crisis por Covid-19 los medios de comunicación recurrieron a investigaciones del campo de la salud para fundamentar la eficacia de estas técnicas y en particular de la meditación. Sin embargo, a pesar de la respuesta que los medios esperaban encontrar, las investigaciones locales existentes no podían afirmar que existiera una evidencia causal entre meditación y salud mental aunque sí podían establecer que efectivamente existía una asociación entre ambas.¹⁵ Estos esfuerzos explicativos mediáticos suelen fundarse en

¹⁵ Infobae (22/08/21) “Con la meditación, la mente humana puede surfear mejor la pandemia del COVID-19”.

suposiciones reduccionistas sobre la cientificidad o no de la eficacia de las técnicas. Se requieren análisis profundos desde las ciencias sociales sobre la concepción de salud y enfermedad de los actores en términos que resultan indispensables particularmente en contextos de pandemia para lograr comprender conductas que de otro modo pueden ser consideradas como irracionales o poco fundadas. Esto quedó graficado por aquella infografía que se burlaba de quienes no usaban correctamente el tapabocas asumiendo que no “creían” en la ciencia. La polarización de sentido común sobre la creencia o no en la medicina biocientífica que subyace al ejemplo anterior se evidenció también en relación al movimiento antivacunas (aunque éste es de menor envergadura en la Argentina que en algunos países europeos). Esta polarización no es experimentada por las personas que practicaron yoga o meditación durante el aislamiento encuestadas por mí. De hecho, todas manifestaron que “lo más probable” era que recurrieran a la biomedicina ante cualquier padecimiento y “bastante probable” a la psicología, mientras que la psiquiatría no gozaba de la misma confianza (sólo la mitad consumiría algún fármaco ante un padecimiento mientras la otra mitad afirmó no hacerlo “nunca”). El hecho de que para gran parte de los practicantes, la enfermedad fuera considerada el resultado de un “bloqueo emocional”, un “desequilibrio energético” o de “algo a aprender” (incluyendo los significados atribuidos a la pandemia para la humanidad), coexiste con el reconocimiento de las causas biológicas externas (virus, bacteria) y de aquellas condiciones internas que favorecen el desarrollo de las enfermedades no transmisibles (de origen genético o neurológico).

En relación a la creencia, el estudio del OPSA no explica las razones del aumento en la práctica de yoga entre la población encuestada ni la relación inversamente proporcional con las actividades religiosas en descenso. Esto último es así, porque el estudio parte del supuesto de que el yoga es una actividad “saludable” o “protectora”, pero no considera su dimensión religiosa. Podríamos interrogarnos si no es precisamente por su carácter espiritual que el yoga puede haber reemplazado al menos transitoriamente a otras prácticas religiosas que originalmente requerían de encuentros colectivos que estuvieron largamente vedados. En cualquier caso, los discursos de la salud no consideran necesario “creer” para experimentar su eficacia. Así, por ejemplo otra infografía denominada “Algunas prácticas de salud mental durante la cuarentena”¹⁶ aclaraba que “si no te identificas mucho con esta práctica [de meditación] puedes intentar respirar de manera pausada, profunda y prolongada” ya que “reducirá significativamente cualquier indicio de ansiedad o depresión, devolviéndote un estado de calma”. Además, en otras viñetas otorgaba importancia a prácticas que si bien pueden ser asociadas a la espiritualidad lo eran sólo indirectamente: “hacer algo por los demás”, “sentido de propósito”, “practicar la gratitud”, “evitar agobiarte por lo que no puedes controlar”, entre otras. Así, los discursos anteriores enfatizan las apropiaciones pragmáticas de estas técnicas con fines terapéuticos para gestionar los malestares, diluyendo además su carácter religioso. Efectivamente, en el contexto de pandemia por covid-19, se enfatizó aún más el carácter solitario y los beneficios individuales de las técnicas del yoga, dejando escaso o nulo espacio para el desarrollo de sus potencialidades intercorporales. De hecho, en el marco de las celebraciones por el Día Internacional del Yoga el 21 de Junio de 2020 que guardaron el distanciamiento físico necesario entre los participantes (cada uno sobre su *mat* o colchoneta), destaca la escena de practicantes aislados entre sí en esferas transparentes que tuvo lugar en Toronto, Canadá.¹⁷

Lo cierto es que las motivaciones de los sujetos para practicar yoga y meditación no pueden reducirse a un carácter pragmático e individual. A partir de observaciones etnográficas en redes sociales realizadas entre mediados del 2020 y mediados del 2021 y conversaciones informales con practicantes de yoga sobre la práctica mediada por dispositivos virtuales podemos inferir que las técnicas del yoga preservaron su eficacia para los sujetos en tanto vehículos para la intersubje-

¹⁶ PSICOLOGÍA: Algunas Prácticas de Salud Mental Durante la Cuarentena. (psicologiafamili.blogspot.com).

¹⁷ Clarín.com (21/06/2020). “Las imágenes de las celebraciones por el Día Internacional del Yoga con distanciamiento social en el mundo”.

tividad. Los espacios que ya brindaban yoga (como gimnasios o estudios especializados) ofrecieron durante 2020 clases por plataformas como Zoom, Instagram o Facebook sólo transitoriamente para subsistir por medio del mismo arancel o de una contribución voluntaria. En las redes sociales la comunicación se vio reducida a saludos por mensaje de texto y a conteo de “likes” y visualizaciones. En las clases por videollamada, era posible observar a los demás practicantes y para el profesor/a corregirlos, así como generar algún intercambio al momento del cierre, intentando en lo posible preservar la grupalidad. Tanto comentarios en las redes como en conversaciones informales, quienes manifestaron necesitar del grupo para continuar evidenciaron que el yoga anteriormente promovido supuestamente para “aislarse”, constituía en realidad una práctica intersubjetivamente vinculante. Por un lado, esta necesidad expresaba un deseo de cercanía con otros en tiempos de aislamiento: “Dentro de todo este contexto de clausura proxémica, y de minimización del contacto corporal y el distanciamiento físico (mal llamado social) se produce una serie muy compleja y rica de entramados intersubjetivos mediados por las tecnologías de la comunicación, produciendo verdaderas reconfiguraciones ontológicas”. (Wright, 2020). Cercanía social, que ante la imposibilidad de compartir un mismo espacio físico, se conformaba con compartir un mismo tiempo: la sincronicidad que tanto se valoró para definir a las videollamadas como “encuentros virtuales”. Por otro, esta necesidad señalaba las limitaciones de su práctica individual, ya que algunas de las experiencias que performatizan el bienestar requieren de la co-presencia y de la intercorporalidad.¹⁸

Durante el 2021 perduraron algunas de estas modalidades combinadas con la presencialidad: algunos estudios de yoga ofrecieron acceso por videollamada a clases presenciales y/o a la grabación por el mismo arancel; otros espacios gratuitos (como los polideportivos municipales) mantuvieron algunas clases exclusivamente virtuales abiertas a toda la comunidad por Facebook para quienes no podían asistir (por cupo, por ser de riesgo o por otras razones personales). En este último caso, aunque algunos fueran antiguos practicantes pre-pandemia pasaron a vincularse exclusivamente de manera virtual y no necesariamente de manera sincrónica ya que al quedar grabadas, las clases resultan accesibles en cualquier tiempo y lugar. Entonces, una vez saldada la distancia física que las medidas de aislamiento impusieron, la mediación tecnológica ha instalado una distancia temporal. Estos desplazamientos, han profundizado el carácter supuestamente “portable” y técnico del yoga (Csordas, 2009). Es cierto que estas dosis virtuales de bienestar han permitido a muchos afrontar el aislamiento, regulando la actividad de la mente y gestionando sus emociones. Sin embargo, la perdurabilidad de sus efectos en el tiempo depende de la reiteración performativa. Es decir, aunque se presenten como meras técnicas instrumentales, el sostenimiento de su práctica no depende tanto de un disciplinamiento individual como de habilidades de disposición corporal necesarias para alcanzar experiencias intersubjetivas que trascendieran su bienestar individual en términos físico-emocionales.

Consideraciones finales

Las técnicas del yoga se han instalado en el sentido común de ciertos sectores de la población de la mano de los medios de comunicación e incluso entre los profesionales de la salud, como vías legítimas de autoatención. La visibilidad que estas técnicas han adquirido durante la crisis por Covid-19 en particular evidencia la profundización de un proceso histórico de muy larga data de inserción local del yoga y de su apropiación terapéutica. Por tal razón, el caso permite comprender un fenómeno que excede el momento histórico abordado, en el que observar la relación entre la experiencia corporizada del padecer psicosocial en la etiología de las aflicciones y sus conse-

¹⁸ Por razones de espacio no puedo desarrollarlas aquí, pero éstas refieren principalmente a la atención a otros cuerpos por medio de la mimesis y a la sintonización (D'Angelo, 2016) en las que ahora intervinieron nuevas materialidades que encarnaron a los otros sujetos, virtualmente presentes.

cuentas vías de resolución. En este contexto, se profundiza una apropiación instrumental y subalternizada de estas técnicas (como alternativa por ejemplo a la medicación psiquiátrica), con fines aparentemente individuales de autogestión de los efectos de la crisis. En ese sentido, hace tiempo que la práctica de yoga y/o meditación ha dejado de ser contracultural y han llegado incluso a ser consideradas tecnologías corporales de subjetivación.

Pero estas explicaciones resultan reduccionistas ya que no reconocen el carácter social de la autoatención a la que corresponde la práctica de yoga. De hecho, las razones de su eficacia (sólo aparentemente técnica) deben buscarse entre los practicantes. El sostenimiento de su práctica depende de factores no contemplados por el campo de la salud. Esto es, el carácter grupal de la práctica por sobre el individual, la necesidad de conexión intercorporal con los otros por sobre el aislamiento (cuyas connotaciones han dejado de ser positivas para la población tras las medidas de confinamiento). Los discursos de la salud omiten además el carácter espiritual de las mismas, en estrecha relación con la experiencia de encuentro y co-presencia temporo-espacial con otros cuerpos. Al hacerlo, dejan de lado la importancia de la espiritualidad para la salud, dimensión que en muchas ocasiones incluyen discursivamente como parte de la definición de salud. Por último, distinguen sus beneficios sobre la salud física separadamente de los de la psíquica, y otorgan mayor importancia a unos u otros según las necesidades del caso, perpetuando una concepción dual del cuerpo y la salud contraria a sus propias razones para promover la práctica de estas técnicas entre la población en momentos de crisis.

Bibliografía

- Actis Di Pasquale, E. , Iglesias-Onofrio, M., Pérez de Guzmán, S. y Viego, V. (2021). Teletrabajo, vida cotidiana y desigualdades de género en Iberoamérica. La experiencia del confinamiento originado por la COVID-19 como laboratorio. *Revista de Economía Crítica*, 31, 44-61.
- Alter, J. (2004). *Yoga in Modern India: The Body between Science and Philosophy*. Oxford: Princeton University Press.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapide review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-20. Recuperado a partir de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burin, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Paidós.
- Das, V. (2015). *Affliction. Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press.
- Duarte, L. (1994). A outra saúde: mental, psicosocial, físico-moral? En P. Alves,, MC. de Souza Minayo (orgs.) *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 83-90). Rio de Janeiro. Fio-cruz.
- D'Angelo, A (2013) Tendiendo puentes. La apropiación terapéutica del yoga ante la dimensión emocional de los padecimientos. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 12 (34), 321-361. Recuperado a partir de: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/D%27AngeloArt.pdf>
- D'Angelo, A. (2016). Conciencia en la postura: el yoga entre el dualismo y la reflexividad. *Runa. Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 37(1), 21-38. <https://doi.org/10.34096/runa.v37i1.1649>
- D'Angelo, A. (2022) *Bienestar de los cuerpos concientes. Una etnografía del yoga en la Argentina contemporánea*. Mar del Plata: EUDEM (en prensa).
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., y Helmich, N. (2020) Salud Men-

- tal en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115- 124 días de cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Ferreira, S. (coord.) (2020). Democracia en casa. Tareas de Cuidado y Uso del Tiempo en épocas de aislamiento social obligatorio. Equipo Federal del Observatorio MuMaLa. Mujeres, Disidencias, Derechos. Recuperado a partir de: <https://www.mumala.ar/wp-content/uploads/2020/08/Democracia-en-casa.-Uso-del-Tiempo-y-tareas-de-cuidado-en-epocas-de-pandemia.pdf>
- Foucault, M. (1983a). El sujeto y el poder. En H. Dreyfus y P. Rabinow (eds.) *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Chicago: Chicago University Press.
- Foucault, M. (1983b) *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Gil, GJ. (2021) Editorial. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1, (1), 5-10. Recuperado a partir de <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/7>.
- Good, B. y Kleinman A. (eds.) (1992). *Pain as a human experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley. University of California Press.
- Hahn, R. y Kleinman, A. (1983). Belief as Pathogen, Belief as Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 144 (3), 16-19.
- Hasselle-Newcombe, S. (2007). Stretching for Health and Well-Being: Yoga and Women in Britain, 1960-1980. *Asian Medicine: Tradition and Modernity*, 3 (1), 37-63.
- Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books
- Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (1997) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Lakoff, A. (2005). *Pharmaceutical reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Lock, M. y Dunk, P. (1987). My nerves are broken: The communication of suffering in a Greek-Canadian Community. En Coburn et al. (eds). *Health in Canadian Society: Sociological perspectives*. Toronto: Fitzhenry and Whiteside.
- Lock, M. y Gordon, D. (eds.) (1988). *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Lock, M. y Scheper-Hughes, N. (1987). The mindful Body: a prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41
- Low, S. (1985). Culturally Interpreted Symptoms or Culture-Bound Syndromes. *Social Science and Medicine*, 21:187-197.
- Low, S. (1994). Embodied metaphors: nerves as lived experience. En Csordas, Thomas (ed.) *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, 8 (1), 85-207.
- Naciones Unidas (2020). Covid-19 y la necesidad de acción sobre la salud mental. Recuperado a partir de: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- OMS (2020). Nota informativa provisional: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).
- Rohden, F. (2006) “Genero nas ciencias da saude: aproximacoes do campo e distancias da teoria” Seminario Internacional Fazendo Genero.

- Saizar, M. (2008). Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade e cultura*, 11 (10), 112-122.
- Scribano, A. (2010). Primero hay que saber sufrir...!!! Hacia una sociología de la "espera" como mecanismo de soportabilidad social. En A. Scribano y P. Lisdero (comps.), *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*. CEA-CONICET, Córdoba.
- Silveira, M. (2004). *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Singleton, M. (2008) *The Body at the Centre: Context of Postural Yoga in the Modern Age*. Unpublished PhD dissertation, Department of Divinity, University of Cambridge.
- Visacovsky, S. (2009). La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina. *Cuilco*, 16 (45), 51-79.
- Wright, P. (2020) "Notas etnográficas sobre ser-en-red, proxémica y ontología" Ciclo de charlas: La incómoda materialidad indispensable - YouTube con Rita Segato. UNSAM, 19 de Junio. Inédito.

Fecha de Recepción: 29 de septiembre de 2021
Recibido con correcciones: 17 de diciembre de 2021
Fecha de Aceptación: 22 de diciembre de 2021

Intervenciones sanitarias en poblaciones mapuche de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén, Patagonia Argentina

*Health interventions in the mapuche population of San Martín de los Andes,
Neuquén Province, Patagonia Region, Argentina*


PAULA V. ESTRELLA*
Universidad Nacional de José C. Paz

RESUMEN. En el año 1963, con la asunción al gobierno local del Movimiento Popular Neuquino (MPN) liderado por Felipe Sapag, se inicia un proceso de desarrollo de políticas públicas tendientes a reforzar y consolidar el Estado provincial. La Salud Pública constituye, por el alcance de sus logros a corto y mediano plazo, una de las políticas más valoradas y reconocidas nacional e internacionalmente. El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar las prácticas sanitarias locales destinadas a poblaciones mapuche, destacando a la comunidad mapuche Payla Menuko de San Martín de los Andes. El rápido descenso de la mortalidad infantil y de enfermedades endémicas legitimó intervenciones sanitarias que colaboraron con el control de las poblaciones originarias y acompañaron políticas de sometimiento. A partir de la observación del hacer de los agentes sanitarios y sus vínculos con las poblaciones mapuche, describo y analizo los acuerdos, negociaciones, desacuerdos y tensiones que se producen en sus relaciones para finalmente realizar una serie de consideraciones sobre el hacer de la Salud Pública frente a la diversidad sociocultural.

PALABRAS CLAVE: salud pública; pueblo mapuche; intervenciones sanitarias; políticas de sometimiento

ABSTRACT. In 1963, Felipe Sapag, leader of the Movimiento Popular Neuquino (MPN), took office and initiate, along with his party, a process of public policies improvement in order to reinforce and consolidate the provincial State. Public health policies constitute one of the most valuable and recognised policies, due to its short-term and medium-term achievements. The objective of the present work is to describe and analyse the local sanitary practices destined to mapuche settlements, especially the mapuche community of Payla Menuko in San Martín de los Andes. The quick drop in infant mortality and endemic diseases legitimized sanitary interventions that collaborated with control of the native populations and accompanied politics of subjugation. From the observation of the health workers' performance and their bonds with mapuche populations, I describe and analyse the memories, negotiations, disagreements and tensions of their relationships in order to make certain considerations about Public Health field of action facing socio-cultural diversity.

KEY WORDS: public health; mapuche people; sanitary interventions; politics of subjugation

* Lic. en Antropología (FCNyM - UNLPBA), Mag. en Antropología Social (IDES/IDAES- UNSAM) y Dra. en Antropología (UBA). Coordinadora de la Carrera de Lic. en Enfermería (UNPAZ). Docente- investigadora del IESCODE- UNPAZ/ IDES/ ISALUDA). E-mail: pvestrella@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9137-9332>

Introducción

San Martín de los Andes (SMA) es la ciudad cabecera del departamento Lácar, ubicado al suroeste de la provincia de Neuquén, Argentina (Imagen 1). Está emplazada en un valle sobre la costa del lago Lácar, a una altura de 640 m.s.n.m. Constituye la ciudad turística más importante de la provincia. Se encuentra a 1575 km aproximadamente de la capital del país, Buenos Aires, a 432 km de la capital neuquina y a 261 km de la ciudad de Bariloche (ciudad más poblada de los Andes Patagónicos) con la que compone el corredor de los lagos (que abarca parte de las provincias de Neuquén, Río Negro y Chubut, en el noroeste de la Patagonia Argentina, y las Regiones IX y X de Chile). Esta localidad comparte con otras cercanas (Villa La Angostura y Bariloche) un perfil “alpino” que fue construido desde diversas instituciones estatales.¹ La imagen más difundida de la ciudad es la de “una aldea ecológica de montaña con un centro de esquí internacional” (Balazote y Radovich, 2009: 34). En ella, por un lado, se invisibiliza la presencia de pueblos originarios en el espacio urbano y por otro, los mismos aparecen como parte de la naturaleza circundante (Balazote y Radovich, 2009) formando parte del marketing turístico rural. Los paquetes turísticos incluyen excursiones a las comunidades mapuche rurales, como una oferta de actividad más a la venta, enfatizando las cualidades de los *nativos* relacionadas con la cercanía y el contacto con la naturaleza, los animales y el paisaje. Resultan llamativas las fotos en las que aparecen retratadas algunas comunidades originarias locales como objetos de “exploración, descubrimiento y conquista” (Balazote y Radovich, 2009: 36).



Imagen 1. Ubicación de San Martín de los Andes en la provincia de Neuquén.

En este trabajo considero las intervenciones sanitarias en San Martín de los Andes como parte del desarrollo de políticas públicas que favorecieron el establecimiento de una imagen de ciudad “alpina” o aldea de montaña, en la que la existencia de la población indígena sobreviviente a la denominada Campaña del Desierto fue solapada. A su vez, considero la Salud Pública como política que posibilitó y posibilita controlar la población indígena mediante diversos dispositivos, mecanismos y estrategias. Relaciono, asimismo, el desarrollo inicial de dicha política con el proceso de construcción de la ciudadanía provincial local a través de sus protocolos

¹ Este proceso fue analizado y descrito por diversos autores para diversas localidades de la Patagonia (Bariloche, Villa La Angostura y SMA): Balazote y Radovich (2009), Valverde y García (2007), Valverde (2010), entre otros.

aplicados indiferenciadamente a todos los habitantes por igual, solapando las desigualdades sociales y las diferencias socio-culturales. En primer lugar, describo el proceso de conformación de la ciudad de SMA en relación al espacio que han ocupado y ocupan las comunidades mapuche cercanas a ella. Dicho proceso local es parte de un desarrollo provincial que a mediados de los años 1960 se acelera y vehiculiza a través de políticas de bienestar. Por ello, en segundo lugar, destaco la Salud Pública como una de las políticas que tuvo mayores avances y visibilización, modificando con sus modos de hacer provincial y local, las prácticas de las poblaciones mapuche a lo largo del tiempo. En tercer lugar, observo las intervenciones sanitarias a través de las prácticas de los agentes sanitarios en la comunidad mapuche “Payla Menuko”, mediante el acompañamiento a las visitas domiciliarias locales y conversaciones con pobladores mapuche del paraje. Por último, describo y analizo los acuerdos, negociaciones, desacuerdos, resistencias y tensiones que se producen como consecuencia de las acciones de los agentes sanitarios en la comunidad Payla Menuko.

Para llevar a cabo este trabajo utilicé diversas fuentes secundarias articulándolas con el método etnográfico, basado en la observación participante y entrevistas abiertas.² En total realicé 27 entrevistas abiertas en las que pude indagar la dimensión subjetiva relacionada con los saberes y las prácticas de salud de agentes sanitarios y de las familias de la comunidad. El enfoque etnográfico, en tanto acercamiento y proximidad únicos a los sujetos, me permitió dar cuenta de que el mundo social se reproduce a partir de situaciones de interacción donde los actores, lejos de ser meros reproductores de leyes preestablecidas que operan en todo tiempo y lugar, son activos ejecutores y productores de la sociedad a la que pertenecen. El compartir cotidianidad posibilitó que las acciones, los gestos y las palabras, adquiriesen significados situados, siendo el/la antropólogo/a el instrumento de investigación. Como señala Peirano (Guber, 2011), el conocimiento se revela no “al” investigador, sino “en” el investigador, quien debe comparecer en el campo, para reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva. En este sentido, a partir de la observación participante en la vida cotidiana y los imponderables de la vida real (Malinowski, 1973) pude realizar un abordaje cualitativo que me permitió recuperar la perspectiva de los sujetos involucrados.

San Martín de los Andes y el lugar de las comunidades mapuche

La ciudad de San Martín de los Andes (SMA) es la más importante de la provincia a nivel turístico. Esto se debe a su paisaje asociado a la aldea de montaña, con arquitectura alpina y una pista de esquí internacional emplazada en el cerro Chapelco, próximo a la ciudad. Si bien la ciudad presenta dichas características, las mismas fueron resaltadas como parte de un proceso histórico de negación e invisibilización de la presencia originaria de poblaciones mapuche en la región. Este proceso se inicia en 1883 cuando llegan por primera vez tropas del Ejército Argentino a lo que hoy se conoce con el nombre de Vega Maipú (a 7/10 km del casco histórico de SMA). Veinte años

² El trabajo de campo se realizó en el marco de mi tesis de maestría “Visitas, mates y reconocimiento: cuando la promoción de la salud no tiene precio. El caso de los agentes sanitarios de San Martín de los Andes” (Maestría en Antropología Social, IDES-IDAES, defendida en diciembre de 2012) y en el marco del trabajo de campo para mi tesis doctoral “La Salud Pública en Territorio Mapuche. Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas, y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. de Neuquén” (Doctorado en Antropología, FFyL-UBA; defendido en agosto de 2017). Las estancias de trabajo de campo comenzaron en el año 2009 y continuaron en 2010. Durante ese período acompañé a los agentes sanitarios en sus prácticas cotidianas laborales y no laborales. Participé de las visitas domiciliarias en el área rural y periurbana. Durante 2012 y 2013 trabajé con los agentes sanitarios y con las familias y referentes mapuche. La estancia de campo más prologada fue de seis meses co-residiendo en la Comunidad Payla Menuko. Posteriormente continué la comunicación con algunos agentes sanitarios, familias y referentes de la comunidad a través de llamadas telefónicas (hasta la actualidad) y viajes de estadía breve en 2015 y 2018. Cabe aclarar que para este trabajo utilicé como insumo parte del material elaborado en ambas tesis, proceso analizado y descrito por diversos autores para diversas localidades de la Patagonia (Bariloche, Villa La Angostura y SMA): Balazote y Radovich (2009), Valverde y García (2007), Valverde (2010), entre otros.

después de la denominada Conquista del Desierto y en cumplimiento de instrucciones militares emanadas de la División los Andes, comandada entonces por el Gral. Rudecindo Roca (hermano de Julio Argentino Roca), se funda SMA el 4 de febrero de 1898 a 40 km al SO del Fuerte Junín, en la cabecera oriental del lago Lácar. La ciudad se establece como destacamento militar. Las poblaciones originarias fueron confinadas y reducidas a sectores rurales determinados. Los primeros documentos que reconocen sus terrenos a la comunidad Curruwinca, datan del año 1882, oportunidad en que el Estado argentino otorgó titulación al lonko Bartolomé Curruwinca. Originalmente la comunidad mantenía una superficie de unas 30.000 a 35.000 hectáreas, incluidos los terrenos donde actualmente está la ciudad de SMA.³ El espacio territorial que ocuparon incluyó los parajes rurales de Pil Pil, Trompul Bandurrias, Quila Quina y Payla Menuko. La historia de desplazamientos forzados era mencionada por diversas autoridades de las comunidades mapuche. En sus testimonios frecuentemente hacían referencia al corrimiento impuesto a zonas periurbanas y rurales. El kona⁴ Raul⁵ expresó que antes de la campaña militar de Roca: *“las familias de la comunidad vivían a orillas del Lácar y las corrieron a la vega, después más para adentro a parajes rurales, Pil Pil, Quila Quina... por eso estamos lejos del centro...”*.

La distribución espacial y el paisaje urbano local fueron condicionados a fines del siglo XIX por la llegada a la ciudad de inmigrantes sirio-libaneses que establecieron los primeros comercios locales. También arribaron holandeses que realizaron explotación maderera, y la agricultura y ganadería fueron desarrolladas por suizos, franceses, italianos, alemanes y otros europeos. Estos grupos serán conocidos como los “pioneros”,⁶ “los primeros pobladores (blancos europeos y sus descendientes), quienes supieron imponerse a las adversidades que planteaba la ocupación de un medio tan alejado de los “centros civilizados” (Balazote y Radovich, 2009: 34). La sobredimensionalización de la presencia de migrantes europeos simbolizados como los pioneros (Trentini et al., 2010) se contrapone a la pre-existencia en el territorio del pueblo mapuche, que ha sido minimizada y solapada.⁷ En la comunidad, las personas de mayor edad expresaban que si bien no existía una ordenanza o estatuto que les prohibiera concurrir a la ciudad, no solían ir frecuentemente, sólo concurrían cuando era imprescindible. Verónica, referente mapuche de 40 años que participa en Parques en el área de co-manejo, refirió a esta cuestión: *“los abuelitos no nos enseñaron mapuzungun porque estaba prohibido hablar nuestra lengua y no querían que nos discriminaran. Tampoco nos dejaban ir al pueblo solos, preferían que nos quedáramos acá... nos llevó mucho tiempo reconocernos, reivindicar nuestra cultura, nuestra lengua, nuestro territorio, luchar por el reconocimiento de nuestros derechos como pueblo mapuche...que nos vean, que estemos, que existamos...se inventó lo de los pioneros como que fueron los primeros acá pero no fue así...”*.

El aumento demográfico⁸ producto de las migraciones denominadas “pioneras” estuvo acompañado de una mayor presencia del Estado que se efectivizó a través de diversas instituciones, como el Parque Nacional Lanín creado en 1937. Si bien su doctrina oficial se sustenta en la protección, cuidado y preservación de la naturaleza “por detrás de esa racionalidad proteccionista

³ Extraído de: <http://www.mapuexpress.net/?act=publications&id=135> [consulta: 20/5/2013].

⁴ Autoridad mapuche de Payla Menuko.

⁵ Todos los nombres utilizados a lo largo del trabajo son ficticios para mantener el anonimato de los informantes y entrevistados.

⁶ Tal como refiere Berón y Radovich (2007) “el ‘pionerismo’ es una constante en las representaciones históricas de la Patagonia. Una historia esencialista y cristalizada, que excluye frecuentemente en su discurso la presencia del pueblo mapuche en el territorio, especialmente bajo el supuesto argumento de su ‘aloctonía’ dado que, según diversos argumentos pseudocientíficos, su ‘origen chileno’ lo excluiría de una ‘auténtica autoctonía’ en territorio argentino” (Berón y Radovich 2007 en: Balazote y Radovich, 2009: 34).

⁷ El proceso de legitimación de los “pioneros” como los “primeros pobladores” y extranjerización del pueblo mapuche como “chilenos” es abordado por Trentini et al. (2010).

⁸ A principios de siglo XX la población era de 763 personas (1920), llegando a 2366 personas en 1947. Hubo entre 1920 y 1947 una variación intercensal de la población total de SMA del 210,1%. Dato extraído de Otero et al. (2009).

se ocultaron propósitos económicos, políticos y militares para la ocupación y control efectivo de territorios considerados estratégicos desde el punto de vista geopolítico” (Díaz, 2002: 2). El rol represor ejercido por “Parques” permanece en la memoria de las comunidades como un recuerdo indeleble.⁹ Joaquín, autoridad mapuche local, relató acerca del hacer que los guardaparques “*en los años setenta te agarraban y te pegaban por indio... muchos nos fuimos a trabajar a la hidroeléctrica porque acá no había trabajo y nos trataban mal ... después volvimos y ya no te pegaban pero nunca tuvimos buena relación con parques, son la policía de la montaña les decimos...*”. A diferencia de la estrategia coercitiva y represiva aplicada por Parques, las estrategias de la Salud Pública neuquina tendieron a normalizar y controlar a las comunidades mapuche de una manera más subrepticia. Las prácticas sanitarias fueron de acercamiento y los dispositivos de control y disciplinamiento fueron introducidos e inducidos lentamente mediante las visitas domiciliarias de agentes sanitarios, la visita médica mensual a las comunidades, la entrega de recursos e insumos como leche y semillas que, a su vez, favorecieron otro tipo de relación con las poblaciones mapuche. Estos mecanismos que el Estado desarrolló para controlar a la población, a cada persona, a cada cuerpo mediante dispositivos que regulan la natalidad, fecundidad, morbilidad y mortalidad, como la demografía, la epidemiología, la estadística, la planificación familiar y la Salud Pública, fueron estudiados por diversos autores, entre los que se destaca Foucault (1991). Los dispositivos descritos por Foucault permiten dimensionar los objetivos y finalidades de las políticas estatales de salud, así como también en el caso neuquino, el ocultamiento de las diferencias socio-culturales existentes en el territorio de SMA a través de ellos. A su vez, es posible establecer una relación entre el avance local de la Salud Pública con las políticas desarrollistas.¹⁰ Algunos autores como Taranda et al. (2008) enfatizan que el sistema de salud tiene su origen en 1970, en el contexto de dictadura militar. Estos autores mencionan la *Doctrina de la Seguridad Nacional*¹¹ como elemento fundamental en la elaboración de proyectos desarrollistas en la Patagonia, que tenían como fin garantizar la soberanía nacional a través de fomentar el poblamiento de la región, para lo que era necesario dotarla de servicios, sobre todo a partir de los años 1970 a raíz de la circulación de hipótesis de conflicto con Chile.

Las políticas de Salud Pública provincial y local

El sistema de salud de Neuquén adquirió renombre y prestigio en el ámbito de la Salud Pública nacional e internacional desde hace más de 40 años. El reconocimiento de los logros del Plan de Salud neuquino otorgado por los organismos internacionales de salud (OPS/OMS)¹² en la década de 1970, se fundamentó en la transformación positiva de los indicadores sanitarios en un corto

⁹ En varias oportunidades pobladores mapuche hicieron referencia a los maltratos y discriminaciones ejercidos por el personal de Parques: “nos trataban mal”, “nos querían echar”, “no podíamos tocar una hoja, ni sacar madera”, “nos prohibieron recolectar los piñones”.

¹⁰ Luego de la Segunda Guerra Mundial, y siguiendo la Teoría del desarrollo clásica que sostenía que los países iban avanzando a través de fases cada vez más evolucionadas de desarrollo económico, las Naciones Unidas impulsaron el desarrollo de los países no desarrollados mediante investigaciones de expertos y creación de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas). En Latinoamérica existían circunstancias sociopolíticas que obstaculizaban el desarrollo y condicionaban la aplicación de los supuestos puramente económicos de las teorías clásicas. La CEPAL analizó las razones del sub-desarrollo en los países de América Latina que la llevaron a conclusiones autónomas sobre las causas del desarrollo y las medidas necesarias para impulsarlo. Estas teorías se llamaron desarrollismo. El desarrollismo fue puesto en marcha durante la gestión de Gobierno de Arturo Frondizi en Argentina (1958 - 1962). El programa nacional de desarrollo incluyó el autoabastecimiento de petróleo, carbón y acero y creó las industrias petroquímica y automotriz.

¹¹ La doctrina de Seguridad Nacional es un concepto utilizado para definir ciertas acciones de política exterior de Estados Unidos tendientes a que las fuerzas armadas de los países latinoamericanos modificaran su misión para dedicarse con exclusividad a garantizar el orden interno, con el fin de combatir aquellas ideologías, organizaciones o movimientos que, dentro de cada país, pudieran favorecer o apoyar al comunismo en el contexto de la Guerra Fría. Estas doctrinas se dieron en Uruguay, Argentina y Chile.

¹² Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

plazo (Imagen 2), gracias a la organización del sistema de salud en zonas sanitarias y la jerarquización de los establecimientos según niveles de complejidad, acompañado del desarrollo de políticas de promoción de la salud. Este Plan de Salud, al igual que otras políticas estatales, no incorporó en sus preceptos a la población de los pueblos originarios, más bien colaboró en el proceso de su invisibilización. Un ejemplo ilustrativo es el hecho de que todos los datos estadísticos a los cuales se remiten para remarcar el éxito logrado en materia de salud no muestran ni nombran la existencia de poblaciones originarias. Los datos expresan una población homogénea que pudo mejorar su situación de salud deficitaria en un lapso de tiempo breve producto de la implementación de medidas enunciadas en el Plan, lo que se evidencia en la disminución de la tasa de mortalidad infantil y materna entre otros indicadores (Imagen 2). La Salud Pública junto a otras políticas desarrolladas en instituciones estatales (escuela, cárcel y Parques Nacionales, entre otras) aplicaron una serie de tecnologías (Foucault, 1976) para la homogenización poblacional so pretexto de garantizar los mismos derechos a todos los pobladores. En Neuquén se precisaba abordar sanitariamente un amplio territorio que había sido a fines de siglo XIX un campo de exterminio de poblaciones originarias, cuyos sobrevivientes quedaron marginados principalmente en sectores rurales. Desde el Estado provincial se impulsó el poblamiento de un territorio considerado “desierto”, mediante la oferta de beneficios y posibilidades de progreso brindadas por distintos niveles del Estado. Este proceso se aceleró a partir de la provincialización del territorio a mediados del siglo XX, particularmente con las políticas de bienestar llevadas a cabo por el MPN liderado por Felipe Sapag.¹³ La presentación de Neuquén como un territorio deshabitado, inédito y fértil, apto para la elaboración del recetario desarrollista (Taranda et al., 2008), donde todo estaba por hacerse, constituyeron las bases que favorecieron el desarrollo del Plan de Salud.

<i>Indicadores</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1988</i>
Población	154.570	243.850	359.221
Nacidos vivos	5.360	8.521	10.647
Tasa natalidad	34,7	34,9	29,6
Tasa mortalidad general	10,4	5,9	4,6
Tasa mortalidad infantil	108,4	32,6	21,9
Tasa mortalidad neonatal	43,3	18,5	14,2
Tasa mortalidad postneonatal	65,1	14,9	7,7
Tasa mortalidad materna	0,9	0,8	0,2
Tasa mortalidad 1 a 4 años	5,2	1,8	1,1

Fuente: O. Pellín, *ob cit.*; Gustavo Tosello, *Información Estadística Año 1988 y Primer semestre 1988/1989*, Dirección General de Información y Control, Ministerio de Salud Pública.

Imagen 2. Algunos logros del Plan de Salud neuquino (Fuente: Taranda et al., 2008).

El Plan propuso reorganizar la asistencia médica. El sistema se estructuró en tres niveles: central, zonal y local, basándose en el principio de regionalización de las prestaciones. Esto implicó la delimitación de cuatro zonas sanitarias¹⁴ para cubrir el territorio provincial. Se ordenaron las instituciones sanitarias (efectores) por niveles de complejidad crecientes, con la asignación de “áreas programáticas” (dependientes de una Zona Sanitaria) a cada una de ellas. Además se am-

¹³ El liderazgo de Sapag comienza con la fundación del MPN debido a la proscripción del peronismo en 1961. Éste asumió su primer mandato como gobernador en 1963 y fue quien acompañó, avaló y financió las políticas públicas de desarrollo social de la provincia.

¹⁴ Posteriormente, debido al crecimiento en centros urbanos, la zona I se dividió en I “a”, I “b” y actualmente, la zona I “b” es la zona V.

pliaron y crearon hospitales y se establecieron “Consultorios Periféricos” periurbanos y “Puestos Sanitarios” en zonas rurales.¹⁵

En el transcurso de los años 1980, el sistema público de salud se afianzó gracias a los resultados obtenidos a través del conjunto de medidas definidas en el Plan de Salud.

Como puede observarse en la Imagen 2, la tasa de mortalidad general, que en 1970 era 10,4 ‰ habitantes, en 1980 se redujo a 5,4 ‰ habitantes. La tasa de mortalidad infantil (un importante valor como indicador sanitario multicausal) constituía en ese entonces uno de los peores indicadores del país: tenía un valor de 108,4 ‰ habitantes en el inicio del Plan de Salud (108 muertes en menores de un año, por cada 1000 nacidos vivos). Sin embargo, tuvo un marcado descenso en los primeros años del Plan, a 32,6 ‰ habitantes y continuó descendiendo en las dos décadas siguientes.

Luego de tres décadas de intervención estatal en el sector salud, el Estado retrocede y comienzan las medidas neoliberales. Esta situación fue propiciada por el gobierno de Jorge Sobisch (entre 1991 y 1995), en el que se realizaron inversiones en el sector de salud privado en detrimento del sector público. Desde 1995 hasta 1999, Felipe Sapag volvió a gobernar la provincia, produciéndose en 1997 una profundización de la crisis socio-económica provincial debido a las consecuencias de la privatización de YPF.¹⁶ En 1999 y hasta 2007 vuelve Sobisch a la gobernación. En salud, promueve que el Estado financie al sector privado no sólo a través de préstamos, créditos y subsidios, sino que además terciariza servicios (limpieza, alimentación, clínicas, laboratorios, diagnóstico por imágenes, etc.). Todo aquello que era redituable pasó al sector privado y lo no redituable, como los servicios de promoción y prevención de la salud, quedaron en el sector público (Taranda et al., 2008).

En paralelo al avance neoliberal, se da también un proceso de crecimiento de organizaciones y agrupaciones que nuclean las demandas por el reconocimiento de derechos del pueblo mapuche. Como parte de ello, comienza una búsqueda y revalorización de la medicina mapuche.¹⁷ Es decir que, en el momento en el que la Salud Pública provincial sufre ajustes, en determinados sectores comienza a tomar relevancia la medicina mapuche.

Las prácticas de los agentes sanitarios en Payla Menuko

Los agentes sanitarios dependen del Hospital Ramón Carrillo, cabecera de la Zona Sanitaria IV. Inaugurado en 1973 en SMA, se ocupa de la atención de la población local y derivada de otros departamentos de la zona IV¹⁸ y mediante el Área Programa cubre todo el departamento Lácar. El Área Programa posee siete centros de salud (de atención primaria) ubicados en barrios periurbanos, dos puestos sanitarios y postas en parajes rurales donde se realiza la atención médica rural mensual. Cada efector de salud (postas y puestos sanitarios, centros de salud y hospital) tiene un espacio territorial de cobertura y responsabilidad y un nivel de complejidad.¹⁹ El equipo de agentes sanitarios estaba constituido hasta el año 2013 por siete personas que presentaban distinta antigüedad laboral. Los dos de mayor edad, Ricardo y Federico, comenzaron desde su constitución

¹⁵ Extraído de: “Sistema de salud de la provincia de Neuquén”. Disponible en: www.salud.neuquen.gov.ar [consulta: 6-1-2010].

¹⁶ Yacimientos Petrolíferos Fiscales.

¹⁷ En 2006, las comunidades mapuche de toda la provincia se movilizaron para demandar que el reconocimiento de la pre-existencia de los pueblos originarios y sus derechos, enunciados como tales en la Constitución Nacional de 1994, se incluyeran en la Constitución Provincial. Luego de varios enfrentamientos entre las fuerzas de seguridad provincial y nacional y organizaciones mapuche, se logró que en el artículo N° 53 de la Constitución Provincial se incorporaron algunas de sus demandas.

¹⁸ Zona Sanitaria IV, asentada en San Martín de los Andes, atiende el sector sur, con cuatro establecimientos: San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Villa la Angostura y Las Coloradas (http://www.saludneuquen.gob.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=198).

¹⁹ El nivel primario corresponde servicios de prevención y promoción, con prácticas asistenciales básicas (enfermería, clínica, ginecología, etc); el nivel secundario corresponde a los servicios de tratamiento e internación hospitalaria y el terciario a servicios de mayor complejidad en hospitales monovalentes (especializados).

a fines de los años setenta. Tres de los agentes, Rodolfo, Ana y María, tenían más de diez años de ejercicio y las dos agentes restantes, Soledad y Valeria, poseían menos de cinco años en el cargo.

La atención de salud de las comunidades mapuche está cubierta por el Área Programa a través del Programa de Salud Rural. Los encargados del mismo son un médico, un odontólogo y un agente sanitario que realizan en equipo la visita médica mensual. Sin embargo, la salud de las poblaciones mapuche es responsabilidad en mayor grado de dos de los siete agentes sanitarios (los más antiguos), que se dividen la cantidad de familias según el paraje. Su tarea según la normativa que los rige es visitar cada familia al menos dos veces por año. Hasta el año 2013, dos agentes sanitarios se repartieron el área rural (ocupada por las comunidades mapuche y pobladores criollos y chilenos), cada uno con 200 familias a cargo, lo cual dificultaba cumplir con ese requisito reglamentado. El equipo de agentes sanitarios de SMA es uno de los más antiguos de la provincia (1979). Ellos/as constituyen parte de la historia sanitaria viviente de la provincia. Algunos de los agentes sanitarios con los cuales realicé el trabajo de campo se jubilaron después del año 2013. Sus conocimientos en relación al territorio y las problemáticas de las familias fueron traspasados a sus compañeros y compañeras más jóvenes a partir de un proceso de acompañamiento periódico. La metodología de las visitas domiciliarias continuas a lo largo de los años, les ha permitido conocer a la población con gran detalle y realizar -cuando el médico no asiste a la visita rural mensual- prácticas como diagnosticar, atender, recetar y entregar medicamentos, realizan controles de embarazo y medición de glucemia y presión arterial como parte del seguimiento de tratamientos crónicos. Asimismo, articulan esta atención con charlas y mates.

En las recorridas rurales que realizamos visitamos casa por casa a las familias de los distintos parajes. Salíamos temprano, a las siete de la mañana y volvíamos a las ocho de la noche al hospital. Los agentes sanitarios establecían conversaciones sobre diversos temas, algunos más superficiales y otros muy profundos, que evidenciaban el grado de vínculo y confianza. El agente sanitario Ricardo expresó que su tarea es importante e implica mucha responsabilidad porque *“la gente nos espera, es una visita social, nos cuentan sus problemas, a veces nos cuentan cosas que no le dicen a nadie más, ni a su familia ni a los médicos, preocupaciones o enfermedades, problemas de plata, somos importantes para ellos...”*.

La tarea principal de los agentes sanitarios son las visitas domiciliarias que constituyen uno de sus dispositivos de promoción de la salud. La estrategia de promoción de la salud se ha centrado en lograr que las personas asuman comportamientos denominados “saludables” para evitar enfermedades o exposiciones a riesgos para la salud, desaprobando actitudes “no saludables”. En sus prácticas, los agentes sanitarios se constituyen en emisarios de las normas “saludables”, produciendo a la vez, una calificación moral de las conductas que están por fuera de lo “normativo” y “saludable”. Una de las formas de lograr estos cometidos consiste en llevar adelante acciones de prevención y promoción que se planifican a partir de estudios epidemiológicos locales y de los “cierres de ronda”.²⁰ Estas acciones a su vez están condicionadas por la aplicación de lo que ellos han denominado “enfoque de riesgo”, adoptado en la década de 1990 sobre todo en el Área Peri-urbana, aunque también en el área rural.

El “enfoque de riesgo” implica la presencia en las familias de algún miembro con una enfermedad crónica o infecciosa, o la presencia de niños sin vacunar, o condiciones socioeconómicas deficitarias, o “violencia doméstica”, entre otras situaciones. Cabe señalar que, desde los inicios del Plan de Salud (1970), se ha utilizado el “riesgo” como fundamento de intervención de Salud Pública en los territorios mapuche. Las comunidades eran vistas como representantes de una cultura atrasada, con hábitos nocivos para la salud, que comprendían un riesgo para el resto de la sociedad. Por este motivo, los agentes sanitarios recorrieron toda el área rural llevando la presencia del Estado hasta los rincones más lejanos en donde hubiera un asentamiento humano.

²⁰ Censos realizados por los agentes sanitarios durante el año que son analizados y la información que brindan es procesada para la planificación sanitaria local.

Su objetivo era lograr que la población asentada en estos territorios cambiara sus comportamientos “riesgosos” y realizara prácticas definidas como “saludables” desde el ámbito de la Salud Pública. La peligrosidad de esta población originaria residía en el mantenimiento de “costumbres peligrosas” como los partos domiciliarios, la curación de diversas dolencias a través de plantas (yuyos), ceremonias colectivas de curación, entre otras. La lectura de Salud Pública sobre los pueblos mapuche expresaba que éstos no sólo estaban expuestos a riesgos autoimpuestos (producto de sus conductas) sino que eran peligrosos para el resto de la población. Esto justificaba las intervenciones con las que debían lograr “educarlos” para que asimilaran los patrones socio-sanitarios y culturales de la sociedad “civilizada”. Cabe aclarar que los agentes sanitarios, a partir de los vínculos de confianza que construyeron con gran parte de la población mapuche fueron transformando también sus miradas más normativas propias del ámbito de la Salud Pública, aceptando y adoptando prácticas de salud nativas. El agente sanitario Federico mencionó que *“... al principio, cuando empezamos a trabajar en el área rural, por los años ochenta, íbamos a bajar línea, a decirles lo que tenían que hacer, que se tenían que vacunar, tener sus hijos en el hospital, hacerse los controles durante el embarazo ... aprendimos que no sirve querer imponer ... porque la gente se aleja más, te rechaza, no te abren la puerta, entonces hay que respetar los tiempos, sus costumbres, yo probé yuyos que me dieron y también la tolerancia ... si no quieren hacer un tratamiento, nosotros los seguimos visitando...”*.

Los agentes sanitarios visitan periódicamente a cada familia, casa por casa, realizan las consultas pre y postparto, la “detección” de embarazadas, el control y seguimiento de los “casos crónicos”, la detección de casos de hidatidosis y tuberculosis, entre otros. En trabajo conjunto con el área de Educación controlan el calendario de vacunación obligatorio de niños/as para el inicio de clases y el “control de niño sano”²¹ (condición obligatoria junto a la asistencia escolar para recibir la Asignación Universal por Hijo). Las prácticas de vacunación, la consulta a diversos especialistas médicos y conocimientos de medicina occidental, no sólo se introdujeron en las comunidades (por parte de profesionales y agentes sanitarios), sino que fueron apropiadas y resignificadas por ellas.

Las familias consideradas más “vulnerables”²² eran priorizadas porque presentaban un miembro con discapacidad, o niños que padecían una enfermedad crónica, familias con miembros que poseían diabetes o hipertensión, familias que presentaban situaciones de violencia doméstica, o tenían procesos judiciales abiertos relacionados con situaciones de violencia y familias que no asistían a la consulta médica. Estas familias son las que los agentes sanitarios visitaban más frecuentemente. Las intervenciones y el abordaje sanitario de esta población no fueron planificados teniendo en cuenta su particularidad étnica en esta jurisdicción.²³

La utilización del “enfoque de riesgo” para la definición de “prioridades” es acompañada

²¹ Control obligatorio para la regularidad escolar, parte de un programa nacional de salud denominado “materno-infantil”, que contempla la atención de mujeres madres y el control de salud de los niños a través de la consulta médica periódica.

²² La vulnerabilidad de las familias es definida según los factores de riesgo expresados en el Programa de salud rural y periurbana de los agentes sanitarios: parto domiciliario, embarazo sin control, bajos pesos y desnutridos, violencia familiar, abusos, violaciones, alcoholismo, otras adicciones, embarazo en menor de 17 años, mas de tres hijos menores de 5 años, ausencia de planificación familiar, familia monoparental, vacunas incompletas, accidentes en el hogar, muerte en menores de 5 años, discapacitados, enfermedades crónicas sin tratamiento o control, analfabetismo, menores en edad escolar que no asisten a la escuela primaria, hacinamiento y promiscuidad, vivienda precaria sin servicios, falta de hábitos de higiene, deficiente eliminación de excretas, ausencia de tratamiento en el agua para consumo, inadecuado almacenaje de agua, vivienda con vinchucas sin fumigar, perros sin desparasitación, deficiente eliminación de basura, menores en situación de abandono, ausencia de ingresos económicos, ausencia de trabajo, entre otros.

²³ A 40 kilómetros, en la ciudad de Junín de los Andes, se han incorporado dentro del sistema público agentes sanitarios pertenecientes a las comunidades mapuche locales, que son 23 en total. En San Martín de los Andes, posteriormente a la realización del trabajo de campo se incorporó una agente sanitaria de la comunidad Curruwinca que comenzó a trabajar en el área rural, pero desde la perspectiva de Salud Pública. No realizaron a nivel institucional una articulación con la perspectiva de la medicina mapuche ni capacitaciones en salud intercultural en ese momento. A 150 km al norte de San Martín de los Andes, en Ruca Choroi, Aluminé, recientemente, el 10 de

por intervenciones que se caracterizan por estar enfocadas en la escucha. Estos lugares de escucha en los que se transforman las visitas domiciliarias realizadas por los agentes sanitarios pueden ser interpretados siguiendo a Fassin (1999) como un método de pacificación. Este autor plantea -en el contexto de la sociedad francesa contemporánea pero posible de extender a este caso- que este método consiste en percibir a los pobres como seres sufrientes a los cuales se debe escuchar y reconocer como humanos para restaurar su dignidad, lo que lleva a que se dejen de lado las causas de problemas que parecen imposibles de abordar ya que implicarían el mejoramiento de sus condiciones objetivas de existencia (Fassin, 1999). Este mecanismo constituye para Fassin (1999) parte del proceso de patetización²⁴ de la Salud Pública, que al colocar el eje o centro del problema en el sufrimiento y la solución del mismo en la escucha, convierte a la última en un espacio de pacificación. En este sentido, sería una estrategia para controlar la población y evitar o contener el conflicto social. Desde esta perspectiva, la tarea y las prácticas de los agentes sanitarios, resultarían paliativas, ya que no están orientadas a trabajar con otros actores para resolver o abordar los determinantes de la salud (desigualdad económica, trabajo, educación, vivienda, alimentación, diversidad cultural, etc.) sino que asumen la atención de la salud de la comunidad, en este caso la de Payla Menuko, en tanto población de escasos recursos a la que se debe escuchar, facilitar recursos y el acceso a los servicios públicos de salud. Sin embargo, el trabajo a lo largo de los años, ha posibilitado a los agentes sanitarios mejorar diversos aspectos de la calidad de vida de las familias de la comunidad, desde la gestión de insulina para personas con diabetes, hasta la asistencia de un especialista médico o una ambulancia. Esto significa que, si bien el margen de posibilidades de acción de los agentes sanitarios es acotado frente a las causas estructurales de los problemas de salud, ello no quita que sus prácticas sanitarias tengan un efecto positivo en la población y sean valoradas por ella. En este sentido, un recurso muy valorado y difícil de conseguir es la ambulancia. El agente sanitario Ricardo luego de una visita domiciliaria logró que la ambulancia vaya a la comunidad, me contó que *“después de varios intentos conseguí que vaya la ambulancia a ver al viejito D..., está postrado, no puede caminar y no estuvo comiendo casi, ahora lo van a traer al hospital para atenderlo, después lo voy a ver para ver qué necesita, está muy solito, yo lo voy a ver todas las semanas, charlamos...”*.

La escucha empleada en las visitas es resignificada en las prácticas cotidianas a través de la importancia que adquiere en la generación de vínculos de confianza, lo que permite a los agentes sanitarios “tener más llegada” y a los miembros de la comunidad acceder a recursos y ser reconocidos y visibilizados (a través del contacto y relación con el/los agente/s sanitario/s) como actores políticos legítimos por representantes de la esfera estatal.

Las acciones de la comunidad Payla Menuko frente a las intervenciones sanitarias

Las relaciones que mantienen los pobladores mapuche de Payla Menuko²⁵ con los agentes sanitarios, en tanto representantes de Salud Pública, viró desde una desconfianza inicial, a un diálogo incipiente y cada vez más cercano. Si bien esto no significó el completo “acatamiento” y adherencia de normas de salud difundidas por los agentes, implicó una negociación y adopción de ciertas ideas y prácticas que son resignificadas desde una matriz cultural local, es decir que, hay una apropiación crítica de sistemas externos de conocimiento, enmarcados por un pensamiento propio (Rappaport y Ramos Pacho, 2005).

Los pobladores de esta comunidad mantienen una relación de proximidad con el agente

noviembre de 2021 se ha inaugurado el primer Centro de Salud Intercultural del país (Durán, 2021), luego de más de 13 años de gestiones. Allí “atiende” el mismo machi (médico mapuche) que en Payla Menuko desde hace más de 15 años.

²⁴ El autor utiliza este término como sinónimo de sufrimiento/dolor.

²⁵ La Comunidad Payla Menuko se conforma a partir de su separación de la comunidad Curruwinca. Luego de la realización del trabajo de campo las relaciones entre ambas comunidades mejoraron y existe un proceso de acercamiento y de comunicación más fluido. La comunidad de Payla Menuko reconoce actualmente al lonko de la

sanitario quien puede eventualmente ayudarlos. Desde escucharlos hasta gestionar turnos, medicamentos e insumos como vendas, algodón, pañales, ropa, apósitos, prótesis, leche, desparasitarios, entre otros insumos y recursos. Además, realizan una utilización selectiva de los servicios de salud, asisten a la consulta médica mensual cuando precisan atención o tienen dudas con respecto a la salud de sus hijos (la mayoría de las consultas son mujeres que llevan a sus hijos/as enfermos/as). A diferencia de la proximidad con el agente sanitario, la relación con los médicos no es en general de cercanía, sino que presenta una distancia y rigidez (en mayor o menor medida dependiendo mucho del profesional), y es más formal que la relación que mantienen con los agentes sanitarios. Amplia bibliografía da cuenta de los diversos obstáculos en la relación médico-paciente, en la que una de las principales dificultades es la falta de empatía y escucha por parte de los profesionales que se muestran como autoridad absoluta en la materia sin admitir otros tipos de conocimientos o prácticas de cuidado (Menéndez, 2004 y 2009; Carvalho et al., 2007; Montoya Montoya, 2007). Las prácticas que realizan los pobladores de la comunidad por fuera de Salud Pública como automedicarse, concurrir al curandero u otra persona que cure dolencias (ojeo, culebrilla y diversos malestares) podrían interpretarse como de “resistencia” desde la mirada médica hegemónica o como producciones de *autoatención* siguiendo a Menéndez (2004) o según Muñoz Franco (2009) de *cuidado de sí* en base al conocimiento de sus propios cuerpos y a la relación que mantienen con los otros y con el entorno. A su vez, en 17 de las 20 familias de la comunidad me relataron experiencias de atención de problemas de salud mediante la consulta a un farmacéutico en la ciudad. En numerosas oportunidades prefieren recurrir a un farmacéutico de la ciudad que oficia de “médico de confianza”, él los escucha, diagnostica y medica, presentando un grado de efectividad indiscutible según los asistentes. Esto no quiere decir que no se atiendan con especialistas médicos, sino que éstos no son su única opción ni la más confiable. En este sentido, un referente mapuche, Facundo, expresó *“cuando me siento mal, me duele algo, que no es muy grave, la garganta, o tengo tos o fiebre, voy al farmacéutico, le cuento lo que me pasa y me da algún remedio, a veces no me da nada porque me dice que se va sólo, no es un comerciante, si no te puede ayudar te lo dice, si es algo para ir al hospital o al médico te lo dice, pero si es algo que puede solucionar él te da el remedio y te explica cómo tomarlo, cuándo, muchos de la comunidad vamos directamente a verlo a él, le tenemos confianza y siempre la pega, sabe mucho, es más rápido y funciona lo que te da”*.

A mediados de la década de 1990 comenzó en la comunidad un proceso de recuperación de la medicina tradicional mapuche que es puesta en práctica cotidianamente por sus pobladores y que se diferencia ampliamente de la medicina oficial. Este proceso no sólo está relacionado con la revalorización de las prácticas de medicina mapuche tradicional sino que tiene que ver con la imposibilidad de la medicina oficial de tratar y resolver problemas de salud que afectan a esta población. En este sentido, Lucas, referente de la comunidad Payla Menuko refiere: *“Nosotros usamos nuestra medicina. Para todo tenemos plantas, lawenes (remedios naturales). El médico no cura el mal de ojo, el empacho y otras enfermedades. Yo curo el mal de ojo y el empacho. A mi compañera la curó un machi²⁶ que vino de Chile (...) el machi le sacó el espíritu, le extrajo el mal, el espíritu, como una ciruela, se la dio al chancho, le pasó el espíritu al chancho. Después anduvo bien de nuevo (...) el machi no te toca, sabe por el aliento o la orina. Si no puede curar lo envía a uno al médico winka, te dice que vayas con el médico winka”*. La recuperación de la salud mapuche como discurso y práctica médica utilizada en la vida cotidiana está relacionada con un proceso de recuperación “de conocimiento mapuche” perdido en la avanzada estatal sobre el territorio de las comunidades. A su vez, a pesar de las políticas de sometimiento y control que han padecido particularmente con las intervenciones sanitarias en los últimos 40 años, las familias mapuche de esta comunidad han podido también conservar (a través del ocultamiento) y replicar silenciosamente formas ancestrales de cuidado de la salud que son protegidas y resguardadas de los “wincas”.

²⁶ Médico mapuche.

La concepción de salud y los orígenes de las enfermedades en la medicina mapuche están relacionadas según Victoria, una joven de la localidad, con que cada persona tiene diversos “*planos o dimensiones, uno espiritual, uno físico-biológico, uno afectivo y uno mental. Para que la persona esté bien tiene que tener un equilibrio, una armonía en todos los planos. Cuando hay un desequilibrio en alguno de estos planos se produce la enfermedad (...) la falta de equilibrio es la causa de las enfermedades, por eso no se puede comparar con la medicina oficial, ni por sus causas, ni por su explicación, ni por el tratamiento (...) la medicina mapuche es muy preventiva, uno sabe a qué fuerzas se expone en el día y en la noche, son fuerzas en las que nosotros creemos, que vemos y sabemos que existen, si vamos en la noche sabemos que no hay que andar porque te podés encontrar con un espíritu malo y podés enfermarte, o está nevando y salís en remera, seguro que te va a doler la garganta, cuando enfermamos sabemos que hicimos algo que no teníamos que hacer y para curarnos también tenemos que tener voluntad para curarnos, para estar bien (...)*”.

La salud según mis interlocutores de la comunidad está relacionada con el denominado “orden mapuche”. El orden mapuche y sus menciones estuvo omnipresente a lo largo de los años en los que desarrollé el trabajo de campo. Se asociaba a un equilibrio multidimensional dentro de un marco universal, a la existencia de armonía entre las diferentes fuerzas, seres, espíritus, en los diversos espacios del mundo mapuche (Wenu mapu-tierra de arriba, Nag mapu-tierra de abajo, Anka mapu- entre la tierra y el cielo y Minche mapu-debajo de la tierra). Recordaban su historia y que su pueblo ha sufrido desequilibrios provocados externamente, por la conquista, la organización de los Estados Nación y sus mecanismos de sometimiento y de asimilación. En el caso de Payla Menuko varios de sus pobladores me han dicho que el desorden que viven en el presente está condicionado por la falta de reconocimiento territorial, por el no poder disponer de la tierra, del territorio, entendido éste no como propiedad, sino como un espacio al que ellos pertenecen, del cual forman parte y comparten con otras especies, seres y fuerzas. Este territorio posee las huellas de su historia como pueblo y conforma su vida, es la base material y espiritual de su identidad. En él se sustenta la medicina mapuche, provee a los machi y otros agentes de la salud de distintos componentes medicinales como lo son las plantas medicinales, cortezas de árboles, raíces y minerales, es decir, todo el concepto de baweh (lawen) señala Lincoleo (2003 en Castro Venegas, 2003). El desorden producido por la falta de reconocimiento territorial produce un desorden y genera un daño en la salud del pueblo mapuche. Otro causante del desorden identificado por la gente de la comunidad tiene que ver con el avance histórico de la sociedad occidental “winca” en sus territorios. Dificultades de subsistencia familiar en el paraje condicionaron los desplazamientos hacia espacios urbanos, producto del avance violento del Estado que fue acorralando a las comunidades, limitando sus posibilidades de existencia e imponiéndoles una forma de vida diferente. La “pérdida” de su lengua y muchas de sus costumbres es producto de ello. Sin embargo, el pueblo mapuche, sus comunidades, han resistido y en las últimas tres décadas han conseguido avances con respecto al reconocimiento y escucha de sus reivindicaciones y reclamos históricos, aunque se encuentran todavía muy alejados del horizonte de cumplimiento de derechos. Algunos avances están relacionados con la apertura de espacios institucionalizados con participación efectiva de miembros de las comunidades mapuche.²⁷

La lucha que llevan adelante gira en torno al reconocimiento de sus territorios, porque éste afecta seriamente el desarrollo de sus vidas y por ende su salud.²⁸ La contaminación del agua en el cerro Chapelco, provocada por los dueños de las cabañas y complejos hoteleros, causa serios problemas de salud a las familias de la comunidad y el hecho de que no puedan disponer del

²⁷ Como ha sido la creación del área de co-gestión (o también llamada co-manejo) en el Parque Nacional Lanín en el año 2000, espacio en el que participan autoridades de diferentes comunidades mapuche y referentes de la confederación mapuche neuquina (APN/PNL, 2011).

²⁸ No sólo desde lo biológico, sino en relación a la salud mental, en tanto al día de hoy sigue existiendo desconfianza con respecto a la potabilidad del agua y muchas mujeres de la comunidad expresaron que viven con miedo de que los niños y adultos mayores padezcan envenenamientos por la contaminación.

territorio ni administrar sus recursos (sin contar con el permiso de Parques) denota la desigualdad no sólo económica sino política y social, que se vincula a su vez con el tipo de ciudadanía que privilegia el Estado Nacional. La inexistencia de control estatal a los “propietarios privados” que contaminan genera no sólo impotencia, frustración y bronca, sino que representa para la gente de la comunidad un problema fundamental que repercute en su salud. A esto se suma la persistencia de viejas ordenanzas de Parques en cuanto a la utilización de la madera. En Payla Menuko esto significa un problema que incide en la salud de las familias mapuche, si se tiene en cuenta que la leña es un recurso imprescindible en invierno ya que no existe otro medio para enfrentar el frío. La escasez de madera sumado al elevado precio de la misma, refleja nuevamente las desigualdades producto entre otros factores del no reconocimiento del derecho territorial, que repercute directamente en la salud.

En las charlas y entrevistas con autoridades y miembros de la comunidad Payla Menuko aparece recurrentemente el reclamo del derecho al territorio unido a la salud. Si se tiene en cuenta la percepción y demandas de los pueblos originarios mapuche acerca del territorio, es posible comprender cómo se interrelacionan y condicionan la salud y el derecho al territorio. La afirmación “*sin territorio no hay salud*” enunciada por el referente Fermín, liga el concepto de salud a la garantización y reconocimiento del derecho territorial.

Desde esta posición, han desarrollado estrategias de “resistencia” a determinadas prácticas de medicina alopática que reflejan las tensiones entre las diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad y los tipos de cuidados desarrollados. Esto se visibiliza o remarca en algunas situaciones como: el cuidado en el postparto, el reclamo de la placenta para enterrarla según ceremonia mapuche, los trámites burocráticos necesarios para recuperar el cuerpo de un poblador fallecido y obtener permiso para poder enterrarlo en su espacio territorial, el consumo de una amplia variedad de “yuyos” o “lawenes” no autorizados por los profesionales de salud, las consultas a médicos mapuche y/o curanderos, entre otras prácticas. En el caso de las familias de Payla Menuko, estas situaciones son parte de un proceso de conformación como agrupación mapuche, en el que han incorporado como estrategias, herramientas “legales” propias de la sociedad dominante para llevar adelante disputas que confluyen en la demanda de reconocimiento territorial.

Las referencias a la “importancia del territorio”, la “autonomía”, la “política mapuche”, los “derechos”, el “marco jurídico”, la “reforma de la constitución”, “el convenio 169 de la OIT”,²⁹ constituyeron expresiones discursivas cotidianas durante mi trabajo de campo. Referencias que conformaron un corpus de defensa y disputa en torno a los derechos y el territorio. En esa intersección encontré indicios y huellas de los significados que adquiriría la salud para la comunidad mapuche de Payla Menuko.

Conclusiones

Desde sus comienzos, el Estado provincial neuquino asumió la Salud Pública como derecho.³⁰ Si bien esta política representó una ampliación del derecho a la salud en términos de ciudadanía, mediante la ampliación de la cobertura de salud de la población, también significó la imposición de patrones conductuales y normativos sanitarios ajenos a los pueblos originarios existentes en el territorio. El discurso universalista implícito en esta política estatal negó durante muchos años la diversidad étnica existente intentando borrar diferencias históricas y políticamente construidas, profundizando desigualdades y desconociendo derechos propios de las minorías culturales existentes en una sociedad dominante. Las intervenciones sanitarias aportaron a la capacidad del Estado de homogenizar a una población asentada en sus límites (Valverde, 2010).

²⁹ Organización Internacional del Trabajo.

³⁰ La constitución provincial (1957) en el Cap. II, art. 287: “Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social”.

El discurso estatal sobre derecho a la salud fue reproducido por los agentes sanitarios en tanto para ellos “todos” merecen la misma atención de salud, no importando si son mapuche o no. Si bien a simple vista podría parecer acertado, encubre una desigualdad de hecho, ya que las comunidades no reciben la misma atención que “todos” porque viven en zonas rurales alejadas del hospital, sin medios de transporte público continuos, sin un centro de salud cercano con atención médica diaria. A su vez, su ubicación en el espacio no es aleatoria, sino que es el resultado de acciones y decisiones del Estado Nacional y provincial que a fines del siglo XIX planificó eliminarlos con la Campaña del Desierto y *a posteriori* confinó a los sobrevivientes a vivir en zonas marginales rurales que son las que actualmente ocupan. Sin embargo, el pueblo mapuche de Payla Menuko desarrolla estrategias de lucha mediante las cuales canalizan sus demandas por derechos territoriales. Entendiendo que, el cumplimiento de estos derechos, les garantizarán otros vinculados a sus concepciones de equilibrio, armonía y salud. Las relaciones que mantienen los pobladores de Payla Menuko con los agentes sanitarios les permite contar con ciertos recursos que han incorporado a sus prácticas de su salud, como medicamentos, vacunas, pastillas desparasitarias para los perros, así como leche para los/as niños/a y mujeres puérperas, sin dejar de desarrollar otras prácticas tradicionales. A pesar de las prácticas normativas, disciplinarias, normatizadoras y moralizantes de los agentes de salud, éstos se han encontrado con una comunidad que desde los años noventa se fue reorganizando y posicionando activamente en el campo político, no sólo a partir de resistir o discutir prácticas sanitarias, sino también a través de la recuperación y fortalecimiento del conocimiento mapuche (Kimún) en todas sus dimensiones.

El territorio es el principal objetivo político porque es la fuente de recursos, conocimiento, vida, indisociable de la perspectiva de salud de esta comunidad, por ende, la demanda territorial está interrelacionada con la salud. En este sentido, identifican el ámbito político como el campo en el cual esperan obtener respuestas a sus demandas. Por ello desarrollan y reinventan diariamente estrategias con las que consiguen hacer visibles sus demandas e incluso colocarlas en la *agenda política*. El marco legal que los ampara es una herramienta con la cual continúan realizando reivindicaciones vinculadas a su identidad étnica, a pesar de los vaivenes y reveses que padecen diariamente a través de las políticas de “seguridad” nacionales, provinciales y locales.

Referencias bibliográficas

- Balazote, A. y Radovich, J. C. (2009). Turismo y etnicidad. Una interculturalidad conflictiva en territorio mapuche. En L. Tamagno (coord.), *Pueblos indígenas. Interculturalidad, colonialidad, política* (pp. 25-43). Buenos Aires: Biblos.
- Carvalho, L. et al. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la Internación Domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*, 3 (3), 259-269.
- Castro Venegas, M. (2003). *Salud colectiva y medio ambiente*. Temuco: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud con Población Mapuche.
- Díaz, R. (2002). *Estrategias de ocupación y control de territorio del pueblo originario mapuche: el caso del Parque Nacional Lanín desde una perspectiva histórica*. Documento Base para el Proyecto Self-Sustaining Community Development in comparative perspective - CLAPSO - Universidad de Texas. Subred Indígena - Neuquén - COM- CEPINT. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/38263180/3-parques-nacionales-como-estrategia-de-ocupacion-y-control-era>. [consulta: 1-10-2012]
- Fassin, D. (1999) La patetización del mundo. En M. Viveros Vigoya, y G. Garay Ariza (comp.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp.31-41). Colombia: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Santa Fe de Bogotá.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: la voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

- Foucault, M. (1991). *Las redes del poder*. Buenos Aires: Almagesto.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Malinowski, B. (1973). *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Península: Barcelona.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (comp.) *Salud Colectiva. Culturas, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y política* (pp. 11-47). Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Montoya Montoya, G. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioethica*, 13 (2), 169-175.
- Muñoz Franco, N. (2009). Reflexiones sobre el *cuidado de sí* como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5 (3), 391-401.
- Otero, A. et al. (2009). Urbanizaciones de migración de amenidad en el Corredor de Siete Lagos. Neuquén. Patagonia. Argentina - Amenazas para un futuro cercano. En: *Foro Internacional Saberes, Sabidurías e Imaginarios*. Córdoba: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.
- Rappaport, J. y Ramos Pacho, A. (2005). Una historia colaborativa: retos para el diálogo indígena – académico. *Historia Crítica*, (29), 39-62.
- Taranda, D. et al. (2008) *Silencio hospital*. Neuquén: Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.
- Trentini, F. et al. (2010). Los nostálgicos del desierto: la cuestión mapuche en Argentina y el estigma en los medios”. *Cultura y representaciones sociales*, 4 (8), 186-212.
- Valverde, S. y García, A. (2007). Relacoes interétnicas, processos de construação da identidade e estratégias etnopolíticas mapuches no departamento Los Lagos, Neuquén, Argentina. *Cadernos de Campo*, 16, 113-126.
- Valverde, S. (2010) Demandas territoriales del pueblo mapuche en área Parques Nacionales. *Avá Revista de Antropología*, 17, 69-83.

Fuentes utilizadas:

- APN/PNL (2011) “La política institucional de Comanejo Intercultural entre el Parque Nacional Lanín y la Confederación Mapuce Neuquina”. Documento interno.
- Constitución de la Provincia del Neuquén (1957). Capítulo II, Artículo N°287.
- Durán, Andrea (2021) “Neuquén tiene el primer hospital intercultural del país: Raguin Kien”, Diario Río Negro, 11 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.rionegro.com.ar/neuquen-tiene-el-primer-hospital-intercultural-del-pais-raguin-kien-2032136> [consulta: 25-11-2021].

Fecha de Recepción: 26 de octubre de 2021
Recibido con correcciones: 27 de diciembre de 2021
Fecha de Aceptación: 29 de diciembre de 2021

Traducción

*¿Futuros de la salud global? Considerando el bono pandémico**

SUSAN ERIKSON**

Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Canada.

RESUMEN. Desde 2010, ha habido una notoria expansión de las formas de financiación de la salud mundial por medio de la utilización de capital privado, bonos y “mecanismos” para financiar el desarrollo internacional y los esfuerzos humanitarios. Aquí presento la lógica del Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia (MFEP),¹ un dispositivo del Banco Mundial que combina un bono, efectivo y canjes que permanecen en reserva para un eventual brote de enfermedad infecciosa. Explico cómo el MFEP es representativo de los dispositivos financieros que tienen el potencial de financiar la ayuda sanitaria mundial al mismo tiempo que ofrecen a los inversores la oportunidad de ganar dinero. Considerar el bono pandémico significa que tenemos en cuenta no sólo el MFEP (¿qué organiza y con qué lógicas?), sino también las relaciones que genera (¿qué une?) y reproduce (¿qué pretende multiplicar y qué dejar de lado?). Utilizo “considerar” como concepto analítico para ayudarnos a pensar en las medidas y futuros de la salud mundial tanto en aspectos éticos como económicos, así como también para tener en cuenta cómo se utilizan los datos de mortalidad. Considerar algo nos permite hacer una pausa para dar cuenta de dónde estamos y hacia dónde vamos, y nos ayuda a pensar en lo que queremos. ¿Es necesario convertir la obligación ética de ayudar a aquellos que están sufriendo en mecanismos financieros que hacen que la gente gane dinero, siendo esto una tendencia que claramente está en sus etapas iniciales? ¿Existen circunstancias en las que el sufrimiento de los demás como fuente de especulación financiera se vuelve conveniente?

PALABRAS CLAVE: Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia (MFEP); finanzas humanitarias; Ébola; Sierra Leona; salud global; considerar

* “Global health futures? *Medicine Anthropology Theory*, 6(3), 2019. <https://doi.org/10.17157/mat.6.3.664>. Traducción de María Florencia Incaugarat.

**Susan Erikson es una antropóloga médica que estudia sistemas políticos y económicos altamente complejos que dan forma a las experiencias de salud humana. Es profesora de Salud Global en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simon Fraser en Vancouver, Columbia Británica, Canadá.

¹ N. del T.: Conocido en inglés como “Pandemic Emergency Facility” (PEF).

² N. del T.: La autora utiliza el término “reckoning with”, el cual carece de una única traducción al español. Por ello, considerando el contexto en el que se utilice, aquí figurará en sus diferentes acepciones: “considerar/consideración”, “reconocer/reconocimiento”, “tener en cuenta”, o “dar cuenta”.

A medida que los fondos gubernamentales para la atención de la salud pública se van replegando cada vez más y los inversores globales optan por retomar los espacios que los estados nacionales dejaron vacíos, surgen preguntas prácticas y éticas sobre los mecanismos a través de los cuales se financiarán los futuros de la salud colectiva. Es urgente tener en cuenta estas preguntas ya que actualmente se están estableciendo nuevos mecanismos financieros para costear la salud, en su mayoría por fuera de la vista del público. Estos dispositivos son complejos y nacen de múltiples intereses y perspectivas en pugna. Nos obligan a una consideración: si no se dispone de dinero para la respuesta de emergencia ante una pandemia, ¿deberían los inversores poder ganar dinero especulando con las pandemias? ¿Qué representa la capacidad de inversión pandémica para nuestro futuro de salud colectiva?

Como parte de mi investigación sobre la financiarización de la salud global, considero estas preguntas a través del surgimiento del “bono pandémico”, que es la parte generadora de dinero del Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia (MFEP) del Banco Mundial, un dispositivo financiero diseñado para proporcionar dinero para el manejo de las pandemias. Mi punto de acceso etnográfico en este bono es el brote de Ébola de 2014-2016 en Sierra Leona, país en el que he trabajado durante décadas.³ Mi interés en el bono surgió a partir de un primer proyecto de investigación, realizado coincidentemente al mismo tiempo que sucedió el brote de Ébola, proyecto en el cual estaba “siguiendo” datos de salud. Estos me llevaron a un segundo proyecto en 2016 con el objetivo de “seguir el dinero”.

El MFEP apareció en la escena financiera mundial sanitaria en 2017, décadas después de que los gobiernos de todo el mundo optaran por recortes en la atención médica, ya fueran impulsados por la austeridad o porque se les hubieran impuesto, debilitando o socavando las infraestructuras de atención médica. Los gobiernos de Sierra Leona, Liberia y Guinea, y sus respectivos sistemas de atención médica, se vieron seriamente afectados cuando el virus del Ébola mató a miles de sus ciudadanos entre 2013 y 2016. Pero la capacidad de respuesta⁴ de la atención médica (Haraway, 2016) había estado restringida a dichos Estados nacionales de África occidental durante décadas. Las luchas políticas internas y la guerra habían agotado las arcas, haciendo que el dinero estuviera mucho menos disponible para la salud, la educación y el bienestar social. La Organización Mundial del Comercio e instituciones financieras internacionales como el Banco

³ Este artículo se basa en dos proyectos de investigación etnográfica financiados por el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá, el primero estudia los datos de salud global y el segundo estudia la financiarización. El primer proyecto comenzó en 2013 con tres meses de trabajo de campo en Sierra Leona estudiando el uso de datos de salud en iniciativas humanitarias y comerciales. En 2014, dirigí un equipo de investigación etnográfica allí; tres estudiantes de posgrado participaron del proyecto, indagando sobre datos de salud en diversas capacidades. Cada uno de nosotros llevó a cabo una observación participante durante tres meses o más; vivimos en la ciudad capital de Sierra Leona, Freetown; e hicimos varios viajes a ciudades y pueblos más pequeños. Todos los miembros del equipo hablaban krio, la lengua franca local y algo de Mende; uno de los miembros hablaba con fluidez Krio y Mende. El estudio fue aprobado por la Junta de Ética en Investigación de la Universidad Simon Fraser, número de estudio 2012s0643. Esa investigación etnográfica sobre datos de salud me condujo al ámbito de las finanzas ya que, además de esclarecer el trabajo convencional de rendición de cuentas que hacen los datos en los proyectos sobre salud global de Sierra Leona, el proyecto también reveló nuevos escenarios financieros emergentes donde los datos de salud se están utilizando de maneras novedosas. En 2016, se formó un nuevo proyecto de investigación a partir del primero, y se recopilaron datos de entrevistas con empleados de bancos de desarrollo internacional, compañías de reaseguros y compañías de modelado de datos, y de otros lugares, conservando un alto grado de anonimato. La investigación para el segundo proyecto fue aprobada por la Junta de Ética en Investigación de la Universidad Simon Fraser, número de estudio 2016s0415. Para ambos proyectos de investigación, no existió un proceso de revisión ética a nivel nacional en Sierra para la investigación en ciencias sociales. En total, el artículo recurre a más de cien entrevistas con sierraleoneses y otras personas que trabajaron como encuestadores, oficiales de programas, o propietarios y gerentes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. También tiene como base previa un trabajo profesional en asuntos internacionales, durante el cual trabajé en Sierra Leona y con bancos de desarrollo internacional. Es este trabajo anterior el que facilitó mi acceso a los interlocutores que contribuyen a este artículo, algunos de los cuales se encuentran aquí citados.

⁴ *N. del T.*: La autora realiza un juego de palabras entre “responsabilidad” y “capacidad de respuesta” mediante la expresión: “response-ability”.

Mundial y el Fondo Monetario Internacional también obstaculizaron la implementación de un sistema de salud en Sierra Leona y redujeron su capacidad de respuesta (Kentikelenis et al., 2015; Zack-Williams, 2012; ver también Pfeiffer y Chapman [2010] para los impactos en la salud del ajuste estructural y Basu, Carney y Kenworthy [2017] para los impactos posteriores a 2008 resultantes de las políticas de austeridad).

En este contexto, Jim Yong Kim, médico, antropólogo y entonces presidente del Banco Mundial, promovió el MFEP como respuesta a esas fallas. En octubre de 2014, Kim comenzó a abogar públicamente por “un nuevo centro de emergencia ante una pandemia” que entregaría “dinero a los países en crisis” durante futuros brotes de enfermedades (Banco Mundial, 2014a). Fue un mensaje que repitió tres meses después en el Foro Económico Mundial en Davos, Suiza, donde conquistó a los referentes mundiales del pensamiento financiero mundial, muchos de los cuales se habían quejado durante años de las ineficiencias de la industria de la asistencia. Por lo general, después de una catástrofe, los donantes prometen fondos, pero menos de la mitad cumplen con sus compromisos (Grépin, 2015). El cambio del financiamiento bilateral y de donantes, al financiamiento de Wall Street en lo que respecta a la respuesta de emergencia ante una pandemia, tiene como objetivo solucionar un problema central del financiamiento de las crisis: el dinero no está disponible en el momento óptimo para detener o contener una amenaza. “Wall Street” se entiende aquí en el sentido metonímico, incluidos los sitios del mercado de capital global donde las personas, las instituciones y las corporaciones pueden comprar y vender instrumentos financieros para ganar dinero.

Kim respaldó el MFEP y dijo que si hubiera existido: “en 2014, durante el brote de Ébola en África occidental, podríamos haber movilizado 100 millones de dólares meses antes de que el dinero fluyera en un momento en que la epidemia era solo una décima parte de su gravedad. En cambio, implicó un costo de 10 mil millones de dólares en concepto de respuesta de emergencia, esfuerzos de recuperación y pérdidas económicas para los países afectados” (Banco Mundial, 2016b). Al año siguiente, en su discurso de apertura de la Asociación Americana de Antropología de 2017, Kim (AAA 2017) defendió el MFEP como una forma de “asegurar a los pobres contra las pandemias”: “Fuimos a los mercados de capitales y de hecho recaudamos \$ 450 millones, ¡ahora existe! ¡Tenemos seguro contra pandemias! Entonces los 74 países más pobres del mundo, incluidos Liberia, Sierra Leona y Guinea. ... ahora, cuando ocurra el Ébola, con el *primer caso*, tenemos un montón de dinero en efectivo que se destinará directamente a tratar de detenerlo. [La audiencia aplaude espontáneamente.] Gracias” (énfasis agregado).

Para ser claros, el MFEP no asegura a las personas en condición de pobreza *per se*: no es un seguro de salud en el sentido convencional. Y a pesar de lo referido por Kim, el dinero del MFEP recaudado en los mercados de capitales no está disponible en el primer caso de Ébola, ni siquiera en el caso 249. Hasta que el recuento oficial de muertes no llegue a 250, no se libera dinero. E incluso entonces, hay otros criterios que se deben cumplir.

En las siguientes líneas, exploro en más detalle la porción del bono pandémico del MFEP, pero primero ofrezco algunas ideas sobre lo que un trabajo de “reconocimiento” puede hacer cuando un instrumento como el MFEP augura nuevas economías éticas de ayuda sanitaria global. Influenciada por Nelson (2009), utilizo “reconocimiento” como un concepto analítico para ayudar a pensar en las medidas y futuros de la salud global tanto en aspectos éticos como económicos. Un “reconocimiento” es un proceso, una forma de considerar dónde estamos y hacia dónde vamos. Es una pausa que da la oportunidad de visibilizar lo que se encuentra desapercibido. No es una debilidad, sino una reflexión en el momento. Brinda un espacio para poder contemplar y comprender antes de condonar o condenar.

Podemos considerar: ¿Este dispositivo financiero construye el mundo que queremos? En este caso, reconocer el MFEP significa dar cuenta no sólo del dispositivo financiero (¿qué organiza y con qué lógicas?) sino también las relaciones que fomenta (¿qué une?) y reproduce (¿qué tipo de relaciones se fortalecen o cuáles se desechan?). Reconocer el MFEP plantea cuestiones simmelesquianas sobre las obligaciones y los intercambios entre las personas que tienen mucho y

las que tienen muy poco. Tener en cuenta los instrumentos de las inequidades financieras y sanitarias es importante, y saca a relucir un segundo aspecto que tengo en cuenta: el recuento de datos de salud global que activan el bono pandémico.

¿Deberían las fallas en la atención de la salud de un país pobre convertirse en oportunidades de especulación y acumulación de riqueza, lo que sería una forma de fusionar el derecho de los pobres a la salud con la obligación de la gente y los países ricos de aliviar el sufrimiento? Al adoptar este nuevo financiamiento, ¿a qué renuncian las sociedades? Un editorial de *The Economist* sugiere que el bono “significa sentirse un poco menos descompuesto al poner las palabras “ganancia” y “sufrimiento humano” en la misma oración (2017: 68). Pero el peso ético de lo que pone en marcha el bono pandémico es más grave que superar un malestar estomacal. El MFEP es un presagio del futuro financiamiento de la salud mundial. ¿Qué queremos hacer al respecto? Quizás nada, quizás algo. Eso es lo que significa “tener en cuenta”.

Consideremos vivir en mundos en los que puede ser necesario traducir la obligación ética de ayudar a quienes están sufriendo, en dispositivos financieros que hagan ganar dinero a la gente, una tendencia en la que claramente nos encontramos en sus etapas iniciales. Un dato importante a tener en cuenta: todas las personas que entrevisté y que habían trabajado para crear el MFEP, creían que era un bien moral de primer orden. Así que consideremos si en nuestro mundo actual y futuro los inversores merecen el “derecho”, como lo expresan los defensores de MFEP, de potencialmente ganar dinero con el sufrimiento de otras personas debido a que los gobiernos no pagarán otras soluciones debido a un modelo ideológico. ¿Hay condiciones en las que generar dinero a partir del sufrimiento de los demás es deseable y debería impulsarse?

¿Qué es el MFEP?

Con el MFEP, el Banco Mundial reúne a más de sesenta grupos diversos para adelantar dinero con un rápido desembolso futuro en el caso de ocurrir una pandemia que reúna los requisitos mencionados en cualquiera de los setenta y siete países de la Asociación Internacional de Desarrollo (IDA), considerados como los más pobres del mundo por el Banco Mundial. Según el Banco Mundial (2016a), el MFEP brindará una respuesta oportuna, más rápida y más rentable ante una pandemia; mayor implicación del dinero del sector privado; mayor transparencia y rendición de cuentas; un fortalecimiento de los sistemas de salud; y un nuevo mercado. El MFEP cubre varias enfermedades, incluidas las fiebres de Lassa y Rift Valley, coronavirus como SARS⁵ y MERs, e influenza. Debido a que el bono pandémico cubre el Ébola, una enfermedad que devastó un país cuya economía conozco bien, es el Ébola la enfermedad que utilizo como punto de referencia a lo largo de este artículo.

A modo de aclaración, el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia no es un mecanismo de financiamiento en el sentido convencional. Y aunque a veces se lo describe como un seguro, no lo es en el sentido clásico de que una persona paga una prima y luego recibe dinero para cubrir las pérdidas causadas por un evento dado. Y a pesar de que la mayor parte de su capacidad recaudatoria fue ofrecida a los inversores por el Banco Mundial como un bono, no es un bono convencional o bono “vanilla”. Con los bonos vanilla, las personas o los países compran, es decir, prestan su dinero por una duración predeterminada del bono, mientras algo se construye o financia; al vencimiento, se paga un capital principal e intereses garantizados. En cambio, el MFEP es un mecanismo financiero con múltiples perspectivas y en buena medida especulativo (una parte es seguro, otra parte fianza, otra parte son canjes, y otra parte subvención en efectivo) que está estructurado por acuerdos contractuales, muchos de los cuales son legal-

⁵ N. del T.: Durante la pandemia de Covid-19, el MFEP también incluyó el virus SARS-CoV-2, y fue oficialmente cerrado en abril de 2021. Para más información ver: <https://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-financing-facility>; <https://www.bancomundial.org/es/topic/pandemics/brief/fact-sheet-pandemic-emergency-financing-facility>

mente vinculantes, entre los grupos involucrados. Estos acuerdos son detallados en un prospecto de 386 páginas (Banco Mundial, 2017c).

El MFEP funciona como un contenedor (ver imagen 1). La cuenta del MFEP del Banco Mundial “retiene” las contribuciones de los donantes, el bono pandémico y los canjes (un derivado cambiario) por un total de 450 millones de dólares. También alberga una “ventana de efectivo” que cuenta con una donación de 50 millones de euros de Alemania (a la que Australia agregó US\$ 7 millones en 2018) y aumentada por otros fondos de dinero del Banco Mundial en el caso de que sea necesario. El dinero de la ventana de efectivo se puede otorgar mediante una solicitud y funciona como la antigua ayuda bilateral, así todo, todas las decisiones sobre los pagos de la ventana de efectivo son tomadas por un Cuerpo Directivo del MFEP (Banco Mundial 2019: 3) en lugar de un departamento de estado o ministerio de Relaciones Exteriores. En este artículo, me enfoco en el bono pandémico, no en el fondo de dinero, porque el bono pandémico es una señal y símbolo del gran cambio en las finanzas humanitarias, a medida que los gobiernos se retiran y los mercados de capital salen a hacerse cargo de las obligaciones relativas a la salud humana. Por supuesto, estos gobiernos y mercados de capitales están formados por personas, y la historia que también aquí relato es acerca de la vida social de dicho bono.

Con respecto a la parte de seguros del MFEP, el Banco Mundial paga las primas de seguro con dinero donado de Alemania y Japón a las compañías de reaseguros en nombre de los setenta y siete países de la AIF cubiertos por el MFEP. Las compañías de reaseguros, SwissRe y MunichRe, se embolsan las primas pagadas por los donantes. (En el futuro, el Banco Mundial espera que los países que enfrentan amenazas de pandemia encuentren la manera de pagar sus propias primas). Esa es la parte del seguro. La parte de bonos del PEF se lanzó en julio de 2017

El mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia del Banco Mundial

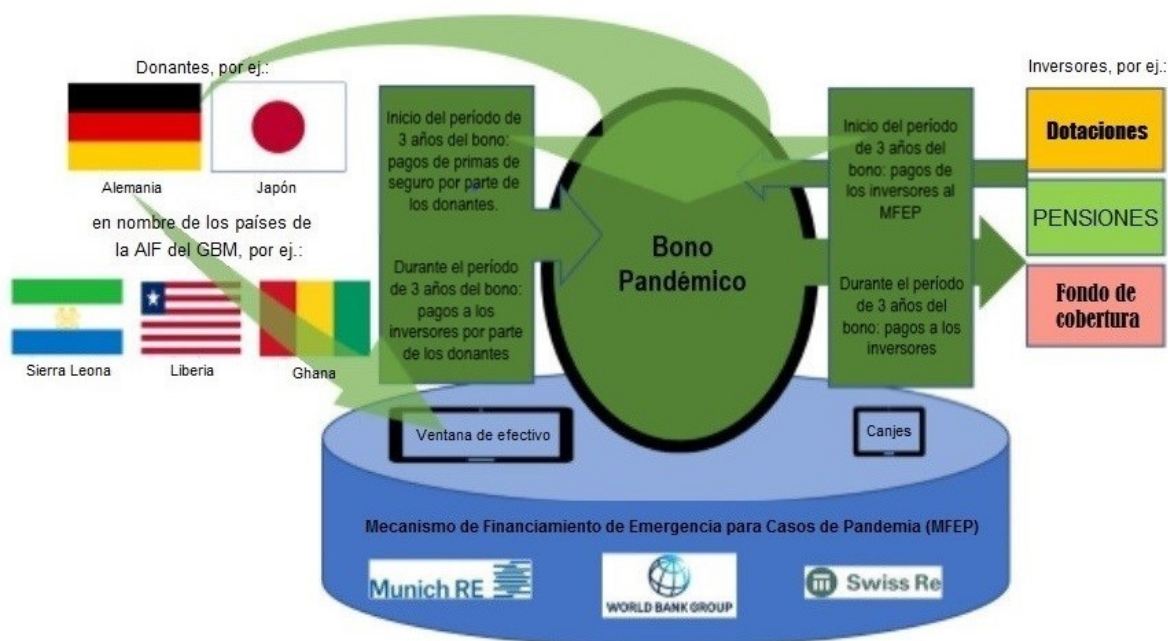


Imagen 1.

El bono pandémico como parte del dispositivo financiero del Banco Mundial, el Mecanismo de Emergencia Pandémica. Gráfico con derechos de autor.

cuando veintiséis inversores compraron un bono a tres años diseñado para recaudar 320 millones de dólares para la respuesta ante una pandemia. Los inversores dan su dinero al Banco Mundial para que lo mantenga durante tres años. Algunos inversionistas pagaron 250.000 dólares estadounidenses, el monto mínimo de calificación; y algunos invirtieron US\$ 50 millones.

Si sucede una pandemia durante esos tres años, el Banco Mundial (2019: 3) da parte del dinero de los inversores a “agencias de respuesta” para que administren el manejo de la emergencia:

Los fondos del MFEP se pueden utilizar para financiar el costo de las medidas de respuesta durante un brote, de acuerdo con lo que se describe en el plan de respuesta del país. Esto incluye, entre otros, el despliegue de recursos humanos, fármacos y medicamentos, equipo médico esencial y crítico para salvar vidas (incluido el equipo de protección personal), logística y cadena de suministro, equipo no médico, bienes esenciales para salvar vidas, obras civiles menores (como la creación de centros de atención temporal), servicios, transporte, pagos por condiciones de vida riesgosas, comunicación y coordinación, etc.

Hay restricciones: el pago máximo, por ejemplo, para los filovirus, de los cuales el Ébola es uno, tiene un tope de 150 millones de dólares. Además, los fondos del MFEP no se pueden utilizar para preparativos: “Los fondos sólo estarán disponibles en tiempos de crisis, cuando los países se hayan visto afectados por un brote” (Banco Mundial, 2019: 4). Y los permanentes preseleccionados “organismos de respuesta acreditados por el MFEP” han sido limitados a cuatro: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Los países de la AIF y las organizaciones de ayuda pueden postularse para convertirse en una agencia de respuesta del MFEP mediante la presentación de una solicitud. Un comité directivo presidido por el Banco Mundial de no más de siete miembros con derecho a voto y cinco sin derecho a voto decide qué organizaciones califican como agencias de respuesta y obtienen fondos del MFEP (Banco Mundial, 2017a: 9).

Si no sucede ninguna pandemia durante esos tres años, los inversores recuperan su dinero, más intereses. Si invirtieron en la parte de mayor riesgo del bono, recuperarán el dinero que pusieron en el bono más un interés anual de alrededor del 14 por ciento.⁶ Si un inversor en bonos MFEP invirtiera 50 millones de dólares (al parecer, existían tales inversores), recibiría un interés anual de unos 6,81 millones de dólares estadounidenses. Durante los tres años de vigencia del bono, ganarían alrededor de 20,43 millones de dólares, además de recuperar sus 50 millones de dólares. Así, una inversión de US\$ 50 millones se convierte en aproximadamente US\$ 70,5 millones en tres años si no hay ningún evento pandémico.

Los pagos de intereses semestrales se realizan a los inversores con el dinero donado por los gobiernos de Alemania y Japón, un aspecto del diseño del bono que Stein y Sridhar (2017) sugieren que es insostenible. Ese dinero de los donantes, que está destinado a ayuda humanitaria, podría destinarse directamente a mitigar la pandemia. Esto ha despertado críticas sobre si el dinero debería entregarse directamente como ayuda, una opinión que ha ganado cierta popularidad en los círculos de ayuda tanto europeos como norteamericanos.

Si hasta aquí encuentra confusos los mecanismos operativos del MFEP, no es usted. Durante mi investigación, descubrí que el MFEP es confuso incluso para las personas que trabajan

⁶ Durante la vida del bono, la tasa de interés es variable. El interés, sin embargo, se calcula con algunos datos conocidos. Por ejemplo, si un inversor compró el tramo de bonos con intereses más altos que cubre el Ébola, el interés se calcularía de la siguiente manera: 11,5% anual + vencimiento a 6 meses USD-LIBOR-BBA - margen de financiación 0,40. Entonces, usando la tasa USD-LIBOR de julio de 2017, el interés anual devengado en julio de 2018 sería 11.5% + 2.52% - 0.40 = 13.62% (Banco Mundial 2017c, PT-10).

en la industria financiera. En el Banco Mundial, conocí a personas que entendían muy bien los elementos singulares “aislados” del MFEP, pero que no podían responder preguntas sobre otros componentes. Parte del problema es que el MFEP combina aspectos de muchos productos financieros diferentes, por lo que es posible que un experto en salud pública no comprenda completamente los elementos del seguro y viceversa. Como dispositivo financiero, es ingenioso pero también confuso, y no me sorprendió saber que su diseño tomó más de dos años y medio. Tenía que ser elaborado con minuciosidad, combinando características de la industria financiera con medidas de salud pública pandémica.

Con respecto al diseño, el elemento que tardó más en crearse fueron los activadores de pago. El dinero se libera (o no) para la atención de una emergencia según el número de muertes confirmadas. En el caso de un futuro brote de Ébola en Sierra Leona, por ejemplo, no se liberará dinero del bono pandémico para un solo caso o para cualquier caso hasta el número 249. Cuando se cuente oficialmente la muerte número 250 y se cumplan otros criterios, quedarán disponibles US\$ 45 millones, que es el 30 por ciento del dinero destinado a los filovirus, de los cuales el Ébola es uno de ellos. El sesenta por ciento estará disponible cuando se documenten 750 muertes. El cien por ciento del dinero de la fianza designado para los filovirus, US\$ 150 millones, estará disponible cuando el recuento oficial alcance las 2.500 muertes. Otros criterios de calificación también están escritos en el contrato de bonos: no importa cuántas muertes ocurran dentro de un país, el pago sólo se permite cuando los casos ocurren en dos países limítrofes o en un total de ocho países no contiguos (ver tabla 1).

Además, como en el reciente brote de Ébola en la República Democrática del Congo (RDC) (que comenzó el 1 de agosto de 2018), también hay un umbral de “tasa de crecimiento”, es decir, un cálculo de crecimiento de números y casos, que debe cumplirse para que el dinero de los inversores se libere (Banco Mundial 2017c, PT-32). Al momento de escribir este artículo, ya hay más de dos mil muertes confirmadas, con algunas muertes adicionales en la frontera en Uganda, pero el umbral de la tasa de crecimiento aún se está analizando. En secciones posteriores, retomo las prácticas y la política de los recuentos de muertes, pero primero proporciono

Tabla 1. Tabla del Banco Mundial que muestra los montos de cobertura ante una pandemia por filovirus

<i>Cobertura máxima por Filoviridae: US\$ 150m</i>	Pago basado en: <i>Número agregado de defunciones confirmadas en los países miembros del BIRF/AIF</i>		
	<i>At 250</i>	<i>At 750</i>	<i>At 2,500</i>
<i>Regional (brotes que afectan de 2 a 7 países)</i>	30% (US\$45m)	60% (US\$90m)	100% (US\$150m)
<i>Global (brotes que afectan 8 o más países)</i>	35% (US\$52.5m)	70% (US\$105m)	100% (US\$150m)

Fuente: Banco Mundial (2017a, 7)

Nota: Los pagos del 100 por ciento no equivalen al total de US\$320 millones abonados porque ningún brote epidémico que califique como tal (como los virus Filoviridae incluido el Ébola) puede reclamar todo el dinero recaudado por los bonos.

una genealogía para explicar el bono pandémico como un resultado lógico de las prácticas cambiantes de la ayuda humanitaria.

Nace el bono pandémico: una genealogía

El Banco Mundial expandió su “familia” de bonos cuando emitió su bono pandémico en 2017. Con su primera emisión de bonos verdes en 2008 y de bonos catástrofe en 2014, los bonos respaldados por el Banco Mundial se han vuelto más complejos con cada generación. Los bonos verdes funcionan de forma convencional para recaudar dinero: un banco emite un bono en concepto de, por ejemplo, un objetivo del gobierno. Los inversores compran, y si el objetivo se cumple en un plazo determinado (la vida útil del bono, generalmente de tres a veinte años), el banco, por una tarifa, devuelve a los inversores el dinero que aportaron y el gobierno les paga los intereses. Durante las entrevistas, los economistas del Banco Mundial se refirieron a los bonos verdes -diseñados para construir instalaciones y programas respetuosos con el medio ambiente (“verdes”)-, como “bonos vanilla” por su falta de complejidad. Los funcionarios del Banco Mundial consideran a los bonos verdes como precursores de los bonos catástrofe más complejos emitidos por el Banco Mundial, los cuales a su vez inspiraron la creación de los bonos pandémicos. Con la emisión del bono pandémico, el Banco Mundial espera catalizar un mercado de bonos pandémicos de la misma manera que el Banco Mundial fomentó el desarrollo de los mercados de bonos verdes y de bonos catástrofe.

Se considera que el Banco Mundial está a la vanguardia de la “financiación innovadora para el desarrollo”. Pero no está solo: las Naciones Unidas (2009) han estado promoviendo la innovación financiera durante casi una década, y la Fundación Rockefeller ha dado un fuerte impulso para una “revolución financiera innovadora” (Madsbjerg y Keohane, 2016). “Promover los objetivos de desarrollo universales a través del asombroso poder de la innovación [financiera]” (Nabarro y Schroeder, 2016: 100) es un concepto que ya está bien arraigado en algunos círculos de ayuda humanitaria y de desarrollo internacional. Las fundaciones Gates y Clinton han defendido la innovación financiera desde aproximadamente 2010. Tanto en los países ricos como en los pobres, se necesitaba hacer algo para compensar la escasez de ingresos fiscales en los suministros de salud, educación y bienestar social que resultan de los esquemas de austeridad neoliberal introducidos en la década de 1980.

Los remedios del mercado se han convertido en la solución prescriptiva, marcando el comienzo de la era actual de lo que se llama “inversión de impacto”.⁷ Si los inversores están dispuestos a arriesgar su dinero ante la posibilidad de que se pierda, según la lógica, entonces merecen ganar dinero. Asumir riesgos financieros por el bien público debería ser recompensado, según esta opinión. “Pagar por el éxito” se ha convertido en el mantra de la inversión de impacto y los mecanismos financieros conocidos como bonos de impacto social (BIS) y bonos de impacto en el desarrollo (BID) han proliferado rápidamente.

Los BIS tuvieron un comienzo precario, comenzando con el primero emitido en Inglaterra en 2010. El BIS de la prisión de Peterborough no cumplió su objetivo de reducir la reincidencia, pero sin embargo sentó un precedente financiero debido a que el mecanismo de bonos fue considerado un éxito. Esto plantea una crítica clave de la lógica de los bonos de impacto: no es necesario que el objetivo social se cumpla por completo si el mecanismo de bonos funciona para ofrecer rentabilidad financiera a sus inversores.

El primer BIS emitido en los Estados Unidos se lanzó en 2012 con el fin de reducir el número de jóvenes de dieciséis a dieciocho años que reingresan a las cárceles de la ciudad de Nueva York dentro de los doce meses posteriores a su liberación. El objetivo era reducir las tasas de reincidencia mediante una breve intervención de terapia cognitivo-conductual. Goldman

⁷ También conocida como “financiación innovadora”, “financiación social”, “financiación combinada”, “inversión basada en valores” y “financiación basada en resultados”.

Sachs, que operaba tanto como banco y como inversor, aportó US\$ 7,2 millones y esperaba obtener entre US\$ 500.000 y US\$ 2 millones si se cumplían los criterios de referencia predeterminados (Ciudad de Nueva York, 2012). El programa terapéutico fracasó y Goldman Sachs perdió parte de su dinero (la pérdida de US\$ 7,2 millones se redujo a US\$ 1,2 millones gracias a una garantía de respaldo de US\$ 6 millones pagada por Bloomberg Philanthropies). El fracaso del bono para cumplir con sus objetivos es bien conocido entre los defensores, los críticos, como así entre los indecisos por algunas de las dos posiciones (ver, por ejemplo, Rudd et al., 2013; Cohen y Zelnick, 2015; Dodge, 2015, respectivamente). Pero el bono como dispositivo funcionó según lo diseñado y es así que nació un modelo. Desde entonces, el número de BIS ha crecido: en 2018, había 108 BIS en veinticuatro países (Rosenberg, 2018), aunque la mayoría aún no han llegado a su vencimiento.

Siguieron después los bonos de impacto en el desarrollo (DIB), que aplican los principios de los BIS al desarrollo internacional. El primero, el Bono de Impacto de Desarrollo “Educate Girls”, un bono de tres años que recaudó US\$ 270.000 para mejorar los resultados educativos de las niñas en Rajasthan, India, se lanzó en 2015 y venció en junio de 2018. El inversor, UBS Optimus Foundation, esperaba obtener dinero aun cuando los resultados fueran insuficientes (Instiglio, 2015: 15). Las proyecciones consistían en que si se cumplían plenamente las metas educativas, el inversionista recuperaría su inversión principal de US\$ 270.000 más US\$ 89.085. Incluso si los resultados alcanzaran sólo el 86 por ciento del desempeño proyectado, el inversionista obtendría US\$ 36,657 adicionales, un rendimiento de la inversión del 13 por ciento (Instiglio, 2015: 5).⁸ El pago de intereses fue realizado por la Fundación del Fondo de Inversión para Niños, una organización benéfica creada por un ex administrador de fondos de cobertura, quien tendría la posibilidad de deducir los intereses pagados como deducción de ganancias.

Cuando el bono se puso en marcha, el inversor especulaba sobre los resultados de la prueba de los próximos tres años. Su pago se determinó calculando los resultados del aprendizaje de los estudiantes mediante pruebas estandarizadas en ensayos controlados aleatorios por grupos (ver tabla 2). Los resultados eventualmente desencadenarían la cantidad de rendimiento del inversor. Dejando a un lado los debates sobre las pruebas estandarizadas y los ensayos de control aleatorio en la educación, este ejemplo de BIS pone de relieve cómo la información sobre los resultados fue utilizada para que el inversor ganara dinero, siendo un asunto que afecta también al bono pandémico.

Los resultados de sus dos primeros años sugirieron que era poco probable que el BID cumpliera plenamente sus objetivos de educación e inclusión (IDinsight, 2018: 8). Pero para el tercer año, el Bono de Impacto en el Desarrollo de “Educate Girls” había superado oficialmente sus objetivos de inscripción y aprendizaje. El inversionista recuperó su capital más el 52 por ciento de interés ($\text{US\$ } 270,000 + \text{US\$ } 144,085 = \text{US\$ } 414,085$), como se indica en la licitación del bono. Pero los problemas de medición afectaron a este bono, lo cual sale a la luz en las once páginas de notas al pie y anexos del informe de evaluación final, la mitad del informe de veintidós páginas (IDinsight, 2018). Las numerosas decisiones dudosas y discutibles tomadas por el Grupo de Trabajo ponen de manifiesto la importancia que tiene la información para la inversión en bonos. Los miembros del Grupo de Trabajo necesitaban que el bono funcionara como una inversión; es decir, necesitaban que lograra pagar a los inversores. Las decisiones que se tomaron respecto de la información lo reflejan; las intrigas sobre la información fueron numerosas. Las preguntas sobre qué hacer con la discrepancia entre grados de escolaridad y edad, por ejemplo, generaron notas al pie como esta: “Un niño de 8 años en tercer grado durante el final del año 3 se muestra como un niño de 6 años en primer grado en esta tabla” (IDinsight, 2018: 16). Los debates dentro del grupo de trabajo sobre cómo contabilizar los logros en el aprendizaje suscitaron esta decisión: “El grupo de trabajo acordó extremar la sobreestimación de los logros en

⁸ Instiglio es una ONG con sede en Columbia que proporcionó el diseño técnico y la asistencia en la elaboración de informes para el proyecto BID “Educate Girls” en India.

Tabla 2. Tabla de Bonos de Impacto en el Desarrollo de Educate Girls para calcular los resultados del aprendizaje

Tipo de Estudiante	Descripción del estudiante	Estrategia para obtener estimaciones sobre el tratamiento de efecto para este tipo de estudiante
I	Matriculados en los grados 1 a 5 en la línea de base, presentes para la línea de base, presentes al final	<p><i>Ganancias de aprendizaje de estudiantes Tipo I</i></p> $= \sum_{I_t} (S_{I,E_z} - S_{I,B}) - \sum_{I_c} (S_{I,E_z} - S_{I,B})$ <p>donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S es la puntuación obtenida en la evaluación ASER¹ (calculada por la suma de las puntuaciones de los 3 componentes individuales de la evaluación, para un número total de puntos posibles entre 3-15) • i es el estudiante tipo I en una escuela de tratamiento (control) e I es el número total de estudiantes tipo I en las escuelas de tratamiento (control) • t indica estudiantes en escuelas de tratamiento y c indica estudiantes en escuelas de control • E_z denota la línea final de aplicación: <ul style="list-style-type: none"> ○ YI para estudiantes en grado 5 en la línea de base ○ Y2 para estudiantes en grado 4 en la línea de base ○ Y3 para estudiantes en los grados 1-3 en la línea de base • B denota la línea de base YI

Fuente: Instiglio (2015: 30)

el aprendizaje para este grupo al asumir que el efecto del programa Educate Girls en las estudiantes no evaluadas en la línea de base en el quinto grado fueron los mismos que el efecto en las estudiantes evaluadas en la línea de base” (IDinsight, 2018: 19). Algunas de las descripciones de lo que es importante simplemente carecían de sentido.

Los calificadores de medición, especialmente en el tercer año, fueron numerosos: “Las niñas recién inscritas fueron omitidas de todos los análisis” (IDinsight, 2018: 20). Las estudiantes abandonaron. Algunas escuelas cerraron. Algunas escuelas fueron descartadas por el Grupo de Trabajo. En el tercer año, después de que el primer y segundo año fueran menos que prometedores, el proveedor de servicios aumentó las clases particulares de recuperación para algunas estudiantes a dos veces al día, junto con visitas domiciliarias. El proveedor de servicios informó haber gastado US\$ 12 por estudiante por año, cuando por lo general se gastaba menos de US\$ 5 por estudiante en esa región (Brookings, 2018: 16). El punto no es subestimar las mediciones, sino señalar que detrás de la conclusión de que “¡los DIB son exitosos!”, se encuentra a veces una toma de decisiones de análisis de datos dudosa y, a menudo, discutible. Abundan las cuestiones serias de aplicabilidad y sostenibilidad a largo plazo para toda la población y son motivo de preocupación. Por ejemplo, ¿quién educará a los estudiantes que no están a la altura en un año determinado cuando los inversores sólo pagan por casos exitosos?

Hay un antecedente esencial más en la genealogía del bono pandémico: el surgimiento de

los bonos catástrofe (llamados “bonos cat”).⁹ Introducidos a mediados de la década de 1990, los bonos catástrofe son bonos de uno a tres años, vendidos por bancos y comprados por inversores privados dispuestos a afrontar la posibilidad de que una compañía de seguros tenga que pagar las demandas en caso de ocurrir una catástrofe. Los inversores ganan dinero cuando tienen el bono para un evento que no sucede (y que las compañías de seguros no pagan). Los desastres naturales como huracanes, terremotos, incendios forestales, impactos de meteoritos y erupciones volcánicas entran en esta categoría de mecanismo de inversión. Los bonos de mortalidad extrema se introdujeron a mediados del año 2000 para proteger a las compañías de seguros de “perder demasiado dinero” ante las demandas de seguros de vida en casos de catástrofe. Los inversores apuestan por los bonos especulando sobre el lugar, la magnitud y el momento de la catástrofe.

En junio de 2014, cuando la pandemia del Ébola se desataba, el Banco Mundial acababa de emitir su primer bono catástrofe, recaudando 30 millones de dólares, para cubrir terremotos y ciclones en dieciséis países del Caribe. Aunque el banco llegó unos veinte años tarde a la fiesta, su nuevo bono catástrofe fue aclamado como “innovador” y un “hito” (Banco Mundial, 2014b). El entonces presidente del Banco Mundial, Jim Kim, se atribuyó el mérito de unir los dos -la pandemia del Ébola y el modelo de los bonos catástrofes- (AAA, 2017). El MFEP, con su mecanismo similar a un bono catastrófico y un fondo en efectivo de 50 millones de euros, se convirtió en una contribución distintiva de la gestión de Kim.

Es importante tener en cuenta esta parte de la genealogía: el bono pandémico surgió de un entorno neoliberal en el que los precursores anteriores (BIS, BID, bonos catástrofe y de mortalidad extrema) fueron considerados como el remedio para los “gobiernos, lentos y malos”. El bono pandémico es una manifestación de tendencias más amplias que se alejan de la inversión directa en los sistemas de atención de salud -en infraestructura y en financiamiento de pago por desempeño (Soucat et al., 2017) y en sistemas de atención responsable (McClellan et al., 2014)-. No importa que los gobiernos hayan logrado asombrosas mejoras en la salud pública durante los últimos 150 años (Rosling, 2010): el innovador financiamiento de la salud global esquivo a los gobiernos, y el ganar dinero con las enfermedades es considerado como una solución de problemas ventajosa¹⁰ por muchas de las personas que entrevisté.

En el Banco Mundial, encontré una aceptación generalizada de productos y proyectos de desarrollo que brindan “rentabilidad”. Cuando les pregunté a mis interlocutores allí sobre futuros desarrollos y sobre si esperar un bono pandémico 2.0, uno de ellos dijo que la emisión del bono pandémico 1.0 consistió en una prueba para ver si funcionaba tal como se lo imaginaba: “Es una prueba de concepto... Es un piloto y veremos cómo va... [A 2.0] en gran medida, depende de si el 1.0 se activa o no. Una parte de mí piensa, ‘espero que no haya otro brote de salud pública con potencial pandémico’. Pero otra parte de mí dice: ‘Bueno, hasta que eso suceda, realmente no podemos probarlo’”. En el verano de 2019, el Banco Mundial anunció que estaba trabajando en un MFEP 2.0.

Sociabilidad financiera: relaciones fortalecidas, relaciones abandonadas

El desarrollo de la parte de bonos del MFEP fue, según muchos informes, un proceso creativo, interactivo y emocionante. Pero para algunos, fue completamente estresante. “Fue mi vida durante dos años”, dijo un analista financiero, que parecía orgulloso y exhausto. Un grupo central de funcionarios de los departamentos del Banco Mundial (Tesorería, Salud y Finanzas para el Desarrollo) desarrolló el bono utilizando varios ejemplares de emisiones exitosas de bonos verdes y catástrofes. A medida que se desarrollaba el MFEP, el Banco Mundial incorporó compañías de reaseguros, una empresa de corredores de bonos y una compañía de modelado de datos para

⁹ N. del T.: En inglés, “cat bonds” como abreviatura de “catastrophe”.

¹⁰ N. del T.: O “win-win”, expresión que utiliza la autora, ampliamente difundida en el mundo de habla hispana.

estructurar el bono.

Cuando llegó el momento de solicitar inversores, el Banco Mundial recurrió a un corredor de bonos conocido, la empresa Guy Carpenter.¹¹ Un inversor en bonos catástrofe me dijo: “[La relación entre el Banco Mundial y Guy Carpenter] es un tipo habitual de relación bancaria de inversión. ... [El Banco Mundial] necesita acudir a algún experto que trate con nosotros como inversores de forma cotidiana. [Guy Carpenter] conoce todo el universo de inversores que han comprado bonos con anterioridad, lo que están pensando, a quién le importaría o no. Ese es su valor para el Banco Mundial”.

Resulta que “todo el universo de inversores” es un grupo de personas bastante estable. No se permiten inversores sencillos o independientes.¹² Sólo los inversores institucionales aprobados por la Comisión de Bolsa y Seguridad de los Estados Unidos (SEC) son aptos. (Un inversor acreditado por la SEC debe haber ganado al menos 200.000 dólares estadounidenses en cada uno de los dos años anteriores y tener un patrimonio neto superior a 1 millón de dólares estadounidenses. Los bancos, sociedades, corporaciones, organizaciones sin fines de lucro y fideicomisos pueden ser inversores acreditados si sus activos totales superan los US\$ 5 millones o si todos los propietarios de acciones son inversores acreditados por la SEC [SEC 2013]). Las reglas de la SEC especifican que un inversor debe ser “sofisticado”, lo que significa que “[el inversor] debe tener ... suficiente conocimiento y experiencia en finanzas y asuntos comerciales” (SEC, 2013, “Quién es un inversionista acreditado”). Durante una entrevista, un funcionario del Banco Mundial mencionó “ir a una gira” para la búsqueda de inversores:

SLE:¹³ ¿Una gira? Lo siento, pero no sé qué significaría eso para el Banco Mundial...

BM:¹⁴ Oh, eso significaría que fuimos a algunas ciudades, ya sabes, a Londres, Zúrich, Tokio, Nueva York, donde hablamos con los inversores en bonos y les explicamos a las personas que estaban potencialmente interesadas en invertir en este bono pandémico. Se lo explicamos.

SLE: ¿Y en algún momento buscó inversores o compartió el modelo en Sierra Leona, Liberia o Guinea?

BM: No, tenemos un Comité Directivo para eso.

Desde la perspectiva del Banco Mundial, el bono pandémico debe funcionar y, para eso, debe atraer la atención “adecuada” de las personas “adecuadas”. Esto significó conseguir que los inversores compraran a redes de capital acaudaladas y ya establecidas. Más del 80 por ciento de los inversionistas que cubren la porción del Ébola del MFEP están en Europa, con inversionistas dedicados a bonos catástrofe (35 por ciento) y fondos de pensiones (42 por ciento) que componen el tipo de inversionista (Artemis, 2018b). Se considera a los sierraleoneses, liberianos y guineanos (y personas de otros países beneficiarios calificados) solamente como los beneficiarios previstos de un desembolso pandémico y no fueron consultados en la elaboración del bono.

En 2016, cerca de cincuenta altos funcionarios de salud y seguridad nacional de África, Norteamérica y Europa se reunieron en las cercanías de Londres. La reunión fue organizada por tres gobiernos del G7 para compartir las lecciones aprendidas del brote de Ébola. Yo fui invitada para explicar la financiarización del Ébola, y luego de que terminara de explicar el modo en el que funciona el MFEP como una nueva forma de financiación de una pandemia, un oficial

¹¹ Guy Carpenter es una reconocida empresa de corredores de reaseguros, que lleva el nombre de su fundador. Las compañías de reaseguros aseguran a las compañías de seguros para que un solo evento catastrófico no lleve a la quiebra a una compañía de seguros; tienen, según algunas estimaciones, más de 600.000 millones de dólares de capital en activos (Aon 2018). En el MFEP, Guy Carpenter actuó como facilitador entre el Banco Mundial, las empresas reaseguradoras y los inversores. win-win”, expresión que utiliza la autora, ampliamente difundida en el mundo de habla hispana.

¹² N. de T.: Llamados en inglés “Mom and pop”, este tipo de inversores por lo general no tienen mucha experiencia y sólo invierten mínimamente en el mercado bursátil.

¹³ N. de T.: Siglas de la autora.

¹⁴ N. de T.: Acrónimo de “Banco Mundial”.

africano de alto rango inmediatamente comentó: “No estamos en esto. Nunca he oído hablar de esto”. Dicho oficial y otros en la sala se mostraron visiblemente molestos. La falta de consulta con los líderes africanos en la elaboración del bono era lo que estaba en cuestión. Más tarde, cuando me uní a una mesa de almuerzo donde varios oficiales de los diferentes países estaban comiendo y discutiendo el bono pandémico, el tono general había cambiado a uno de resignación. Al final del almuerzo, dejé la mesa con la impresión de que durante una emergencia nacional como la que planteó el brote de Ébola en África Occidental, no importaba mucho de dónde venía el dinero. Solo importaba que algo de dinero llegó.

Pero, en una pandemia, ¿es siempre el dinero lo que más importa? Tal presunción requiere una evaluación. Sí, por supuesto, el dinero es absolutamente necesario para responder a las pandemias. Pero durante el brote de Ébola, los factores no financieros también afectaron gravemente la contención de la enfermedad (ver Wilkinson y Leach, 2014; Shepler, 2017), la mayoría de los cuales, en base a mis hallazgos, fueron minimizados en comparación con la expansión del MFEP del Banco Mundial. ¿Y qué hay de las responsabilidades de los grandes bancos de desarrollo por las fallas de la estructura económica en Sierra Leona, aquellas que frenaron el crecimiento de un sistema de atención médica capaz de impedir los primeros casos de Ébola (Kentikelenis et al., 2015)? ¿Podría el bono pandémico ser parte de un monstruo contemporáneo de los bonos de impacto como “una expansión enorme de la racionalidad económica y su penetración en nuevas áreas de la vida humana”, cuando las prácticas más recomendables como la consulta local se desvanecen en pos del capital (Cooper y Konings, 2015: 2)?

La construcción de lo que será la salud global

Entre las personas que entrevisté, había una creencia generalizada de que los MFEP eran un bien moral y que el rendimiento financiero del bono pandémico pondría en marcha las condiciones futuras de la salud global. Al crear el bono pandémico, los bancos de desarrollo, las compañías de reaseguros, las empresas de análisis de datos y los inversores pretenden diseñar desde cero lo que será la salud global. Durante siglos, sin ningún tipo de miramiento -y a menudo tampoco rentablemente- los gobiernos asumieron nuestros riesgos colectivos de seguridad contra las enfermedades, pero actualmente estamos en una era de apropiación y lucro privado de dicha obligación. Las potencias financieras mundiales hicieron creer a los MFEP que el sector privado debería hacerse cargo de las tareas gubernamentales. Desde su lógica, los inversores que “compran” el riesgo de una pandemia merecen ganar dinero; y pretenden cultivar un mercado de bonos pandémicos que establezca y proporcione financiación de respuesta a las pandemias a perpetuidad. Puede que estén equivocados, pero cada vez tienen más poder para configurar los futuros de la salud global a su gusto y provecho. Diseñan dispositivos humanitarios, estructuran procesos y determinan desencadenantes. Lo hacen por fuera de los ámbitos de los procesos democráticos, sin integrantes facultados constitucionalmente para quejarse, criticar o introducir mejoras.

Tener en cuenta sus futuros de salud global imaginados significa considerar las lógicas y métricas neoliberales que nos llevan hasta allí. La creación del bono pandémico no tiene que ver solamente con la construcción de un instrumento en el que tanto los inversores como quienes responden a la pandemia compartan la oportunidad de ganar dinero. También se trata de construir otro mercado de capitales para que los inversores, incluidas las compañías de reaseguros y los propios bancos de desarrollo, diversifiquen sus carteras. La diversificación de las carteras de inversión es una estrategia de inversión común, ya que es poco probable que todos los diferentes tipos de inversiones pierdan dinero al mismo tiempo.

Un inversor me resumió el papel de liderazgo del Banco Mundial en la promoción del mercado de bonos pandémicos: “El bono depende en gran medida del Banco Mundial. Sin su credibilidad y sello de aprobación sobre esto, no se habría emitido... Así que es muy importante

que todos estén de acuerdo en el trato en el cual están entrando porque, Dios no quiera que suceda algo, todos deben estar de acuerdo porque, de lo contrario, el mercado no crece”. El Banco Mundial comprende que el mercado que están tratando de promover con el bono pandémico no es algo que se encuentre “por ahí”, sino algo que debe construirse con esmero. Los diseñadores del bono tienen como objetivo catalizar las condiciones futuras de un campo de la salud global que podrá depender de los mercados de capitales para su financiación.

Se necesitaron dos años para desarrollar el bono MFEP y se hizo con la esperanza de crear un nuevo mercado, un mercado para transferir los riesgos de brotes y pandemias de los gobiernos a los inversores privados. Oficialmente, según el Banco Mundial, “se espera que el MFEP desempeñe un papel clave en el desarrollo del mercado al ayudar a crear un nuevo mercado de seguros contra riesgos pandémicos. El sector privado podrá llevar esto adelante por sí solo en unos pocos años. ... Es probable que con el tiempo, a medida que el mercado madure, el MFEP aumente y los precios sean más competitivos -como se ha visto con los mecanismos de seguros contra riesgos de catástrofes-” (Banco Mundial, 2016a: iii). El Banco Mundial cuenta con que el bono pandémico funcionará lo suficientemente bien como para establecer un mercado de bonos pandémicos como lo han hecho los mercados de bonos verdes y catástrofe en los últimos diez o veinte años. El crecimiento del mercado de bonos verdes estableció una fe sólida en los bonos de desarrollo, pero fue el mercado de bonos catastróficos -ese mecanismo para invertir en desastres naturales y climáticos- el que fijó la mira y las expectativas para el mercado de bonos pandémicos. El mercado de bonos catástrofe tardó unos quince años en madurar y estabilizarse. Ahora está prosperando, valorado en 40.000 millones de dólares (Artemis, 2019, al 2 de septiembre de 2019). Las pensiones son invertidas con regularidad en el mercado de bonos catástrofe. Un inversor señaló: “Desde la perspectiva del inversor, pasaron muchos años en los que no hubo pérdidas en el mercado de bonos catástrofe, así que eso fue de mucha ayuda”.

Si los inversores pierden regularmente el dinero que ponen en el bono pandémico, el mercado dejará de existir y el bono pandémico se considerará un fracaso del mercado. Pero es completamente posible que los mecanismos de bonos pandémicos puedan generar ganancias exitosas que construirán un mercado, pero que no se correlacionarán con la contención de enfermedades y mejores resultados sanitarios. Esto se debe a que solo los datos tienen que cumplir con las medidas contractuales para obtener beneficios. Al igual que Dumit (2012) y Sunder Rajan (2012) encontraron respecto a la ganancia farmacéutica, los cuerpos saludables y las poblaciones pueden tornarse secundarios. En esencia, los inversores no necesitan preocuparse por la contención de enfermedades, sino sólo por los datos que representan la contención de enfermedades. Y si el bono pandémico funciona y genera dinero para los inversores, ese éxito generará otros instrumentos similares y nacerá un nuevo mercado.

Las finanzas especulativas están ahora preparadas para impulsar lo que será la salud global. Preocuparse por los datos que respaldan el rendimiento del inversor puede no necesariamente correlacionarse con los resultados de cuerpos saludables. Debemos tener en cuenta los datos de salud y los sistemas de atención médica que pronto necesitarán ser aún más amables con los inversores. Muchas personas dicen que podemos hacer ambas cosas, pero interroguemos esa enunciación, comenzando con una examinación de cómo funcionan realmente los datos que determinan los rendimientos del bono.

Dando cuenta de los muertos (I de II): Modelando el riesgo de Ébola

Si hay un solo elemento que podría sacudir la fe de los inversores en el bono pandémico y socavar un futuro mercado de bonos pandémicos, son los disparadores. Los números. La asignación del riesgo financiero. El recuento de los muertos. Esto tuvo sentido cuando un funcionario del Banco Mundial me dijo: “Los inversores hicieron muchas preguntas sobre los datos, su veracidad y el disparador, porque para ellos, eso es lo que más importa. ... Los disparadores fueron los que llevaron más tiempo en ser definidos”.

En las conversaciones sobre el bono pandémico y el Ébola, hubo muchas fluctuaciones entre los 250, 750 y 2500 disparadores de muerte y el recuento de muertos. Pero no son lo mismo. Los disparadores funcionan en dos registros. Esta sección aborda cómo el riesgo es definido y evaluado por modeladores y cómo los inversores evalúan su riesgo financiero a través de los disparadores; la siguiente sección contempla cómo se cuentan (y no se cuentan) los muertos en relación con los umbrales de activación.

Los parámetros de los disparadores del bono pandémico se evaluaron en relación con el riesgo de una pandemia para los inversores, es decir, el riesgo de que pierdan su dinero, en lugar del riesgo de una pandemia para las personas que la experimentarían. Los diseñadores de modelos de datos contratados por el Banco Mundial evalúan este riesgo estadísticamente. Comienzan con datos retrospectivos de la OMS sobre salud de la población y agregan datos de otras fuentes.¹⁵ Las medidas de los parámetros son puntos de datos proyectados para una población dada usando entradas históricas y condiciones elegidas por los modeladores de datos. Es un ejercicio bioestadístico que emplea convenciones bioestadísticas que incluyen muestreo y proyección.

Lo que los modeladores de datos aportan al proyecto son modelos que ayudan a los inversores a determinar qué tan riesgoso es el bono, es decir, cuál es la posibilidad de que pierdan su dinero. Esto es fundamental para el bono en tanto empresa especulativa. Un modelador de datos me explicó el modelado probabilístico de esta manera:

Modelador de Datos (MD): Nadie afirma que todo lo que se presenta sea 100% representativo de lo que va a suceder. Es por eso que hacemos quinientos mil años [de modelado probabilístico] porque queremos considerar todas las posibilidades. Algunas cosas que no podemos ver, algunas cosas que son muy graves, algunas cosas que son menos graves, y es por eso que hacemos modelos probabilísticos.

SLE: ¿Quinientos mil años de modelado?

MD: Elija el 1 de enero como fecha de inicio hasta el 31 de diciembre. [Modelamos] lo que podría suceder a partir de una pandemia o una epidemia a gran escala o algo así si se volviera a simular [todas las variables para] un año calendario completo quinientas mil veces. Es lo mismo que si lanzara el dado quinientas mil veces. Tendrías muchos resultados a partir de eso. Puedes analizar las probabilidades muchas, muchas, muchas veces hasta ver una convergencia [patrones en los resultados]. Es por eso que seleccionamos quinientas mil veces para poder averiguar qué podría suceder, en base a los datos históricos y las posibilidades que tenemos.

Utilizando los disparadores como guía, los inversores calcularon la posibilidad de perder su dinero o de obtener ganancias. El riesgo de muerte, y por tanto de pérdida financiera, se traduce en riesgo financiero para los inversores. Los detalles sobre esto se encuentran en la letra pequeña del Prospecto Suplementario (también llamado “Planilla de condiciones”) (Banco Mundial 2017c, apéndice II).

Según me dijeron, pensar en los disparadores como umbrales absolutos es engañoso ya que están pensados más como intermediarios, como modos de pensar sobre el riesgo. Un modelador explicó:

¹⁵ Las principales variables en el modelado de parámetros de los bonos pandémicos incluyen: experiencias pasadas y exposiciones a reservorios de enfermedades, tasa esperada de nuevos casos basada en experiencias pasadas y en la estacionalidad y latitud del país, tasa estimada de transmisión basada en la proporción de personas susceptibles de la población, tasas de viajes (vuelos, cruce de fronteras, migración laboral), número esperado de días de contención de la enfermedad, tiempo para aumentar la producción de vacunas, y la tasa de letalidad según las características específicas del país (industrializados versus no industrializados, médicos por cada mil habitantes, camas de hospital). Estas variables fueron proporcionadas por una fuente de modelado de datos anónima.

Con el bono de emergencia, tienes a la persona que vende el riesgo [el Banco Mundial] y a la persona que compra el riesgo [los inversores]. Cuando estábamos en la gira de inversionistas, no necesariamente tratábamos de convencerlos de que el 250 [disparador de mortalidad] es correcto o que el 750 [disparador de mortalidad] es correcto. Nuestro objetivo es decir que nuestro modelo puede estimar estos números con una precisión razonable. ... Operamos como agentes externos, tratando de no estar sesgados a favor de uno u otro. Tratamos de crear lo que creemos que es una estimación razonable de los riesgos. Tenemos que ir con los mejores datos disponibles para alcanzar el objetivo [para establecer el disparador].

Al igual que para la creación de un mercado, establecer un disparador paramétrico requiere un gran esfuerzo. El modelador prosiguió:

El modelo paramétrico es una estructura extraña. La estructuración se puede realizar de múltiples maneras, y nuestro objetivo es darle [al Banco Mundial] un riesgo cuantificable frente a muchas evaluaciones diferentes. Cuando hacen una pregunta, podríamos proporcionar solo esa: “Oh, ustedes preguntaron sobre A, aquí está el riesgo”. O podríamos hacer algunas cosas diferentes y decir: “Aquí hay algunas opciones basadas en lo que dijeron”. O a veces podrían simplemente decir: “Antes de que hagamos A y B, adelante, piensen en algo” y luego se nos ocurrirá una opción, y luego la verán y dirán, “Queríamos hacer más cosas al respecto”, y entonces haces ese tipo de cosas. Así que es un proceso de ida y vuelta.

Otro modelador bromeó y dijo “todos los modelos son incorrectos, pero algunos de ellos son útiles”.

Al final, los modeladores de datos utilizaron su modelo de riesgo pandémico para ayudar a redactar condiciones que probablemente no resultarían en demasiadas pérdidas para los inversores. El Manual de Operaciones del Banco Mundial (2017a, 6) enumera estas condiciones, que deben cumplirse antes de que los inversores pierdan su dinero en un caso de brote de Ébola:

- Han pasado al menos 12 semanas desde la fecha de inicio del evento.
- El brote está presente en más de un país, y cada país tiene 20 muertes confirmadas o más.
- La Tasa de Crecimiento de la enfermedad debe ser mayor que cero para garantizar que el brote esté creciendo a un nivel de confianza estadística específico.
- La Cantidad Total de Muertes Confirmadas debe ser mayor o igual a 250.
- La Cantidad Total Actualizada de Casos debe ser mayor o igual a 250.
- La Cantidad Actualizada de Casos Confirmados debe comprender un porcentaje mínimo de la Cantidad Total Actualizada de Casos.
- Los brotes regionales que afecten de dos a siete países activarían pagos en tres etapas a medida que aumente el número total de muertes confirmadas. Los brotes mundiales que afecten a ocho o más países también activan los pagos en tres etapas, pero a niveles de financiación más altos ante los dos primeros disparadores.

Al hablar del bono pandémico como un dispositivo financiero, existe un desajuste periódico y natural entre el riesgo para los inversores y el riesgo para las personas que probablemente padecerán la enfermedad. Muchas personas a las que entrevisté hablaban de los dos tipos de riesgo como si fueran exactamente lo mismo, cuando por supuesto no lo son. Un reconocimiento profundo del bono pandémico obliga a una confrontación esencial: para algunas personas, lo que está en juego es perder o ganar dinero; para otros, los riesgos son la muerte o la discapacidad a largo plazo. Los disparadores numéricos oscurecen esa diferencia, creando así otro riesgo: perder de vista qué riesgos priorizar.

Cálculo de los muertos (I de II): Tener en cuenta los conteos

En los documentos del Banco Mundial, sinopsis de inversores y blogs sobre bonos, los disparadores numéricos del bono pandémico (cuadro 1) se caracterizan como bien definidos y libres de influencias: “Los disparadores [de salud] paramétricos utilizan datos disponibles públicamente y observables para determinar los montos de pago. Como estos disparadores se basan en datos observables, brindan más transparencia, aumentan la velocidad de pago y permiten una referencia objetiva del riesgo. ... Los bonos se construirían en relación a los mismos criterios de activación transparentes e irrefutables (Banco Mundial, 2016a: 13-14).

Lo que llama la atención en las conversaciones sobre el bono pandémico con el personal de reaseguro, modelado de datos y finanzas es la fe permanente que depositan en los disparadores. Incluso cuando son reconocidos los límites de los datos, el sentimiento predominante es: “son lo mejor que tenemos y algo tenemos que usar”. El conteo de muertos está afectado por una sensibilidad similar. El bono pandémico utiliza recuentos publicados en *Disease Outbreak News* de la OMS o *Situation Report*, y se confía plenamente en esos datos. Cuando entrevisté a un gerente del bono del Banco Mundial, descubrí que mi conocimiento de la recopilación de datos en Sierra Leona era más detallado que el de ellos:

BM: Son datos que publica la OMS. ... La OMS publica esos números en el momento ...

SLE: Por mes, o -

WB: No, lo toman en tiempo real. Debería hablar con el equipo de salud porque ellos son los que nos aseguraron que la OMS está haciendo esto realmente en tiempo real.

SLE: Gracias, sí, haré un seguimiento. En mi investigación, sin embargo, viajo con las personas que recopilan los números para la OMS. ... Quiero decir, conozco a las personas que recopilan los números en Sierra Leona.

WB: De acuerdo. Bien. Bien. ... Soy un receptor externo de los números. No sé si es un caso sospechoso, un caso probable o un caso confirmado. No hago un seguimiento de eso. Ese no es mi trabajo. Es el trabajo de la OMS, por eso les confiamos esa responsabilidad. Esos son los datos que seguimos. ... Hay suficiente confianza, ya sabes, en los datos que proporciona la OMS.

Durante la investigación en Sierra Leona en 2014, nuestro equipo recopiló información etnográfica sobre cómo se generan los datos sanitarios. En Freetown, la capital de Sierra Leona, y en pequeñas ciudades de las provincias del este y norte, nos reunimos, entrevistamos y observamos el trabajo de personas involucradas en la generación de datos sanitarios. En el proceso, nos enteramos de que los censistas autónomos de Sierra Leona son el grupo más importante de recopiladores de datos del país. Estos censistas, una cohorte de hombres en su mayoría y algunas mujeres de entre veinte y treinta años, trabajan sobre bases contractuales a corto plazo para cualquier organización que “necesite números”.

Por ejemplo, se contrata a un censista para recopilar datos en veinte aldeas de personas que padecen una enfermedad. Su trabajo consiste en viajar a estas aldeas en, por ejemplo, un periodo de dos semanas, recopilar datos sobre enfermedades y, por lo general, completar una encuesta en un teléfono inteligente o tablet. Puede parecer sencillo, pero en la práctica no lo es. Es un trabajo asalariado precarizado, dificultado por el idioma (en Sierra Leona se hablan unos veinte idiomas diferentes en un área del tamaño de Escocia) y, además, por horarios de trabajo establecidos a menudo por personas que nunca han estado en Sierra Leona o jamás han conducido por sus carreteras (ver imagen 2). Tampoco comprenden los precarios ritmos del trabajo y la movilidad laboral durante las estaciones seca y lluviosa. La recolección de datos sanitarios en Sierra Leona es un trabajo físicamente y socialmente exigente, y durante una epidemia, ya sea de cólera, sarampión o Ébola, lo es aún más. Un censista describió esta dificultad: “La última vez que fui al distrito de Kailahun [una región donde ocurrió el primer

brote de Ébola] caminé veintiún millas para ir a una aldea y veintiún millas¹⁶ para regresar. Cuando vas al campo, tu primer problema es qué tan lejos está. ... ¡Imagínese caminar veintiún millas para ir y veintiún para regresar, y tener que cubrir cuatro pueblos!” Otro censista de Sierra Leona mencionó de manera similar: ‘Los censistas tienen que atravesar caminos terribles y peligrosos. Hay agua, puentes y senderos de matorrales en los bosques. ¡Peligroso!’”.

Para reforzar la seguridad de los datos, los empleadores rastrean a los censistas a través del Sistema de Posicionamiento Global (GPS) en sus teléfonos. No siempre hay tiempo suficiente para completar todas las aldeas asignadas y hacer todo el papeleo. La declaración de un censista resume en lo que otros también coincidieron: “He oído que a veces la gente envía sus teléfonos inteligentes con conductores de camiones o motocicletas a una aldea, a la vez que completan el cuestionario, porque simplemente no hay tiempo suficiente para hacer todo lo que quieren”. (Véase también Kingori y Gerrets [2016] y Biruk [2018] sobre las moralidades y realidades de la fabricación de datos por parte de los trabajadores de campo). Pero esta estrategia tiene sus



Imagen 2. Puentes y caminos rurales en Sierra Leona y Liberia, 2013.
Imagen de la izquierda tomada por J.B. Dodane, imagen de la derecha por Travis Lupik, ambas utilizadas aquí bajo autorización.

riesgos, como otro censista señaló:

La última vez que fui, [la ONG contratada por la OMS] nos dio APDs¹⁷ [luego, teléfonos inteligentes] para saber si íbamos a las comunidades. Conocían las coordenadas del GPS [Sistema de Posicionamiento Global] de la aldea, así que ahora tienes el cuestionario y también un GPS. Ahora te detectan. ... Si detectan que no has ido, te enviarán de nuevo allí. Y tal vez te acusen con todo el castigo de la ley por darles información falsa. También te quitarán el dinero que te pagaron.

No es posible tener una certeza absoluta sobre los datos sanitarios hasta el último dígito. Los inversores posiblemente pierdan dinero cuando los datos oficiales muestren 250 muertos; los países y organismos de respuesta posiblemente ganarán dinero por lo mismo. Sin embargo, 249 muertes arrojan resultados totalmente diferentes. Las personas a cada lado del libro contable están cubriendo sus apuestas. Los funcionarios del ministerio en Sierra Leona me han dicho que necesitan “números malos” para obtener ayuda exterior. En investigaciones anteriores descubrí que una de las formas en que logran esto es no recolectando datos sanitarios de clínicas conocidas por sus buenos resultados. Por parte de los inversores, desinflar los datos de la tasa de mortalidad sería tan fácil como contratar censistas para un trabajo más lucrativo, retrasando así la

¹⁶ N. de T.: 21 millas es el equivalente aproximado a 33 km.

¹⁷ N. de T.: Asistente personal digital.

recopilación de datos o pirateando teléfonos inteligentes para alterar los datos. Hay muchas formas creativas de jugar con los disparadores de datos, si eso es lo que se interpone entre el dinero para los inversores o el dinero para los países receptores.

Hay tanto dinero en juego que yo también debo tener en cuenta los posibles impactos de mi investigación. Un inversor me dijo: “Si el evento ocurre y los inversores sienten que no se calculó de manera justa o que hubo un negocio sucio, entonces el mercado no va a perdurar mucho”. Mi trabajo abre el telón para mostrar cómo se recopilan, cuentan, analizan y aplican los datos. ¿La inestabilidad en tiempo real de los datos desalentará a los potenciales inversores? ¿Hará descarrilar el MFEP? Quizás. Sin embargo, en el mundo de los inversores en el que entré, descubrí que los inversores son en su mayoría agnósticos. Van donde quiera que se gana el dinero. Si no es con los bonos pandémicos 1.0, entonces tal vez con los 2.0 o los 3.0. O se irán directamente a otro lado. Este es otro riesgo a tener en cuenta: en un posible futuro en el que la gestión del riesgo pandémico se haya transferido a los mercados de capitales luego de que la ayuda gubernamental caiga a mínimos históricos, ¿cómo se financiarán las pandemias si los inversores huyen?

Asegurando futuros: ¿De quiénes?

Desde hace algún tiempo, se cuestiona el desempeño e incluso la viabilidad del Banco Mundial. El *Financial Times*, que no es un amigo del Banco, cuestiona regularmente su relevancia (ver, por ejemplo, *Financial Times* 2014), junto a otros poderosos establecimientos financieros y de desarrollo internacional de América del Norte y Europa. El economista especializado en desarrollo Jeffery Sachs (2012) sostiene que el Banco Mundial “ha carecido de una dirección clara”, “ha resuelto muy pocos problemas globales” y “manejó con torpeza las explosivas pandemias del SIDA, de tuberculosis y de malaria durante la década de 1990”. En un artículo más reciente, en el que criticó directamente las inclinaciones del Banco Mundial hacia Wall Street y Davos, Sachs (2018) elogió enfáticamente a los fondos que utilizan “subvenciones directas, y no préstamos de Wall Street. La lucha contra el SIDA en los países pobres no fue considerada como una inversión generadora de ingresos que necesitara una ingeniería financiera sofisticada”. Del mismo modo, un artículo del *New York Times* exploró el vínculo entre la viabilidad organizativa del Banco Mundial y las ganancias de los inversores privados: “En una búsqueda de relevancia, el presidente del banco está modificando su enfoque. ... Está presionando a inversores privados (fondos soberanos, empresas de capital privado y compañías de seguros) para que aporten billones de dólares para proyectos. ... Pueden obtener grandes beneficios poniendo su dinero a trabajar junto con el Banco Mundial” (Thomas 2018).

Tener en cuenta el bono pandémico significa establecer quién obtendrá una ganancia de su éxito como una herramienta financiera. A principios de 2015, el Banco Mundial invitó a “algunas de las compañías de reaseguros más grandes del mundo” para ayudar a construir el bono pandémico, me dijo un interlocutor del Banco Mundial:

Varias [compañías de reaseguros] expresaron interés y mantuvimos conversaciones con ellas. Pero luego, finalmente, empezaron a retirarse. Quiero decir, en ese momento, no sabíamos cómo sería el MFEP. Pero dijimos que estábamos interesados en asociarnos con el sector privado para armar algún tipo de mecanismo que ayude a asegurar a los países contra la próxima enfermedad. Al final, sólo quedaron dos interesadas. Se sintieron cómodas al trabajar con el banco porque también trabajaron con él en los bonos catástrofe.

Me informaron que el Banco Mundial pagó alrededor de US\$ 1 millón para crear el bono pandémico y que las compañías de reaseguro trabajaron gratuitamente ya que estaban muy interesadas en desarrollar este instrumento del bono pandémico. Desde la oferta inicial de bonos MFEP de 2017, ya han ganado US\$ 37 millones por año en primas de bonos MFEP. Un

economista me dijo que las compañías de reaseguros¹⁸ involucradas en el MFEP “esperan ganar más de \$ 100 millones” con las primas de los bonos pandémicos solamente. Tienen mucho más que ganar financieramente si un mercado de bonos pandémicos se establece siguiendo las líneas de los modelos de bonos verdes y catástrofe. Los reaseguradores estuvieron involucrados con el fin desarrollar e influir en un mercado en el que podrían invertir luego. Su seguridad financiera y sus ganancias dependen de que puedan diversificar sus propias carteras y distribuir su propio riesgo, tal como lo han hecho en el mercado de bonos catástrofe. Un ejecutivo de reaseguros explicó sin tapujos que simplemente hacer el bono pandémico por sí solo no habría valido la pena: “La cantidad de esfuerzo que nosotros [la compañía de reaseguro que estructura el bono pandémico] tuvimos que invertir en él, fue [un] tiempo muy largo e intensivo de trabajo con muchos, muchos expertos involucrados, muchas discusiones en curso. Solo vale la pena albergando la esperanza de que este esfuerzo cree un nuevo mercado. De lo contrario, los costos implicados que supone el desarrollo de este tipo de soluciones serían demasiado elevados”.

Pero un reconocido economista europeo familiarizado con la mecánica del bono pandémico puso el interés de las compañías de reaseguros bajo una luz diferente: “Realmente no tiene mucho sentido cuando los recursos mundiales para la atención médica de las personas en los países pobres son muy escasos. Por lo tanto, adoptar la concepción en la que la mitad del dinero, en promedio, se destina a una compañía de seguros es una locura”.

Navegación por estima

La navegación por estima es un método de navegación que utiliza puntos de referencia conocidos para establecer una dirección (Blowditch 2002). Es una metáfora adecuada para anticipar si los bonos pandémicos se instaurarán y continuarán. ¿Qué es lo que ha iniciado el bono pandémico? ¿Es posible volver atrás? Considerando los años destinados a su creación, las socialidades entre el Banco Mundial, los corredores de bonos, los países donantes y las compañías de reaseguros y datos, y las inversiones de tiempo y dinero de estas partes, y todos los favores solicitados, todos los recibos pedidos, y todas las objeciones superadas para crear el mecanismo, para preparar el escenario para un nuevo mercado, para completar el trabajo, pregunto: ¿Está abierto el futuro de la asistencia ante una pandemia? ¿O la creación y los procesos del bono pandémico excluyen otras alternativas? ¿Podría la seguridad ante una pandemia ser devuelta a los gobiernos? ¿Es una ingenuidad obstinada seguir imaginando mundos donde las inversiones en buenos gobiernos producen una atención menos motivada financieramente? ¿Podría el bono como un mecanismo global de financiación de la salud alguna vez fallar por completo, considerando que hay tanto de los tan poderosos en juego? ¿Existe un equivalente aquí a “demasiado grande para fallar” (demasiado tiempo invertido, demasiados favores, demasiadas promesas, demasiadas concesiones, demasiados intercambios)? ¿Puede cualquier nivel de consideración deshacer la creación de lazos (con doble sentido)¹⁹ del bono pandémico?

Los riesgos éticos de esta consideración se profundizaron cuando el Banco Mundial invitó a la industria del reaseguro al proceso de diseño de los bonos pandémicos. El rol de la industria de seguros en el capitalismo del Atlántico Negro en el siglo XVIII y su producción de “organismos portadores de intereses” es aleccionador. Baucom (2005) cuenta de un buque mercante británico, el Zong, que navegó por el Océano Atlántico en 1781 en ruta a Jamaica, con 440 africanos occidentales que serían vendidos en los mercados de esclavos del Caribe. El barco

¹⁸ Las compañías de reaseguros venden seguros a las compañías de seguros. Cuando azota un huracán y miles de propietarios presentan demandas, por ejemplo, las compañías de reaseguros pagan a las compañías de seguros que de otra manera sino podrían ir a la quiebra. Según algunas estimaciones, poseen más de 600.000 millones de dólares en activos de capital (Aon 2018), siendo esta una de las razones por las que el Banco Mundial las quería involucradas en los acuerdos de bonos pandémicos.

¹⁹ N. de T.: Aquí la autora realiza un juego de palabras entre la doble acepción de “bond”: “bono” (traducción que se ha utilizado hasta aquí), y “lazo; vínculo”.

se desvió de rumbo, prolongando el viaje. La comida y el agua se agotaron. Para compensar, y sabiendo que podía reclamar un seguro por “carga” perdida, el capitán ordenó que 132 hombres, mujeres y niños de África occidental fueran arrojados por la borda, un asesinato en masa premeditado en el mar. Cuando el barco llegó a Jamaica, el capitán y los propietarios reclamaron la pérdida de la propiedad asegurada, a 30 libras esterlinas por persona. Las aseguradoras se negaron a pagar; el capitán y los propietarios realizaron una demanda y se ordenó a las aseguradoras que lo hicieran. El caso fue llevado a apelación en un tribunal superior, cuyo Juez Supremo estaba decidido a construir la economía de Inglaterra a través de su proyecto de ley de seguros (Krikler, 2007: 35). El juez había encontrado el derecho comercial inglés “inadecuado para la tarea de mejorar la eficiencia de un capitalismo floreciente y garantizar la seguridad de la propiedad y la integridad de las transacciones comerciales”, incluida la trata de esclavos (Krikler, 2007: 42). Eludiendo los cargos por homicidio, el juez ratificó el contrato de seguro. A finales del siglo XVIII, las compañías de seguros británicas aseguraban contratos marítimos, incluida la cobertura de barcos que transportaban africanos esclavizados, por un valor de alrededor de £100.000.000 al año, lo que hoy en día equivaldría a miles de millones de libras esterlinas (Krikler 2007, 32). La industria naviera y la marina de Gran Bretaña son consideradas ampliamente como un factor esencial en la acumulación y el dominio de capital de Inglaterra durante el siglo XIX y principios del XX. La vinculación existente entre seguro y ganancia para algunos (quién usa el seguro para qué, por qué y cuánto) es historizada y racista.

Cuando me enteré del brote de Ébola de 2018 en la República Democrática del Congo, lo primero en lo que pensé de forma involuntaria fue el número de muertos y si el bono pandémico había sido activado para solicitar ayuda. Revisé los números; los datos de mortalidad no habían activado el bono. Los inversores no perdieron su dinero. Dos semanas después de que se confirmaran los primeros casos de Ébola en la República Democrática del Congo, se puso en marcha el mecanismo del fondo en efectivo del MFEP, y no el bono pandémico. En mayo de 2018, se desembolsaron US\$12 millones del fondo en efectivo. El Banco Mundial se felicitó a sí mismo por alejar el dial del pánico y la negligencia (Evans 2018). Se atribuyó el mérito de que el dinero estuviera allí, a la mano. Otros US\$ 20 millones se desembolsaron en febrero de 2019; y US\$ 10 millones más en mayo de 2019. Las muertes aumentaron, pero sin importar cuántas personas mueran en un solo país, el dinero del bono pandémico no puede liberarse contractualmente como ayuda hasta que la enfermedad traspase la frontera del país. Un colega me escribió: “Vi que los números del MFEP están en el nivel de activación, pero están esperando todavía el salto fronterizo. ¡Qué situación tan extraña y retorcida!” Luego, en junio de 2019, fue confirmado el Ébola en Uganda. Pero para que se active el bono, todavía existen más condiciones: deben haber al menos veinte muertes y debe cumplirse el mínimo de la tasa de crecimiento. En agosto de 2019, se liberaron US\$ 300 millones para la atención del Ébola desde la ventana de efectivo y otras cuentas del Banco Mundial. Dos mil muertos, y aún así el bono no se activó.

Continúo rastreando los datos de mortalidad del brote de la República Democrática del Congo y considero el rol de los datos al igual que sigo teniendo en cuenta el bono. Soy escéptica. No estoy allí. No sé si, sólo para eludir el recuento, más personas pudieron haber muerto. No estoy al tanto de las conversaciones en los ministerios ni de los susurros de los miembros de la comunidad. No estoy pasando tiempo con los censistas. ¿Tienen gasolina para sus motos? ¿Se les permite ingresar a las aldeas donde las personas mueren de Ébola? ¿En qué tipo de programas de recolección de datos se encuentran? Y luego me sorprende. Los datos de mortalidad son tanto el escenario principal como el espectáculo secundario en el esquema del MFEP. Separar los datos de la salud real de las poblaciones es una práctica normal ahora (Erikson 2012), y ni siquiera es necesario que la atención sea brindada para que un dispositivo financiero “sea exitoso”. Contar los muertos ha sido durante mucho tiempo un acto político de los estados, y ahora se está convirtiendo en un interés especial de los financieros mundiales.

¿Son los bonos pandémicos y los bonos de impacto para el desarrollo el futuro de la ayuda

humanitaria y de salud global? Teniendo todo en consideración, tal vez lo sean. Y si es así, tenemos que prepararnos y considerar cómo nosotros, como comunidad global, pagaremos la atención durante las pandemias y otros eventos críticos si los inversores huyen y los gobiernos no pueden o no quieren pagar. ¿Es este el futuro que queremos? Afrontemos ahora esto, antes de que la franja del bono de salud global se convierta en un monstruo financiero, las arcas del gobierno se atrofien aún más y la resolución de problemas pandémicos se vuelva cada vez más limitada.

Agradecimientos

La investigación para este proyecto fue apoyada por el Consejo de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá; Universidad Simon Fraser; una beca de estancia sabática en el Centro de Investigación sobre Cooperación Global en Duisburg, Alemania; y una beca Mercator 2016 en la Universidad de Halle, Alemania. Agradezco especialmente a los censistas en Sierra Leona, a los interlocutores anónimos del artículo, al equipo de investigación etnográfica SFU-Salone de 2014, a los otros autores de este número especial, al Departamento de Antropología de Stanford y a los grupos de coloquio de la Escuela de Estudios Internacionales de la Universidad Simon Fraser, Baindu Kosia, Sam Eglin, Musu Abdulai, Puneet Grewal, Iveoma Udevi-Aruevoru, Earum Chaudhary y Abou Farman. Agradezco profundamente a Richard Rottenburg por su entusiasmo y compromiso a largo plazo con este proyecto. Gary Parker fue de gran ayuda con los cálculos de intereses, aunque los demás errores son míos.

Bibliografía

- AA. VV. (2017). Bending the Arc of Change: A Conversation with Paul Farmer and Jim Yong Kim". Filmado el 29 de Noviembre de 2017 en el *116th Annual Meeting of the American Anthropological Association* (AAA), Washington, DC. Video de YouTube disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=uwCifJkUVNE>
- Artemis (2018a). Catastrophe Bond & ILS Risk Capital Issued and Outstanding by Year. Disponible en: <http://www.artemis.bm/dashboard/catastrophe-bonds-ils-issued-and-outstandingby-year/>
- Artemis (2018b). IBRD CAR 111-112. Catastrophe Bonds, Insurance Linked Securities, Reinsurance Capital & Risk Transfer Intelligence. Disponible en: http://www.artemis.bm/deal_directory/ibrd-car-111-112/
- Artemis (2019). "Outstanding Market. Disponible en <http://www.artemis.bm/dashboard/>
- Banco Mundial (2014a). World Bank Group President Calls for New Global Pandemic Emergency Facility. 10 de Octubre. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/pressrelease/2014/10/10/world-bank-group-president-calls-new-global-pandemicemergency-facility>
- Banco Mundial (2014b). World Bank Issues Its First Ever Catastrophe Bond Linked to Natural Hazard Risks in Sixteen Caribbean Countries. Última modificación el 30 de Junio de 2014. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/06/30/world-bank-issues-its-first-ever-catastrophe-bond-linked-to-natural-hazard-risks-in-sixteencaribbean-countries>
- Banco Mundial (2016a). *Pandemic Emergency Financing Facility: Global Pandemic Response through a Financial Intermediary Fund*. Última modificación el 8 de Julio de 2016. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/354341467990992248/pdf/104838-BR-R2016-0071-Box394885B-OUO-9.pdf>
- Banco Mundial (2016b). Speech by World Bank Group President Jim Yong Kim at the Annual

- Meetings Plenary. *Speeches & Transcripts*. 7 de Octubre. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/news/speech/2016/10/07/plenary-speech-byworld-bank-group-president-jim-yong-kim-2016>
- Banco Mundial (2016c). “World Bank Group Launches Groundbreaking Financing Facility to Protect Poorest Countries against Pandemics”. Última modificación el 21 de Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/05/21/world-bankgroup-launches-groundbreaking-financing-facility-to-protect-poorest-countriesagainst-pandemics>
- Banco Mundial (2017a). *Operations Manual: Pandemic Emergency Financing Facility*. Última modificación el 2 de Noviembre de 2017. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/168391509719305386/PEFOperations-Manual-September-13-2017.pdf>
- Banco Mundial (2017b). *Pandemic Emergency Financial Facility (PEF) Framework*. Última modificación el 26 de Octubre de 2017. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/670191509025137260/PEFFramework.pdf>
- Banco Mundial (2017c). *Prospectus Supplement*. Última modificación el 17 de Junio de 2018. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/882831509568634367/PEF-Final-ProspectusPEF.pdf>
- Banco Mundial (2019). *Pandemic Emergency Financing Facility (PEF): Operational Brief for Eligible Countries*. Última modificación el 12 de Febrero de 2019. <http://pubdocs.worldbank.org/en/478271550071105640/PEF-Operational-BriefFeb-2019.pdf>
- Basu, S., M. A. Carney, and N. J. Kenworthy (2017). Ten Years after the Financial Crisis: The Long Reach of Austerity and Its Global Impacts on Health. *Social Science and Medicine* 187 (Agosto): 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.026>
- Baucom, I. (2005). *Specters of the Atlantic: Finance Capital, Slavery, and the Philosophy of History*. Durham, NC: Duke University Press.
- Biruk, C. (2018). *Cooking Data: Culture and Politics in an African Research World*. Durham, NC: Duke University Press.
- Blowditch, N. (2002). Chapter 7: Dead Reckoning. *The American Practical Navigator, TheNauticalAlmanac.com*. Disponible en: <https://thenauticalalmanac.com/Bowditch-%20American%20Practical%20Navigator.html>
- Brookings Institution (2018). What Can We Learn from the Results of the World’s First Development Impact Bond in Education. Panel at the Brookings Institution, Washington, DC, 13 de Julio. Transcripción de video. Disponible en: https://www.brookings.edu/wpcontent/uploads/2018/07/global_20180713_impact_bonds_transcript.pdf
- City of New York (2012). *Fact Sheet: The NYC ABLE Project for Incarcerated Youth*. Última modificación el 2 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.payforsuccess.org/sites/default/files/resourcefiles/nyc_sib_fact_sheet_0.pdf
- Cohen, D. and J. Zelnick (2015). “What We Learned from the Failure of the Rikers Island Social Impact Bond”. *Nonprofit Quarterly*, 7 Agosto. Disponible en: <https://nonprofitquarterly.org/2015/08/07/what-we-learned-from-the-failure-ofthe-rikers-island-social-impact-bond/>
- Cooper, M. and M. Konings (2015). Pragmatics of Money and Finance: Beyond Performativity and Fundamental Value. *Journal of Cultural Economy*, 9(1): 1–4. <https://doi.org/10.1080/17530350.2015.1117516>
- Dodge, K. (2015). Why Social Impact Bonds Still Have Promise. *New York Times*, 13 de Noviembre. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2015/11/14/business/dealbook/whysocial-impact-bonds-still-have-promise.html>
- Dumit, J. (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham, NC: Duke University Press.
- Economist (2017). A New Bond Taps Private Money for Aid Projects in War Zones. *Economist*, 7

- de Septiembre. Disponible en: <https://www.economist.com/finance-and-economics/2017/09/07/anew-bond-taps-private-money-for-aid-projects-in-war-zones>
- Erikson, S. L. (2012) Global Health Business: The Production and Performativity of Statistics in Sierra Leone and Germany. *Medical Anthropology*, 31 (4): 367–84. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.621908>
- Evans, T. (2018). Moving away from Panic and Neglect: A Big Step Forward on Pandemic Preparedness and Response. *Investing in Health, World Bank blogs*, 7 de Junio. Disponible en: <http://blogs.worldbank.org/health/moving-away-panic-and-neglect-big-stepforward-pandemic-preparedness-and-response>
- Financial Times (2014). Restructuring Hell at the World Bank: Jim Yong Kim Should Get a Grip on the Troubled Institution. Última modificación el 9 de Abril de 2014. Disponible en: <https://www.ft.com/content/9244beca-bff5-11e3-b6e8-00144feabdc0>
- Grépin, K. (2015). International Donations to the Ebola Virus Outbreak: Too Little, Too Late? *BMJ* 350, h376: 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.h376>
- Haraway, D. J. (2016). *Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham, NC: Duke University Press.
- IDinsight (2018). *Educate Girls Development Impact Bond: Final Evaluation Report*. Última modificación el 15 de Junio de 2018. Disponible en: https://www.educategirls.ngo/pdf/Educate-Girls-DIB-Final-EvaluationReport_2018-06-10.pdf
- Instiglio (2015). *Educate Girls Development Impact Bond: Improving Education for 18000 Children in Rajasthan*. Última modificación el 28 de Enero de 2016. Disponible en: <http://instiglio.org/educategirlsdib/wpcontent/uploads/2016/03/EG-DIB-Design-1.pdf>
- Kentikelenis, A., L. King, M. McKee, and D. Stuckler (2014). The International Monetary Fund and the Ebola Outbreak. *Lancet*, 3 (2): e69–e70. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70377-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70377-8)
- Kingori, P. and R. Gerrets (2016). Morals, Morale, and Motivations in Data Fabrication: Medical Research Fieldworkers. Views and Practices in Two Sub-Saharan African Contexts. *Social Science and Medicine*, 166 (1): 150–59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.019>
- Krikler, J. (2007). The Zong and the Lord Chief Justice. *History Workshop Journal*, 64 (1): 29–47. <https://doi.org/10.1093/hwj/dbm035>
- Madsbjerg, S. and G. Keohane (2016) The Innovative Finance Revolution: Private Capital for the Public Good. Última modificación el 31 de Enero de 2017. Disponible en: https://assets.rockefellerfoundation.org/app/uploads/20170215144835/FARockefellerFinalPDF_1.pdf
- McClellan, M., J. Kent, S. Beales, S. Cohen, M. Macdonnell, A. Thoumi, M. Abdulmalik, and A. Darzi (2014). Accountable Care around the World: A Framework to Guide Reform Strategies. *Health Affairs*, 33 (9): 1507–15.
- Nabarro, D. and F. Schroeder (2017). Advancing Universal Development Goals through the Breathtaking Power of Innovation. En: The Innovative Finance Revolution: Private Capital for Public Good, special issue, *Foreign Affairs presented with the Rockefeller Foundation*, edited by Saadia Madsbjerg and Georgia Keohane, 100–108. Disponible en: https://assets.rockefellerfoundation.org/app/uploads/20170215144835/FARockefellerFinalPDF_1.pdf
- Naciones Unidas (2009). Innovative Financing for Development: The I-8 Group Leading Innovative Financing for Equity (L.I.F.E). Última modificación en Diciembre de 2009. Disponible en: <https://www.un.org/esa/ffd/wpcontent/uploads/2014/09/InnovativeFinForDev.pdf>
- Nelson, D. M. (2009). *Reckoning: The Ends of War in Guatemala*. Durham, NC: Duke University Press.
- Pfeiffer, J. and R. Chapman (2010). Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and

- Public Health. *Annual Review of Anthropology*, 39: 149–65. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.012809.105101>
- Rosenberg, T. (2018). Issuing Bonds to Invest in People. *New York Times*, 6 de Marzo. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2018/03/06/opinion/social-projects-investingbonds.html>
- Rosling, H. and British Broadcasting Company (2010). Hans Rosling's 200 Countries, 200 Years, 4 Minutes – The Joy of Stats – BBC Four. Video de YouTube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jbkSRLYSojo>
- Rudd, T., E. Nicoletti, K. Misner, and J. Bonsu (2013). *Financing Promising Evidence-Based Programs: Early Lessons from the New York City Social Impact Bond*. New York: MDRC. Última modificación en Diciembre de 2013. Disponible en https://www.mdrc.org/sites/default/files/Financing_Promising_evidenceBased_Programs_FR.pdf
- Sachs, J. D. (2012). A World Bank for a New World. *Project Syndicate*, 24 de Febrero. Disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/a-world-bank-for-a-new-world>
- Sachs, J. D. (2018). The World Bank Needs to Return to Its Mission. *Project Syndicate*, 9 de Febrero. Disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/world-bank-bad-wallstreet-strategy-by-jeffrey-d-sachs-2018-02>
- SEC (2013). Investor Bulletin: Accredited Investors. Investor.gov, 23 de Septiembre. Washington, DC: US Securities and Exchange Commission. Disponible en: <https://www.investor.gov/additional-resources/news-alerts/alertsbulletins/investor-bulletin-accredited-investors>
- Shepler, S. (2017). "We Know Who Is Eating the Ebola Money!": Corruption, the State, and the Ebola Response. *Anthropology Quarterly*, 88 (3): 457–79.
- Soucat, A., E. Dale, I. Mathauer, and J. Kutzin (2017) Pay-for-Performance Debate: Not Seeing the Forest for the Trees. *Health Systems & Reform*, 3 (2): 74–79.
- Stein, F. and D. Sridhar (2017). Health as a 'Global Public Good': Creating a Market for Pandemic Risk. *BMJ*, 358: 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3397>
- Sunder Rajan, K. (2012). Pharmaceutical Crises and Questions of Value: Terrains and Logics of Global Therapeutic Politics. *South Atlantic Quarterly*, 111 (2): 321–46.
- SwissRe (2018) Reinsurance Non-Life. Disponible en: <http://reports.swissre.com/2017/financialreport/financial-year/market-environment/reinsurance-non-life.html#>
- Thomas, L., Jr. (2018). The World Bank Is Remaking Itself as a Creature of Wall Street. *New York Times*, 25 de Enero. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2018/01/25/business/world-bank-jim-yong-kim.html>
- Tweed, K. (2016). A New Record for Clean Energy Investment: It Is Very Hard to See These Trends Going Backward. *Greentech Media*, 15 de Enero. Disponible en: <https://www.greentechmedia.com/articles/read/clean-energy-investment-hits-newrecord-in-2015#gs.PY5d9Hk>
- Wilkinson, A., and M. Leach (2014) Briefing: Ebola – Myths, Realities, and Structural Violence. *African Affairs*, 114: 136–48. <https://doi.org/10.1093/afraf/adu080>
- Zack-Williams, T. (2012). *When the State Fails: Studies on Intervention in the Sierra Leone Civil War*. London: Pluto.

Reseñas

GABRIELA MERLINSKY. *Toda ecología es política. Las luchas por el derecho al ambiente en busca de alternativas de mundos.* Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2021. 200 páginas.

Durante las últimas décadas, diversos conflictos asociados a problemáticas ambientales ocuparon un lugar privilegiado en el espacio público. En este contexto, la ecología política se ha convertido en uno de los marcos analíticos más utilizados en el estudio de los problemas socioambientales. Asimismo, sus postulados teóricos y metodológicos se han consolidado como una herramienta analítica capaz de abordar de forma eficaz la relación sociedad-naturaleza.

En esta línea, el libro *Toda ecología es política* propone un análisis profundo de los principales conflictos ambientales sucedidos en América Latina en las últimas décadas. A través del estudio de los casos más destacados, refleja el modo en que estos conflictos contribuyeron a la elaboración de problemas públicos y constituyeron argumentos sobre la justicia ambiental que se fueron forjando “desde abajo”. En el marco de estos sucesos, las voces de los actores que luchan contra las desigualdades y reclaman justicia ambiental alcanzaron mayor visibilidad, poniendo de manifiesto cómo impactan las decisiones políticas en sus modos de vida.

Esta nueva publicación de Gabriela Merlinsky se encuentra conformada por cinco capítulos que giran en torno a dos temas principales de investigación. Por un lado, propone un enfoque que permite analizar y comprender “las características de los conflictos ambientales y el papel que juegan en la construcción social y política de la cuestión ambiental” (p.24). Por otro lado, a partir de la exploración de los conflictos, plantea un análisis de las formas simbólicas de expresar la *injusticia ambiental*.

De esta manera, en el primer capítulo, la autora aborda los procesos globales, regionales y locales que aportaron a la forma en la que se construye política y socialmente el ambiente. Precisamente, profundiza en los tres procesos que tuvieron un ritmo de expansión más acentuado que las regulaciones de protección am-

biental: el surgimiento y ampliación de la cuestión ambiental como asunto político global; el aumento y la aceleración de los procesos extractivos; y las desigualdades socioecológicas generadas por la creciente urbanización capitalista. Así, a partir de la presentación de casos específicos, se desprende un análisis que contribuye a pensar cómo han influido los movimientos de *justicia ambiental* en la visibilización de las desigualdades socioambientales.

Los casos analizados en el segundo capítulo, proponen una nueva forma de ver el conflicto ambiental. Esta propuesta hace hincapié en la necesidad de prestar atención a quienes dan sentido a la discusión: los actores. En esta línea, la autora destaca que, en el terreno de los conflictos ambientales, los saberes y experiencias no son exclusivos de los actores académicos. Aunque en ocasiones los expertos manifiestan que los grupos se movilizan a partir del desconocimiento, es muy frecuente que los afectados desarrollen investigaciones y se relacionen con diferentes profesionales en “foros híbridos”, lo que involucra un proceso de construcción colectiva. De esta manera, Merlinsky afirma que “no estamos ante disputas entre expertos y no expertos” (p.75), son debates que involucran diferentes tipos de conocimiento. Así, las formas de producir y utilizar el conocimiento, como también los intereses, las relaciones sociales y las formas de conectarse con lo *no humano*, aparecen como aspectos reveladores que permitirán pensar el conflicto como un “analizador social”. A su vez, a partir del estudio comparativo de dos casos –la controversia por la contaminación de la cuenca de los ríos Matanza-Riachuelo y la disputa por las plantas de celulosa en el río Uruguay–, la autora refleja los “momentos institucionales”, en la trayectoria de los conflictos, que dieron lugar a transformaciones en el sistema político y en las políticas públicas.

En el tercer capítulo, la exploración de los

conflictos continúa con un interrogante *¿Qué producen los conflictos ambientales?* Así, a través de dos acontecimientos de gran resonancia, la privatización del suministro de agua en la ciudad boliviana de Cochabamba y la autorización del proyecto “Club de Golf de Tepoztlán” en una zona declarada de reserva natural en México, Merlinsky analiza los efectos duraderos de los conflictos ambientales. “La guerra del agua”, “el conflicto por el club de golf” y dos ejemplos a nivel local aquí presentes (la ley de protección los glaciares y el conflicto por el agua en la ciudad de Mendoza) posicionaron el debate ambiental en el espacio público y, a su vez, evidencian cómo las diferentes interacciones y asociaciones entre los participantes se convirtieron en aspectos centrales en el devenir del problema. Asimismo, a pesar de que “muchos procesos de daño ambiental son irreversibles” (p.91) se enfatiza en la importancia de comprender de qué manera las formas de participación, que involucran a los actores en demandas y acciones colectivas, producen la institucionalización de los conflictos al incorporar los reclamos en el funcionamiento de las políticas públicas.

La categoría *justicia ambiental* representa un aspecto clave en el cuarto capítulo. En palabras de la autora “las definiciones en torno a la justicia ambiental no pueden establecerse a priori a través de principios universales y trascendentes” (p.25). Por lo cual, esta categoría es pensada a partir de casos donde diversos actores se enfrentan a procesos de segregación territorial, desigualdades en la repartición de bienes y daños. De esta manera, la propuesta abona a la discusión sobre la relevancia de las teorías de justicia ambiental en el reconocimiento o invisibilización de los daños sociales y comunitarios que devienen en desigualdades socioambientales. En esta línea, los actores que luchan por la consideración de riesgos y problemas ambientales reclaman ser parte del conflicto, lo que involucra su participación en la toma de decisiones. Como expresa Merlinsky, estos movimientos no exigen compensación económica, “demandan políticas de reparación a los cuerpos afectados y a los ambientes degradados” (p. 127).

El último capítulo, continúa con el análisis de las formas simbólicas de expresar la *injusticia ambiental*. Aquí, se presentan experiencias en Perú (el conflicto por un proyecto minero en Cajamarca), Argentina (la controversia por la

contaminación de la cuenca de los ríos Matanza-Riachuelo y el movimiento de los pueblos fumigados) y Chile (el movimiento de mujeres en “zonas de sacrificio”) que permiten al lector establecer una conexión entre diferentes formas de desigualdad socioambiental y las maneras de entender y reclamar *la justicia ambiental* en distintos territorios de América Latina, en palabras de la autora “Abren discusiones sobre alternativas de mundos” (p.133). En este contexto, Merlinsky se dedica a analizar cómo se generan las diferentes desigualdades socioambientales. Así, el acaparamiento de bienes comunes, las desigualdades de género, los efectos en la salud y la vulneración de derechos humanos, fueron entonces los aspectos señalados como los principales responsables de dichas diferencias. De esta manera, a lo largo del capítulo, queda establecido cómo cuestiones de género, clases sociales y étnicas se interponen como categorías fundantes de las desigualdades en América Latina.

Luego de todo lo recorrido, entre sus conclusiones, Merlinsky afirma que la pandemia COVID-19 provocó “un punto de inflexión en la evolución del capitalismo a escala global” (p.165). De esta manera, plantea la necesidad de abordar los acontecimientos como “analizadores sociales” que permitan dar visibilidad a los objetos y sujetos que tienden a ser invisibilizados, así como también reconocer las formas de desigualdad que la actual crisis deja en evidencia. Asimismo, prestar atención a las voces de los diferentes movimientos de justicia ambiental, los feminismos territoriales, indígenas y ecofeministas cobra relevancia ya que “los discursos no son solo maneras de interpretar y comprender el mundo que nos rodea, también son formas de incitar a la acción” (p.184). Por otra parte, la autora enfatiza en la necesidad de llevar a cabo investigaciones colaborativas, ya que “difícilmente se pueda enfrentar los dilemas que plantea la crisis ecológica mediante una única disciplina, un solo diagnóstico y una compartimentalización tecnocrática de las competencias estatales” (p.179).

Para finalizar, una de las principales críticas que ha recibido el campo de la ecología política tiene que ver con la inclusión de lo político dentro de los procesos ambientales. En este sentido, podemos asegurar que esta obra responde con claridad ¿qué es político en la ecología?


Por otra parte, el material empírico, meto-

dológico y contenidos teóricos contribuyen a pensar y enriquecer el análisis de los conflictos ambientales, siendo de interés para académicos, estudiantes y personas preocupadas por temas ambientales. Asimismo, una de las características más atractivas de la obra, radica en que las investigaciones y los ejemplos aquí presentes, son localizados en un contexto local y regional e incorporan a los diferentes actores y sus discursos en torno a un problema socioambiental, haciendo hincapié en cómo perciben y piensan el territorio que habitan. En este sentido, a lo largo del libro, encontraremos las voces de los actores que viven el conflicto: “paren de fumigarnos”, “el agua vale más que el oro”, “basta de zonas de sacrificio”, “no a las papeleras”. Así, se desprende un análisis que también permite identificar cuáles son las dinámicas políticas y económicas que tienen repercusiones en la degradación local de los recursos. Por último, resulta por demás interesante, cómo a partir del estudio en profundidad de los diferentes conflictos ambientales acontecidos en el territorio latinoamericano, se hacen visibles los “momentos institucionales” que cambiaron el curso de estos sucesos y se abren nuevos debates sobre las diferentes formas entender las desigualdades y la justicia ambiental.

Vanesa Blanco

Universidad Nacional de Mar del Plata

vaneblanco1@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4849-4404>

NEMESIA HIJÓS. *Runners. Una Etnografía en una plataforma de entrenamiento de Nike*. Buenos Aires: Editorial Gorla, 2021. 296 páginas.

La relación entre el deporte y el Covid-19 en Argentina ha adquirido tal naturaleza, que podría ser el tema de un libro. Mientras los ultra-profesionales futbolistas masculinos de las principales categorías se debatían entre una solidaria “auto-rebaja” salarial y una renegociación de los contratos de acuerdo a los movimientos del dólar, los “estratos” más bajos de estos trabajadores del deporte atravesaban penurias e incertidumbre. Mucho se ha hablado del desempeño de la delegación olímpica argentina en Tokio 2020, mencionando las dificultades que tuvieron los atletas en la puesta a punto para la gran cita, como consecuencia de la gestión estatal de la pandemia. Sin embargo, el universo deportivo nacional no se limita solo a la competencia profesional institucionalizada. Aquí es donde vale la pena detenerse. Hubo un colectivo de deportistas que, con sus demandas y presiones para habilitar su actividad, no sólo puso en tela de juicio la gestión estatal de la pandemia, sino que también tensionó ideas como el derecho, la individualidad, lo colectivo y la salud. Nos referimos a los *runners*, unidad de análisis del libro reseñado en esta ocasión, autoría de la antropóloga Nemesia Hijós.

Si me preguntaran cual es el propósito de la obra diría, de forma sintética que es una invitación a conocer. Pero no solo a conocer, sino también a comprender las lógicas (he aquí la clave) de esta actividad en los términos de sus participantes, quienes le atribuyen valores y significados. Y si esto no es suficiente para un potencial lector, la autora se encarga de proporcionar cifras que indican un crecimiento sostenido del fenómeno en los últimos años, panorama que contrasta con su carencia de institucionalización y “reconocimiento” deportivo. Lo que viene...

La vía utilizada para lograr esto es la etnografía. El trabajo fue realizado entre los participantes del Nike+ Run Club (NRC) de la Ciudad de Buenos Aires. El “cuerpo” de la investigadora fue clave aquí, en tanto medio para

entrar en contacto con el mundo estudiado, siendo las percepciones y sensaciones propias herramientas de conocimiento. De este modo, la autora buscó un acceso a la experiencia de los *runners* que trascienda lo discursivo y semiótico. Su énfasis estuvo puesto en la sociabilidad, los entrenamientos, las prácticas corporales y la experiencia de correr, en relación a la empresa patrocinadora del equipo. La comparación también estuvo presente, en este caso haciendo brillar los contrastes entre el NRC y los resultados de un trabajo de similares características en el Migueles Team (MT). Así, Hijós traza una dicotomía: mientras que el primero aparece como un espacio de sociabilidad, donde la voluntad y la creencia son el lema, el segundo es asociado a las correcciones técnicas, la disciplina y lo “profesional”. Finalmente, la etnografía también adoptó forma virtual, al analizar el lugar de la red en la consolidación de lazos sociales en el NRC.

Si bien en el primer capítulo se nos presentan los aspectos necesarios para comprender el funcionamiento del NRC, como su organización, estructura y gratuidad, la cuestión fundamental radica en el discurso de Nike. Es muy frecuente observar el modo en que, desde hace unos años, muchas estrategias comerciales empresariales se han orientado hacia mensajes más “inclusivos” y hasta “progresistas”. Muchos productos, incluidos los de Nike, buscan emparentarse con luchas contemporáneas reales de altísimo impacto mediático, como las de género. El uso de términos como “empoderamiento”, “igualdad” e “inclusión” es analizado con detalle por la autora. Así, el lema de Nike “todos son bienvenidos”, es analizado en profundidad por la antropóloga, mostrando los fuertes filtros que impone el NRC: invitaciones personalizadas a eventos y fotos promocionadas, orientados por consideraciones estéticas, clasistas y culturales. Esto da forma a una mirada legítima (según Nike) de ser *runner* en Buenos Aires, sobre la base de la cual pueden analizarse las relaciones y heterogeneidad del

propio equipo. Asimismo, Hijós explica el enfoque individualista que subyace al uso de los mencionados términos, los cuales pretenden mejorar la imagen pública de Nike (empañada por denuncias de super-explotación) y representan intento de identificación de los consumidores con un estilo de vida asociado a ciertos productos. Esto último es fundamental. La obra muestra el alto grado de involucramiento de ciertos miembros del NRC, siendo estos una especie de “propaganda caminante” que atraviesa corriendo la ciudad, vistiendo su indumentaria, o replicando el contenido corporativo digital.

Ahora bien, ¿Está relación acaba en la “propaganda” gratuita a cambio de un régimen de entrenamiento gratuito? Una lectura atenta del segundo capítulo indica que la respuesta es no. Mediante la entrega de regalos (remeras, zapatillas) e invitaciones a los mencionados eventos exclusivos, estos vínculos se profundizan. Aquí se produce un corte (bajo los criterios ya mencionados) en esa masa de personas que constituye el “todos” al que apela la empresa. Pero, mucho más que eso, mediante dichas dádivas se crean y consolidan vínculos sociales. Lo afectivo, lo sentimental, pero también la promoción de un “estilo” exclusivo, ordenan la configuración de esta “experiencia” para el usuario.

El análisis de esta particular relación es de una gran profundidad y se sintetiza en una fórmula: dar, recibir, devolver y mostrar. La entrega de los productos implica una contraprestación de carácter obligatorio que contiene una fuerza moral contractual. El acierto de recurrir a la etnografía virtual queda demostrado cuando los beneficiarios/“elegidos” de Nike ingresan a esta red de intercambios, y deben seguir pautas (modos de ser), replicar los contenidos y acciones de la empresa en Internet, los cuales producen identificación y comunidad. Pero lo sustancial es que esta red genera “ataduras” capaces de generar entre los participantes sentimientos de “culpa” o “miedo”, cuando estos parecen alejarse del comportamiento establecido para ellos. Esto lleva a una pregunta central.

Hasta aquí el trabajo da cuenta de las estrategias empresariales, su manipulación de la masa de *runners*, la adaptación de estos a los modos de ser pautados, su ingreso a la mencio-

nada red, lo cual da lugar a prestigio y distinción entre los pares. En este punto, la interrogante por la agencia de los participantes del NRC hace su obvia aparición ¿Son simplemente “tontos culturales”, reproductores acríticos de una lógica que les es impuesta? ¿Qué tan conscientes son del funcionamiento de la red a la que ingresan? Con otras palabras ¿Estamos frente a una fina estructura avasallante? Nuevamente, la respuesta es negativa. Hijós proporciona pistas, bajo la forma de testimonios y acciones concretas, que indican los modos en que la agencia y la subjetividad de estos deportistas se ponen de manifiesto. Por un lado está el carácter performativo de la felicidad que promociona Nike para sus productos y grupos. Esta es algo que puede ser buscado, creado y vivenciado por las personas, siempre y cuando estas sigan las decisiones y consumos que orienta la marca, poniéndose en juego aptitudes necesarias que deben conquistadas. La autora nos muestra también que muchos miembros “elegidos” del NRC afirman comprender “lo que ve” la empresa en ellos y los resortes de esta relación. El complemento de las sesiones del NRC con las de otros espacios, da cuenta de una relación de no exclusividad con la marca, alternancia y decisión individual, pero sobre todo un entendimiento y análisis crítico de las bases metodológicas del plan de entrenamiento del equipo. Retomando un testimonio del capítulo inicial, se puede caracterizar a la misma como “amateur”, “artificial”, “anti-pedagógica”, pero sobre todo potencialmente dañina, al ser contraria a un entrenamiento convencional. Desde luego, este y otros casos abandonaron el grupo.

Si en la introducción la autora nos anticipaba que nos iba a presentar sujetos que no eran ni profundamente rebeldes al acto de consumo, ni totalmente adaptados al mismo, ya que las personas “actúan de forma contradictoria”, se puede afirmar que esto se cumplió. Es claro que la comprensión del funcionamiento de la estructura de la que son parte, es una característica de muchos de los participantes del NRC. Igualmente, vale la pena señalar que la medida extrema de la huida o “traición” (en términos nativos) no parecen indicar una relación balanceada entre agencia y estructura ¿Existe alguna posibilidad de transformar esto

desde adentro? ¿Es posible apropiarse creativa y alternativamente de las herramientas y premisas que propone la compañía?

En el último capítulo del relato nos ponemos en la piel de la antropóloga, asistiendo en primer lugar a una sesión de coaching ontológico. Es logrado el modo en que Hijós nos transmite sus sensaciones, incomodidades, dudas y su compromiso por seguir el hilo del encuentro hasta el final. Estas instancias son claves dada su relación con el NRC. Este transmitiría la idea de que, para correr una maratón, es simplemente necesaria la confianza en uno mismo, creer, lo que se sintetiza en el título del tercer capítulo: “¡Si, se puede!”. Precisamente, confianza y seguridad es lo que buscan los asistentes a estos eventos ¿El propósito de esta búsqueda? Superar sus propios límites mentales, que adoptan la denominación de un “muro” en estos relatos de estas sesiones. El muro/kilómetro, particular de cada individualidad, es el desafío a vencer, para el cual estas sesiones proveen recursos. Pero en última instancia, “el muro depende solo de nosotros”, en una concepción voluntarista que la investigadora asocia a una lógica neoliberal de culto a la realización personal y al empresario de sí.

Los recursos son el puente entre esta instancia y la parte final del capítulo, en donde acompañamos a la autora a correr la “Maratón Internacional de Buenos Aires”. Estos recursos aparecerán mientras Hijós se desplaza sobre el cemento de la ciudad, siendo recordados y analizados mientras prosigue su marcha hacia la meta. Así, estos se unen al largo, y por momentos enfermizo, “diálogo interno” que todos aquellos que hicimos deporte y competimos sabemos que se da en la mente de los individuos. Las dudas, preguntas, decisiones, motivaciones, observaciones del entorno aparecen distribuidas estratégicamente para dar sentido y coherencia al relato.


El problema del dolor y el padecimiento son abordados en este capítulo y “flotan” sobre el final de la carrera. Vemos su transformación de algo negativo en algo positivo, un marcador de esfuerzo y progreso personal. Las maratones, que aparecen en el libro como un rito de paso, son entendidas desde la narrativa del sacrificio, dejando ganancias a los corredores: ahora son

mejores personas y la carrera los dotó de ideas y valores. La conclusión de la experiencia da lugar a una nueva forma de verse y pensarse a sí mismo. Vivencia la autora:

“Al igual que habían asegurado otros interlocutores, la carrera termina, pero uno volvería a repetirla. Esa es la contradicción usual, la paradoja del dolor placentero: la carrera se sufre, por momentos se odia, parece imposible poder salir de ahí, pero cuando se llega (si se atraviesa el arco), se piensa que la próxima debería ser mejor; incluso en cómo, cuándo, dónde y con quién estaría corriendo la siguiente” (p. 228).

Runners. Una Etnografía en una plataforma de entrenamiento de Nike, como fue dicho al comienzo, nos invita a conocer a los *runners*. A través de la lectura de sus páginas no solo conocemos la lógica de este singular mundo, sino también la forma en que operan las empresas capitalistas más importantes de la actualidad. Bajo un revestimiento “inclusivo” vemos un mecanismo de funcionamiento cuasi perverso que llega a infundir temor entre los participantes de la red de intercambio descrita por la autora, quienes a su vez saben que los “beneficios” de la relación se mantendrán siempre y cuando cumplan con los requisitos impuestos por Nike ¿Qué subyace cuando se nos dice de que algo es para “todos”? ¿Esto se vuelve una realidad por su mera enunciación? La obra es una clara advertencia en este sentido, y un más que preciso análisis que representa un sustancioso aporte para las ciencias sociales.

David Ibarrola
Universidad de Buenos Aires
david.ibarrola92@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5154-4938>