

Editorial


La ciencia en Argentina, sus mitos y su “crisis de presencia”

GASTÓN JULIÁN GIL*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas /
Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

Este nuevo número de *Aiken* se concreta en el marco de un conjunto cambiante de incertidumbres que han signado los tres años en los que se lleva editando. Si bien la revista fue concebida antes de la pandemia, el proyecto se concretó en el contexto de ese experimento global que consistió en confinar a la población “sana”. Y aunque las más heterogéneas incertidumbres dominan la región y, en particular la Argentina, el tramo final de 2023 presenta complejidades singulares en el contexto nacional en el que se edita *Aiken*. El cambio de gobierno, más allá de las consecuencias generales de las nuevas políticas y el estado general de las cuentas públicas, interpela de forma explícita al campo científico argentino tal vez como nunca antes. Las contundentes e irresponsables referencias al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) del nuevo presidente durante la campaña colocaron al sistema científico en el centro de la escena del debate público como nunca antes. A tal punto que la notoriedad pública que cobró quien era señalado por los medios de comunicación como el futuro presidente del organismo en el próximo gobierno no reconoce precedentes desde la fundación del CONICET en 1958.

Como se viene postulando desde estas páginas, “gracias” a la pública partidización del campo académico y, sobre todo, de instituciones oficiales como el CONICET, “la ciencia” fue ganando cada vez más espacio en la opinión pública. Esta situación se ha tornado tan peculiar que la pregunta “¿en serio van a cerrar el CONICET?” difícilmente no le haya sido planteada a cada investigador de parte de algún conocido más o menos cercano. En efecto, el sistema científico recibió agresiones inverosímiles, a través de comparaciones improcedentes (con la NASA) o mediante la asociación con el imaginario clientelístico de los planes sociales o el empleo público de baja calificación. Pero esa deslegitimación de los organismos de ciencia y técnica encontró un terreno fértil para diseminarse sin control dado que sus exponentes más notorios no han siquiera dudado en entregar la autonomía de la ciencia y las universidades al altar de la política partidaria. Acciones tales como las marchas “en defensa de la ciencia” con carteles y gestos partidarios o acciones tan banales como el repudio al contenido de una historieta de un medio gráfico (Gil, 2023) han expuesto a las instituciones científicas y académicas y a sus integrantes ante un escrutinio público innecesario y sumamente peligroso para la salud del sistema. A través de sus funcionarios más encumbrados y actores con un elevado capital de notoriedad intelectual, se expuso ante la sociedad una imagen de unanimidad y de sumisión absoluta a las consignas de un régimen derrotado. En ese marco de exposición, términos tales como “cerrar”, “racionalizar”, “privatizar” se

* 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  <https://orcid.org/0000-0002-8112-2119>

mezclaron con una agenda periodística que maneja los temas de la ciencia y la academia con una pasmosa falta de responsabilidad y desconocimiento. A pocos días de iniciado el nuevo gobierno, todavía no es posible estar seguro si los embates prometidos se concretarán y, en ese caso, de qué manera, con qué alcance y con qué intensidad. Política de despidos, desfinanciamiento, pulverización de los salarios en un contexto de -como mínimo- alta inflación, ya forman parte de un conjunto de horizontes de expectativa de cierta verosimilitud. Basta con que la sociedad no esté dispuesta a comulgar con la “causa de la ciencia” para que las tan anunciadas políticas de ajuste, persecución y destrucción del sistema, se puedan implementar sin oposición.

El mito de los años noventa y la crisis de presencia

Más allá de la reivindicación explícita de las políticas estatales de la década de 1990 por parte del nuevo presidente de la Nación, y la reaparición de funcionarios (medios, encumbrados, desconocidos, apellidos paradigmáticos) de la “era memenista” (1989-1999), asistimos a un *revival* narrativo con alto potencial mitológico de aquellos tiempos tan rechazados desde la academia. Además de las políticas “neoliberales”, aquella “invitación” a *lavar los platos* que el ministro de Economía, Domingo Cavallo, le formuló a los científicos que reclamaban mejoras salariales en 1994, se ha transformando en todo un poderoso mito que, como “esquema dotado de una eficacia permanente” (Lévi-Strauss, 1968: 232) ordena gran parte de las categorías de análisis y lecturas del presente acerca de la relación entre la política nacional y, en este caso, el sistema científico. Los mitos, en tanto dispositivos “culturales extraordinariamente sutiles” (Lévi-Strauss, 2002: 36) y como “máquinas de suprimir el tiempo” (Lévi-Strauss, 2002: 25), ofrecen entonces una gramática a partir de la cual se articulan los motivos y los temas que llegan desde el exterior y se acomodan al sistema cognitivo. Tanto para quienes recuerdan *los noventa* con nostalgia por la estabilidad económica o la “modernización”, como para quienes la mantienen como una década infame de pérdida de derechos y empobrecimiento, han emergido como el mito ordenador de las expectativas sobre el próximo gobierno. Sin embargo, no sólo se trata de momentos históricos diferentes sino que la configuración del sistema científico también se modificó de manera ostensible, del mismo modo en que cambiaron los actores, los papeles desempeñados o la cantidad y calidad de información que circula en los grandes medios y, sobre todo, en las redes sociales.

Todo este panorama que se ha intentado resumir es especialmente relevante para una revista de ciencias sociales como *Aiken*, ya que estas disciplinas son las que en mayor medida han quedado en el centro del debate público, y las reiteradas preguntas que desde el periodismo se le formulan al próximo rotular del CONICET lo muestran con elocuencia. Oposiciones elementales y, por supuesto, falsas, en torno a la “utilidad” o “inutilidad” de las investigaciones que financia el Estado de un país con cerca de la mitad de su población bajo la línea de pobreza, constituyen una trampa que debería desactivarse. La apelación descontextualizada a títulos de *papers* y ponencias de, en mayor medida, teoría literaria y estudios culturales, es ya todo un lugar que no sólo usan periodistas “críticos” del sistema sino que hasta ha penetrado conversaciones cotidianas de actores sin vínculos cercanos con el campo académico.

Por todo ello, será importante estar alertas para que las ciencias sociales no se transformen en la víctimas propiciatorias (Girard, 1991) de los males del sistema, que no sean entregadas al altar sacrificial de nociones superficiales de productividad, eficiencia o utilidad al compás de un eventual nuevo clima de época. Además de ello, no son las ciencias sociales las que mayor responsabilidad detentan en los no menores problemas que aquejan al sistema, muchos de ellos que han sido enunciados en distintos editoriales de esta revista, principalmente la partidización y la sumisión a las agendas militantes y las claves de interpretación de la política partidaria. De hecho, los mayores responsables, o al menos los más notorios, no provienen precisamente de las “ciencias blandas”. Por el contrario, afamados investigadores de las “duras” y las exactas son quienes en mayor medida han liderado esos rituales públicos de comunión entre ciencia y partido.

Fotos con gestos y banderas partidarios en movilizaciones, repudios públicos a una historieta de un medio gráfico, actos partidarios en facultades, son algunos de los tantos hechos que han sembrado el terreno para que la sociedad asocie de forma natural a los integrantes del sistema científico con la afiliación partidaria o lo que se supone, desde el sentido común, que serían prácticas clientelísticas para acceder a los cargos de investigador científico.

Hace ya casi cinco décadas, las ciencias sociales argentinas sufrieron un virulento proceso de desmantelamiento sistemático y programado, cuando habían logrado una definitiva institucionalización (sobre todo sociología) y gozaban de legitimidad e inserción internacional. Por supuesto, algunas carreras y proyectos académicos habían padecido interrupciones institucionales y procesos de retracción, sobre todo en el marco de la Noche de los Bastones Largos de 1966, fruto del golpe de estado que encabezó el general Juan Carlos Onganía en 1966. Pero desde mediados de la década de 1970, y antes del golpe de 1976 (Gil, 2010; 2016a), se cristalizó una trama argumental que fue mutando en sus núcleos argumentales para socavar las ciencias sociales. Si en un principio los embates estuvieron dirigidos al contenido “subversivo” de disciplinas como antropología social o sociología, una vez instalado el autodenominado Proceso de Reorganización Nacional, en determinados ámbitos institucionales el desmantelamiento de los programas se concretó a partir de la “inviabilidad” de las ciencias sociales (Gil, 2016b). Este embate perpetrado desde el Estado contra carreras universitarias, programas, unidades académicas y hasta centros privados de investigación tuvo su correlato con las desapariciones y exilios que, en su conjunto, retrasaron por varias décadas el desarrollo de las ciencias sociales en el país.

Por supuesto que el panorama actual es muy diferente, incluso en el peor de los escenarios posibles. Tal vez lo que sí resulte imperioso es clarificar que las ciencias sociales no se llevan la mayor parte de los recursos del sistema, como sostienen de manera tan ligera comunicadores que se ocupan superficialmente del “problema del CONICET”. En ese sentido, las palabras del eventual nuevo presidente del organismo, traen cierta tranquilidad. Sus referencias a la necesidad de estas disciplinas para comprender la complejidad de los procesos sociales, a la función que cumplimos muchos investigadores en la docencia en las universidades (profesores que investigan y publican) y a lo “baratas” que son en términos de necesidad de recursos para investigar en relación con otras disciplinas, son algunas de las tantas premisas necesarias para un debate serio y fructífero.

En definitiva, las ciencias sociales afrontan toda una nueva “crisis de presencia”, concepto acuñado por el etnólogo italiano Ernesto de Martino (1908-1965) para explicar la apelación a las prácticas mágicas, y que Guber (2007) ya había aplicado para enmarcar parte de la historia de la antropología social argentina, particularmente en la mencionada ruptura institucional de 1966. Lejos de interpretar las prácticas mágicas como irracionales o como símbolos de estados mentales inferiores o supervivencias de los estadios anteriores a la civilización, de Martino las pensaba como un conjunto de herramientas cognitivas para lidiar con la incertidumbre, como una fuente de sentido y un marco de interpretación que brinda seguridad existencial. Se trata de una “estructura de protección” contra “la precariedad de los bienes elementales de la vida” (de Martino, 2011: 89), la incertidumbre sobre el futuro, la aparición de fuerzas sociales sin control y la carencia de un marco de interpretación y comportamientos plausibles y “eficaces”. Ese esquema de interpretación perduraría en el segmento más maduro de la obra demartiniana, en el que además llevó adelante una intensa investigación de campo en el sur italiano. Su publicación más celebrada, y a la vez la más traducida, *La terra del rimorso* (de Martino, 1961), muestra de forma elocuente que este autor consideraba a las instituciones mítico-rituales como modelos de deshistorización de aquellas instancias críticas de la existencia, tanto en el plano individual como colectivo. Ese libro ha sido, además, el eje principal del “descubrimiento” de su obra por parte de las antropologías centrales. Allí también profundizaba en el estudio de las representaciones colectivas de la crisis y de la amenaza de aniquilamiento de la cultura. Entonces, ese riesgo de dejar de existir en un mundo cultural posible se produce a partir de la idea que se cristaliza en el individuo cuando asume

que ha perdido los vínculos sociales y colectivos. De ese modo, de Martino se proponía llevar adelante no sólo una tipología de los apocalipsis modernos sino también una “estructuración de la historia” (Maestrutti, 2013) que, a partir de sus contrastes y recuperaciones, permita captar en su realidad efectiva las sucesivas génesis de la experiencia apocalíptica. Esta inseguridad en cuanto a la pervivencia del presente, es decir, que se mantengan condiciones de vida viables en el futuro, configura entonces la experiencia de un presente frágil que, en el caso de las sociedades modernas, se vincula con la relación entre la utopía y la tecnología, es decir entre la ética y las consecuencias sociales de la técnica, entre las representaciones de lo humano y los cambios proporcionados por los dispositivos tecnocientíficos. De esa manera, se movilizan profundas inquietudes existenciales que sólo pueden ser superadas si los sujetos recuperan la capacidad de darle sentido a la historia, aceptando lo inevitable del fin y el riesgo de la incertidumbre.

Es esa incertidumbre absoluta la que domina los horizontes de expectativas de los actores del sistema científico. Quizás se den las condiciones para un abordaje comprensivo algo más distanciado de las políticas que hicieron posible en las últimas décadas la indudable expansión de ese sistema (becas e ingresos a carrera de investigador en el CONICET, creación de universidades) y se puedan discutir con honestidad los serios problemas que persisten y que no se resuelven con más recursos. Y todo sin mencionar dilemas mucho más profundos que aquejan a los demás niveles educativos, que no parecen haber experimentado los mismos avances y que están plagados de problemáticas más urgentes y prioritarios.

Un nuevo número en crisis de presencia

Este nuevo número de *Aiken* recupera el formato de los artículos libres. La revista sigue creciendo a medida que se cristaliza como un canal legítimo de publicación, lo que obliga a intensificar un trabajo realizado que todavía es posible mantener. Cada realización es, en este contexto de incertidumbres y de recursos siempre escasos, la consecuencia de un arduo trabajo artesanal que se complementa con la colaboración indispensable de un gran número de colegas en sus diferentes y fluidos roles. Todos esos esfuerzos individuales y desinteresados siguen haciendo posible la concreción de este proyecto editorial con sentido colectivo e institucional.

En esta ocasión, se publican cuatro artículos que abordan temáticas diferentes desde diversas afiliaciones disciplinares. El impacto del COVID vuelve a estar entre los ejes de indagación de las contribuciones de *Aiken*. En este caso, Daniela Teveles nos lleva, a partir de su experiencia profesional en un centro de salud, a una problemática poco presente en la agenda pública: las secuelas del Covid-19 entre quienes sufrieron la enfermedad de forma aguda. Luego de un par de años en los que el Covid-19 monopolizó la agenda y el foco de las políticas públicas, parece haber desaparecido de la consideración pública. Este texto, por el contrario, nos recuerda uno de los impactos a más largo plazo de la pandemia, en este caso los directamente asociados al virus SARS-Cov2, pero enfocados en las actividades de la vida diaria, categoría de gran relevancia para muchas profesiones de la salud. Así es que la “disrupción biográfica” detectada muestra un correlato “laboral, económico, habitacional, vincular y emocional” que sin dudas requiere de políticas públicas concebidas a partir de este tipo de evidencia empírica.

El alcance internacional de *Aiken* queda ratificado con “*Migração, religião e saúde mental: O Instituto Sonhe e os imigrantes bolivianos em São Paulo/Brasil*”. El artículo de Suzana Ramos Coutinho, Nelson Luiz Nunes Domingues y Wagner Lopes Sanchez recupera una temática que ya fue objeto de un número temático: las migraciones internacionales y sus vinculaciones con la salud colectiva. Esta investigación coloca además a la religión como un dominio fundamental a partir del cual los migrantes encuentran una red de protección, un ambiente favorable de inserción y de directa vinculación “positiva” para la salud mental. Más precisamente, el caso del Instituto Sonhe de la ciudad de São Paulo (Brasil) les permite a los autores mostrar de qué modo la religión opera como un espacio privilegiado de sociabilidad para los migrantes, que a partir de ese dominio cultural tienen mayores posibilidades de reconstruir su identidad cultural y alcanzar

el “equilibrio mental necesario para organizar su vida de forma digna. La acogida, la experiencia de vida grupal y de cohesión permiten que las personas se sientan más seguras en contextos de inseguridad, violencia y miedo”.

Una vez más, los conflictos ambientales y las consecuencias habitualmente negadas del “agronegocio” aparecen como objeto de problematización en *Aiken*. En esta oportunidad, Nicolás Forlani nos muestra de qué manera opera el efecto de cientificidad de aquellos discursos “expertos” que respaldan la inocuidad del “paquete tecnológico de la agricultura moderna”. Este modelo de desarrollo agrícola encuentra en casos puntuales como el analizado, del mismo modo en que puede ocurrir con otros proyectos “extractivos”, conflictos de ardua resolución en donde se juegan además valores en torno a la salud colectiva o la valoración del ambiente. De esta manera, “Controversias sociotécnicas en torno al agronegocio. El caso de la Audiencia Pública de Río Cuarto en el año 2013” muestra la riqueza del análisis de disputas conflictivas de alcances legales, que desde la antropología de Manchester, con Max Gluckman y sus discípulos, ha mostrado una riqueza todavía vigente.

“«¿Es un paciente? es y no es en realidad»: el paciente «social»” como problema médico-profesional en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, de María Bordes y Paula Cantor es un excelente ejemplo del abordaje social de la medicina. A partir de distintos recursos metodológicos, un “caso” muestra una vez más la complejidad de relaciones que lo atraviesan. El artículo nos pone en presencia de diversos sistemas clasificatorios que entran en tensión (profesionales, burocráticos) y que, sobre todo, no parecen estar diseñados a partir de las necesidades de los pacientes o de una problematización compleja de la salud colectiva. Nos enfrentamos entonces a lógicas que atentan contra la salud colectiva, ancladas en tradiciones, identidades disciplinares y regímenes de control cuya desnaturalización y comprensión genuina es imprescindible frente a los desafíos inherentes del proceso salud-enfermedad-atención-ciudadano.

Esta clase de acumulación inductiva de casos relevantes son y serán necesarios para cumplir el sueño de muchos investigadores sociales: que quienes se encargan de pensar, ejecutar y evaluar las políticas públicas tengan la sensibilidad y la capacidad de saber aprovechar productivamente los densos conocimientos sobre los temas a los que enfrentan. Las preocupaciones de la sociedad por el “despilfarro” del dinero de los impuestos tal vez se matizaría si un Estado con capacidad de gestión se nutriera de, o al menos considerara, esas investigaciones que ese mismo Estado financia y patrocina. Pero ello no será posible si el más elemental sentido común y las presiones de corporaciones que carecen de algo que se asemeje a un concepto de bien público (incluso en el propio sistema científico), son las que siguen dictando el curso de las cosas.

Bibliografía

- De Martino, E. (1961). *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- De Martino, E. (2004). *El mundo mágico*, Libros de la Araucaria, Buenos Aires. Versión original: *Il mondo magico*, Einaudi, Torino, 1948.
- Gil, G. J. (dir.) (2010). *Universidad y utopía. Ciencias sociales y militancia en la Argentina de los 60 y 70*, Mar del Plata: EUDEM.
- Gil, G. J. (2016a). Politics and academy in the Argentinian social sciences of the 1960s: Shadows of imperialism and sociological espionage. *History of the Human Sciences*, 29: 63-90. <https://doi.org/10.1177/0952695116653538>
- Gil, G. J. (2016b). De “subversivas” a “inviabiles”. Ciencias sociales y dictadura en la Universidad de Mar del Plata (1976-1980). *Historia de la Educación. Anuario SAHE*, 17 (1): 72-93. <https://www.saiehe.org.ar/anuario/revista/article/view/504>
- Gil, G. J. (2023). Sobre estilos, política y gestión de la ciencia. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 3(1), 5-9. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/58>

Girard, R. (1991). *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama.

Guber, R. (2007). Crisis de presencia, universidad y política en el nacimiento de la antropología social de Buenos Aires, Argentina. *Revista Colombiana de Antropología*, 43, 263–298.
<https://doi.org/10.22380/2539472X.1110>

Lévi-Strauss, C. (1968). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.

Lévi-Strauss, Claude (2002) *Mitológicas. Lo crudo y lo cocido*, México: Fondo de Cultura Económica.

Maestrutti, M. (2013). Retour sur *La fine del mondo* d'Ernesto De Martino. *Socio-anthropologie*, 28: 65-82.

Artículos

Itinerarios terapéuticos en el síndrome post covid-19: actividades de la vida diaria y experiencia de enfermedad

*Therapeutic itineraries in post covid-19 syndrome:
activities of daily living and experience of illness*

DANIELA TEVELES *


Hospital Ramos Mejía (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina)

RESUMEN. Una vez superada la etapa crítica de la pandemia por Covid-19 surge la necesidad de correr el foco de los cuidados críticos e indagar en las necesidades de pacientes que sufrieron la enfermedad de manera aguda y continúan con secuelas. La investigación buscó analizar los itinerarios terapéuticos de las personas con síndrome post Covid-19 desde una estrategia metodológica cualitativa. A los fines de este artículo se presenta la descripción del impacto del síndrome post Covid-19 en las actividades de la vida diaria de las personas entrevistadas y cómo transitan la experiencia de enfermedad. Se concluye que todas habían visto afectadas sus actividades de la vida diaria al momento del alta, mientras que la mayoría contaba aún al momento de la entrevista (entre 5 y 8 meses después de la internación) con alguna dificultad. La percepción sobre su estado de salud estaba atravesada por secuelas físicas, dolor y padecimientos de salud mental, generándose una disrupción biográfica que se manifiesta en lo laboral, económico, habitacional, vincular y emocional. El desarrollo de políticas públicas para abordar este tema desde una perspectiva de salud integral resulta fundamental.

PALABRAS CLAVE: pandemia; actividades de la vida diaria; rehabilitación

ABSTRACT. Once the critical stage of the Covid-19 pandemic is over, the need to shift the focus from critical care to investigating the needs of patients who suffered the disease acutely and continue with sequelae arises. The research proposes to analyze the therapeutic itineraries of people with post Covid-19 syndrome with a qualitative methodological strategy. For this article is pretended to describe the impact of post Covid-19 syndrome on people's activities of daily living and how they go through the experience of illness. It is concluded that all the interviewees had seen their daily life activities affected at the time of discharge, while most of them still had some difficulty at the time of the interview (between 5 and 8 months later). The perception of their health condition was affected by physical sequelae, pain and mental health conditions, generating a biographical disruption that was manifested in the work, economic, housing, bonding and emotional matters. The development of public policies to address this issue from a integral health perspective is essential.

KEY WORDS: pandemic; activities of daily living; rehabilitation

* Lic. en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires), especialista en intervenciones transdisciplinarias en violencia familiar y de género (Universidad de Buenos Aires) y maestranda en género, sociedad y políticas (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Ex residente y jefa de residentes de trabajo social del Hospital Fernández. Actual trabajadora social de planta del Hospital Ramos Mejía (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina). E-Mail: danuteveles@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0003-5848-3957>

Introducción

El presente artículo surge a partir del trabajo de investigación “Pensar la Post-Pandemia: Itinerarios Terapéuticos en el Síndrome Post Covid-19” que analiza los itinerarios terapéuticos de las personas con síndrome post Covid-19 que estuvieron internadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Sala de Rehabilitación Intensiva post UTI post Covid-19 (SARIP) del Hospital Fernández en el año 2021. A los fines de este artículo se presentan sólo dos de los objetivos específicos estudiados: describir el impacto del síndrome post Covid-19 en las actividades de la vida diaria e indagar cómo transitan la experiencia de enfermedad luego de haber contraído Covid-19. El objetivo restante que fue explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación se abordará en otro artículo.

La SARIP es una sala de internación que surge en 2020 frente a la necesidad de rehabilitación luego del aumento de internación de UTI post Covid-19, dando cuenta de la necesidad de correr el foco exclusivo en los cuidados críticos y dar respuesta a una gran población que luego del alta combina cuestiones como el síndrome post UTI con lo nuevo y desconocido del Covid-19 (Gonzalez Castro, 2020). La batalla contra esta enfermedad no termina en la detección y tratamiento: “Los síntomas persistentes descritos hasta ahora por supervivientes del Covid-19, aunque heterogéneos, muestran una alta incidencia. Sin embargo, aún no existen estudios a largo plazo sobre estos síntomas” (Álvarez *et al*, 2021: 3).

En la etapa estudiada se modificaron las características de la enfermedad, presentando un panorama epidemiológico particular de gran disminución en la ocupación de camas de UTI por Covid-19, demostrando la necesidad de redireccionar la atención a aquellos que sobrevivieron a la enfermedad, quienes son objeto de este estudio. Es en este sentido que cobran importancia los itinerarios terapéuticos, que son aquellas trayectorias de búsqueda, producción y gestión del cuidado de la salud que elaboran los sujetos desarrollando estrategias en su relación con las instituciones (Bellato *et al.*, 2009). En este sentido, se entiende los itinerarios terapéuticos como aquellas actividades que los sujetos desarrollan en la búsqueda de tratamiento por una dolencia o aflicción (Alves, 2015).

Uno de los aspectos vinculados al desarrollo de estos itinerarios terapéuticos lo conforma el impacto del síndrome post Covid-19 en las actividades de la vida diaria (AVD), las cuales son actividades funcionales esenciales para el autocuidado, la interacción con el entorno, el desarrollo de la autonomía y el ejercicio de un rol en la sociedad (Romero Ayuso, 2007). Se clasifican como aquellas más básicas (aseo, alimentación, movilización y comunicación), instrumentales (tareas domésticas, mayor interacción y movilidad) y avanzadas (sociabilidad, roles familiares y ocupaciones fuera del hogar) (Roger García, 2010).

Contraer la infección, cursar una internación prolongada, pasar por UTI y requerir rehabilitación para recuperar las habilidades perdidas o debilitadas implica un corte en la experiencia de vida cotidiana que produce una disrupción biográfica (Cortés, 1997) y pretende una movilización en busca de nuevos conocimientos y recursos para explicar y dar respuestas que busquen restablecer el orden perdido, construyendo una nueva cotidianeidad significativa. Esta nueva normalidad se encuentra atravesada por la experiencia de enfermedad que construyen los sujetos, la cual permite entender los medios y los modos en que individuos y grupos sociales perciben, conciben y responden a un determinado episodio de enfermedad (Recoder, 2011). Esto incluye la percepción sobre el estado de salud de quienes la padecen y abre las posibilidades hacia la gestión de la misma. En este sentido, la experiencia de enfermedad en su carácter intersubjetivo es un fenómeno colectivo en el que los sujetos aprehenden y producen sus propios recorridos diferencialmente. Así, la vida cotidiana en una organización social concreta se presenta como un ámbito por excelencia para el estudio de los procesos de salud-enfermedad, que en tanto universal opera estructuralmente en toda sociedad tanto en los padecimientos como en las respuestas sociales a los mismos (Menéndez, 1994).

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico, partiendo de un diseño flexible (Sampieri, 2018). La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semi-estructurada realizada a 15 informantes clave mediante muestreo no probabilística por conveniencia durante los meses de diciembre de 2021 y enero y febrero de 2022, delimitando la muestra siguiendo el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967).

Todos los participantes brindaron su consentimiento informado y sus nombres fueron modificados a fin de garantizar el anonimato para el presente artículo. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Gral. de Agudos Juan A. Fernández, y contó con el financiamiento de la Beca Salud Investiga 2021-2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

Resultados

1. Actividades de la vida diaria: “Ya no hago la vida que hacía antes”

En este apartado se describe el impacto del síndrome post Covid-19 en las AVD. En su totalidad las personas entrevistadas continuaban con algún malestar o limitación en menor o mayor medida al momento de la entrevista, realizada entre 5 y 8 meses luego del alta de la internación.

1.1. Actividades básicas

Todas las personas entrevistadas refirieron dificultades en el desarrollo de actividades básicas durante el primer período luego del alta:

- Caminar: “Yo del hospital Fernández salgo gateando, allá me enseñaron todo, a dar pasos como un recién nacido” (Hugo); “Parecía un abuelito que estaba apenas caminando, así salí del hospital Fernández, temblando como una bolita” (Alberto).
- Ir al baño: “Mi hija me higienizaba, me sentaba en la cama, usaba el paño húmedo para enjuagarme y me lavaba la cabeza en una palangana” (Marta); “Tuve que usar un elevador de inodoro porque me costaba mucho pararme nuevamente” (Pilar).
- Comer: “Cuando me dieron el alta yo todavía no caminaba sola, no comía sola, usaba pañal, todas esas cosas. Necesitaba asistencia las 24 hs” (Marta).

En algunos casos estos problemas continúan hasta la actualidad: “Tengo problemas para caminar, que no he podido empezar a trabajar, dejé el andador hace una semana y ahorita estoy empezando a caminar tipo pingüino porque los pies no me responden todavía” (Cris).

De esto se desprende que el alta de UTI y SARIP se dio en condiciones de dependencia y falta de autonomía, lo cual se resolvió con la familia como sostén de los cuidados en la totalidad de las personas entrevistadas, ya sea porque convivían en el núcleo familiar previamente u obtuvieron el apoyo de estos sin convivencia como en el caso de Pilar: “Tengo muchos familiares, amigos, que se turnaron y se quedaron conmigo la primera semana porque vivo sola entonces me ayudaban, me cocinaban y esas cosas”, o porque tuvieron que mudarse, como Marta: “En realidad yo vivo en La Boca, pero cuando me dieron el alta yo no podía seguir viviendo en mi casa sola, entonces cuando me dieron el alta me vine a la casa de mi hija en Bernal”.

1.2. Actividades instrumentales

Respecto a las tareas instrumentales, todas las personas entrevistadas tenían dificultades luego del alta y varios continuaban con las mismas aún al realizar la entrevista, sobre todo en relación a tareas domésticas:

- Cocinar: “Antes no podía ni alzar la sartén” (Laura).
- Limpiar: “Puedo cocinar más que todo y fregar la cocina, pero barrer me canso mucho, todavía estoy con problemas de la respiración, me mareo” (Cris).
- Realizar compras: “Mis hijos me compran pero yo estoy en la casa” (Rosa); “Voy al super y traigo el changuito y si pesa mucho me canso. No voy a comprar, así me manden a comprar, llevo la bolsa y me cansa el peso, tengo que llevar changuito” (Ana).

Cabe observar que las únicas en referir dificultades relacionadas a las tareas domésticas fueron las mujeres de la muestra, mientras que por parte de los varones no aparece mención sobre el tema. Esto hace a trayectorias diferenciales según el género, en tanto de las mujeres se espera que puedan asumir estas tareas más allá de su situación de salud mientras que no es así por parte del grupo masculino.

Otro tipo de tarea instrumental que aparece de manera repetida son los problemas para la movilización fuera del hogar: “ya no hago la vida que hacía antes, antes salía más, ahora no, como estoy trabajando en casa, estoy acá en casa, salgo cuando es necesario nomás” (Laura), y la dificultad en la interacción y comunicación con otras personas: “Estoy un poco aislada pero es mejor, no me acerco fácilmente a las personas, en eso me quedé con un poco de miedo” (Laura).

Esto se debe tanto a motivos físicos (problemas para respirar, cansancio, debilidad muscular), como es el caso de Hugo: “Digamos que estoy exigiendo mucho al cuerpo, ahí siento un desvanecimiento, entonces trato de calmarme y no hacer mucho esfuerzo”, y a razones de salud mental como Rosa: “Ahora como que tengo miedo de salir, y no salgo todavía”.

1.3. Actividades avanzadas

En relación a las tareas avanzadas, de las 15 personas entrevistadas 10 referían continuar con dificultades, siendo la más significativa el regreso al empleo remunerado y presentando trayectorias diferenciales según el tipo de trabajo y las condiciones laborales.

Aquellos que podían realizar tareas pasivas o trabajar desde el hogar tuvieron la posibilidad de retomar con mayor rapidez, tal como Fabio, quien tiene su propia peluquería y volvió a la actividad laboral de manera paulatina: “Como mi trabajo no es muy pesado volví y como yo ya trabajaba acá algunas clientas me pedían y de a poquito fui volviendo al ritmo”.

Otra facilidad estuvo dada para quienes tenían una ocupación por cuenta propia y contaban con apoyo del grupo familiar sin sentir la exigencia de la vuelta al trabajo de manera obligada, tal como Adrián que es comerciante: “Nosotros teníamos un localcito donde mi esposa vendía algunas cositas y yo me fui hasta el local”; Laura que es gastronómica: “Antes era solo recepcionista, lo ayudaba a mi hermano, y ahora ya estoy cocinando”; y Pedro que es carnicero:

Fui a comprar, que eran cosas que hacía cotidianamente y después trabajaba. Ahora vengo y tengo que tomar un descanso. Hay días que por ahí me agarra un poquito el bajón y me pongo a ver Netflix o YouTube. Como me cubren en el trabajo no tengo sí o sí que hacerlo.

Esto, sin embargo, no aparece en todos los casos. Las condiciones de precariedad y el

desempeño en tareas que requieren mano de obra intensiva complican la situación. Alberto previo a su internación se desempeñaba como albañil pero no pudo continuar debido a su situación de salud, lo cual implicó la pérdida del empleo: “El problema es mi columna para hacer tareas de albañilería, son cosas pesadas y no sé hacer otra cosa que albañil, ese es mi problema”. Lo mismo sucede en el caso de Ana que era empleada doméstica y cuidadora: “Cuidaba a un abuelo y hacía limpieza de una peluquería en las noches. Los viernes iba a lo de una señora, limpiaba y le cocinaba para la semana. Todo eso ya no lo puedo hacer, yo que he trabajado siempre”.

En segundo lugar aparecieron otras actividades dentro del grupo de tareas avanzadas que presentan dificultades, vinculadas a la sociabilidad y el ocio: temor de encontrarse con gente, ya sean personas cercanas o desconocidos en la calle; miedo a viajar: “Voy a ir a ver a mis parientes a Jujuy. Vamos a viajar en avión para que no sea largo el viaje y ahora que volvió otra vez la peste es como que uno tiene un poco de terror” (Lía); o realizar actividad física intensa: “Las secuelas continuaron pero como yo ya podía, o sea no me cansaba, no es que podía bailar un reggaeton” (Pilar).

2. Experiencia de enfermedad: “Es como si estaría volviendo a nacer”

A continuación se indaga cómo transitan las personas entrevistadas la experiencia de enfermedad luego de haber contraído Covid-19. En relación a la percepción sobre su estado de salud se encuentran múltiples secuelas. Luego se analiza cómo esto impacta en términos de disrupción biográfica, hallando cambios principalmente en cinco aspectos: laboral, económico, habitacional, vincular y emocional.

2.1. Percepción sobre el estado de salud

En este punto se constata que las complicaciones clínicas posteriores a la fase aguda son variadas, encontrando consecuencias de tipo respiratorias, renales, neurológicas, motrices, digestivas y psicológicas, que fueron apareciendo a lo largo de los relatos.

La totalidad de las personas entrevistadas refirieron haber sentido dolor en un principio luego de egresar del hospital, y la mitad de las mismas comentan que aún lo siguen sintiendo al momento de la entrevista: “Todavía tengo dolores en las articulaciones, todavía siento dolores de cabeza, tengo como un long Covid me dijeron y no me he recuperado del todo, todavía no estoy recuperada” (Cris). Por su parte Alberto refería no sólo un dolor muy fuerte “de la columna hasta la cervical y el dolor se me va a la pierna y a la rodilla”, sino también “cansancio, como asma, se me quiere tapan la respiración. Tos sí tengo, a veces me agarra fuerte, por lo menos 5 veces al día me agarra fuerte, tos seca, que me cuesta expulsar la flema”.

Respecto a las secuelas neurocognitivas, la atención, la memoria y las funciones ejecutivas son las más afectadas, como en el caso de Ana: “Trato de enlazar las palabras, a veces no me sale. No sé si te has dado cuenta ahora que estoy conversando. Yo no he sido así, eso es del Covid. Inclusive me he comprado una sopa de letras”.

En lo que respecta a la salud mental, lo que más aparece en las entrevistas es el miedo asociado a múltiples cuestiones tales como un nuevo contagio, socializar, caerse, entre otros. Resulta interesante desde las palabras de los propios entrevistados:

- No puedo renegar, me asusto bastante, hay días que no puedo dormir por el miedo de recordar cuando estuve ahí (Laura).
- Yo creo que es un poco de la cabeza, a veces soy temeroso pero digamos que estoy cuidándome de no enfermarme porque no la pasé bien, me quedó un poco de miedo (Fabio).

- Es como que tengo mucho temor digamos, mucho miedo. Yo supongo que literalmente estuve muerto porque ya me habían dicho los doctores que estuve complicado pero fue un milagro. Entonces a partir de ahí me genera mucho pánico, mucho miedo a volverme a enfermar (Hugo).
- Antes hacía todas las cosas sin miedo. Ahora como que tengo miedo de volver a la normalidad, hasta salir a comprar, encontrarme con la gente (Ana).
- Miedo con respecto a todo lo nuevo, a volver a salir, miedos que estaban en mi cabeza que decidí afrontar. Por ejemplo, una persona común no tiene miedo al día a día, a salir a trabajar. Yo sí sentí miedo cuando voy al subte, bajando las escaleras, cuando voy subiendo (Adrián).

Los miedos pueden producir aislamiento y disminución de la participación social, entre otras cuestiones de gran impacto en la vida diaria, que producen una disrupción biográfica como se verá a continuación.

2.2. Disrupción biográfica

Las condiciones de salud descritas producen limitaciones varias que generan un gran impacto en términos de disrupción biográfica en las personas entrevistadas. Al respecto, al preguntar qué creían que había cambiado en sus vidas tras la internación por Covid, muchas de las personas entrevistadas contestaban con una sola palabra: “todo. Es como si estuviera volviendo a nacer, así me sentí. (...) Cambió mucho mi vida. Todo te cambia de la noche a la mañana, porque te agarra y en una semana te cambia toda tu vida la enfermedad esa” (Rosa).

El retorno a las actividades previas es quizás el determinante funcional más relevante tras el alta, tal como se veía con anterioridad respecto al lugar del empleo remunerado, como en el caso de Pilar: “El cuerpo no me respondía tan bien, igual yo podía ir a trabajar y hacer mis cosas entonces yo continué con mi vida”.

Cuando esto no es posible aparece como un gran problema, tal como refiere Alberto: “Sigo hasta ahora como cansado, como si me estuviera tapando algo en el pecho, eso me molesta, y el dolor de espalda, no sé cómo hacer, si tuviera la posibilidad de poder retirarme, jubilarme por discapacidad”.

Lo mismo sucedía en el caso de Cris, que es arquitecta y migró desde Venezuela justo cuando se enfermó de Covid: “Yo trabajaba full, llevaba mi casa, y ahorita soy una inútil, soy prácticamente inútil. Ya me estoy empezando a valer por mi misma, puedo bañarme sola, pero fue una etapa muy difícil, muy dura, cambió mucho todo”. Esto mismo, continúa la entrevistada, genera a su vez un impacto económico, en tanto implica una reducción del ingreso: “Tengo problemas financieros porque todos los ahorros se acabaron, no he podido empezar a trabajar, y ha sido duro”.

En cuanto a lo habitacional, en algunos casos las personas tuvieron que adaptar la vivienda a su nueva condición de salud y en dos situaciones también implicó directamente una mudanza debido a que no estaban en condiciones de continuar viviendo solas, como relataba Marta:

Vivía en Capital y me vine a Provincia. Yo no veo la hora ya de terminar con todos los estudios que me tienen que acompañar mis hijas y volverme a mi casa. Ellas me dicen que por qué tanto apuro si ellas están más seguras teniéndome acá, pero viste, cosa de vieja, quiero estar sola, en mi casa.

Esto genera una modificación en los vínculos, al producir nuevas convivencias. Otro cambio en

este sentido es la mayor dependencia de otros y el fallecimiento de personas cercanas que habían enfermado junto con las personas entrevistadas, como en el caso de León que convivía con un hermano que falleció por Covid mientras él se encontraba internado, o Lía que comparte la recuperación con su hija: “Ella también tuvo Covid, estuvimos las dos internadas. Entonces salimos, nos acompañamos juntas para ir al médico. Si no, está mi nieto que me llevaba siempre de un lado para el otro”.

Asimismo aparece en este punto el fortalecimiento de los vínculos frente a la crisis vivenciada: “Todo lo afectivo se intensificó, mi familia, amigos, mi entorno se unió ante esta situación para ayudarme, fortaleció lazos familiares, mis amigos todos se organizaron para que a mí no me falte nada” (Pilar).

Finalmente, en algunos casos la disrupción biográfica se vincula con una cuestión emocional o espiritual, tal como contaba Adrián:

La manera de ver la vida, si nos vamos desde el punto de vista filosófico, aprender a tener otras prioridades o cambiar las prioridades, a valorar más lo que tengo, a valorar mi salud, a mi esposa, mis hijas, a valorar el tiempo que tengo en familia. Para mí, esto ha sido un tiempo extra que me han dado, y dentro de todo, lo que te puedo decir es que ahora vivo agradecido cada día que me despierto porque pudiera no estar. Creo que entre las cosas que han cambiado creo que ahora hay un Adrián más sensible.

Esta idea que trae Adrián del tiempo extra, del volver a nacer tras haber sobrevivido a la UTI, es algo que traen todas las personas entrevistadas de una manera u otra. León comentaba que nació en el Hospital Fernández hace 76 años y luego agregaba “dos veces nací ahí”, haciendo referencia a la recuperación que tuvo a partir de su internación.

Discusión

Al momento de realizar las entrevistas, entre 5 y 8 meses con posterioridad al alta de la internación de SARIP, la totalidad de las personas entrevistadas continuaban con alguna secuela que afectaba sus AVD.

Respecto a actividades básicas, las dificultades se manifestaron sobre todo en la primera etapa post internación, obstaculizando tareas como mantenerse parado, caminar, ir al baño o alimentarse. La asistencia o el apoyo necesarios se resolvieron en la totalidad de los casos mediante cuidados brindados por el núcleo cercano de familia y amigos de tres maneras: a través del grupo conviviente, mediante la mudanza post internación a hogares de familiares o vía familiares o amigos no convivientes, dando cuenta de la importancia de garantizar ciertos cuidados en el hogar frente a la situación de dependencia. Si bien esto no fue abordado con profundidad en tanto escapa a los objetivos del estudio, sí surge que la recuperación inmediata se apoyó exclusivamente en la familiarización de los cuidados necesarios.

En cuanto a tareas instrumentales, todas las personas entrevistadas contaron con dificultades luego del alta mientras que muchos aún continuaban con las mismas. Por parte de las mujeres, el aspecto más problemático que expresan es la dificultad para garantizar las actividades domésticas como cocinar, limpiar e ir al supermercado, lo cual no es mencionado por ninguno de los entrevistados varones, dando cuenta de trayectorias diferenciales según el género en cuanto al impacto del síndrome post Covid-19 en las AVD.

Otras actividades que aparecen problematizadas en este punto son la posibilidad de movilización fuera del hogar y la interacción y comunicación con otras personas, condicionado por motivos físicos y de salud mental, dentro de lo que se destaca el miedo.

En relación a las tareas avanzadas, la mayoría de las personas entrevistadas continuaban con obstáculos para su realización. La que más peso adquiere en los relatos es el regreso al empleo remunerado, presentando trayectorias diferenciales según el tipo de trabajo y las

condiciones laborales, encontrando un vacío en las políticas destinadas a esta población en tanto las alternativas para personas con discapacidad (como la pensión no contributiva o la jubilación anticipada) tienen requisitos de elegibilidad muy específicos que al menos las personas entrevistadas no cumplían, como por ejemplo, por su situación migratoria o años de aportes. Las principales facilidades para el retorno al trabajo se asocian a la adaptación de la actividad a tareas más pasivas o su realización desde el hogar, así como al hecho de tener un empleo por cuenta propia con apoyo familiar como es el caso de quienes tenían su propio comercio, lo cual les permitía continuar trabajando con menor exigencia. Por su parte, los obstaculizantes se vinculan a las condiciones de precariedad laboral y/o al hecho de realizar actividades que requieren mano de obra intensiva, como es el caso de la albañilería o el empleo doméstico. Dentro de este grupo de actividades aparecen en lugar secundario la sociabilidad y el ocio, mencionando ejemplos de ejercicio físico y viajes.

En cuanto a la experiencia de enfermedad, la percepción respecto al estado de salud está atravesada por múltiples consecuencias. Las secuelas que más aparecen son la sensación de dolor y dificultades asociadas a la salud mental, encontrándose de manera reiterativa el temor: a volver a enfermar, a salir a la calle, a realizar tareas de la vida diaria que desarrollaban previamente al episodio de Covid-19, entre otras. Aparecen, a su vez, otras manifestaciones como problemas neurocognitivos, respiratorios y motrices.

Esto genera un impacto en términos de *disrupción biográfica* en cinco sentidos: laboral, económico, habitacional, vincular y emocional. Muchos resumen que directamente todo se había modificado a partir de lo sucedido. Indagando en estos aspectos, lo laboral aparece nuevamente como central, en tanto aquellos que continúan sin poder trabajar sienten que “no hacen nada”, y esta frustración presenta un quiebre en la identidad, como parte de la *disrupción biográfica*. Lo económico y habitacional se asocia a modificaciones de tipo material en la vida de las personas, como ausencia o disminución en los ingresos y mudanzas. Lo vincular, por su parte, se relaciona con efectos de tipo interpersonal, como nuevas convivencias, mayor dependencia y fallecimiento de seres queridos a causa de la misma enfermedad, mientras que lo emocional se vincula a reflexiones más de tipo existenciales que se despertaron tras sentir la cercanía con la muerte como una nueva oportunidad que les presenta la vida.

Se concluye que los itinerarios terapéuticos desarrollados frente al síndrome post Covid-19 son diversos y desiguales, y dependen de cuestiones como la situación social, de clase, género, migratoria, entre otros aspectos de la vida de las personas. Frente al fuerte impacto que genera resulta inexorable no olvidar a aquellos que en la post pandemia sobrevivieron a la enfermedad y desarrollar políticas públicas desde una mirada integral de la salud que dé respuesta a sus necesidades actuales y garantice sus derechos.

Agradecimientos

A las personas que compartieron sus historias, y a mis compañeras del Servicio Social del Hospital Fernández, en especial a la residencia, a Laura, Luciana y Karina.

Bibliografía

- Alvarez, F.; López-Zúñiga, M.; Ruz, M. (2021). Secuelas médicas de la Covid-19. *Medicina Clínica*, 157.
- Alves, P. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho*, 1(42), 29-43.
- Bellato, R. Araújo, L.; Faria, A.; Costa, A.; Maruyama, S. (2009). Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. En R. Pinheiro y P.H. Martins, Paulo Henrique (eds.), *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* (pp. 187-194). Rio de Janeiro: UERJ-Editora Universitaria.
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, 16(53), 89-115.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company.
- González Castro A.; Garcia de Lorenzo, A.; Escudero-Acha, P.; Rodriguez-Borregan, J. (2020). Síndrome post-cuidados intensivos después de la pandemia por SARS- CoV-2. *Med Intensiva*, 44(8), 522–523.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Recoder, M. L. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH/sida en una ciudad del nordeste brasileiro. *Papeles de Trabajo*, 21, 80-98.
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado*. Madrid, IMSERSO.
- Romero Ayuso, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.

Fecha de Recepción: 15 de junio de 2023
Recibido con correcciones: 24 de septiembre de 2023
Fecha de Aceptación: 23 de octubre de 2023

Migração, saúde mental e religião como espaço de sociabilidade: O Instituto Sonhe e os imigrantes bolivianos em São Paulo/Brasil

Migration, mental health and religion as a space for sociability: The Institute Sonhe and the case of Bolivian immigrants in São Paulo/Brazil

SUZANA RAMOS COUTINHO *

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil

NELSON LUIZ NUNES DOMINGUES **

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

WAGNER LOPES SANCHEZ ***


Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil


RESUMO. O aumento dos fluxos migratórios nos últimos anos tem trazido muitos desafios para as sociedades no mundo inteiro. Nesse contexto, este artigo tem como objetivo discutir possíveis as intersecções entre Migração, Religião e Saúde Mental a partir das experiências das famílias de imigrantes bolivianos atendidos pelo Instituto Sonhe em São Paulo, Brasil. A hipótese apresentada neste trabalho é que a religião é um fator de coesão, reconhecimento e fortalecimento da identidade psicossocial, tendo como facilitador desse processo o espaço religioso oferecido no contexto do Instituto Sonhe, que funciona como ambiente de acolhimento e rede de apoio e sociabilidade, gerando, assim, um impacto positivo na saúde mental.


PALAVRAS CHAVE: religião; migração; saúde mental

ABSTRACT. The increase in migration flows in recent years has brought many challenges to societies worldwide. In this context, this paper aims to discuss possible intersections between Migration, Religion and Mental Health from the experiences of Bolivian immigrant families assisted by the Sonhe Institute in São Paulo, Brazil. The hypothesis presented in this paper is that religion is a factor of cohesion, recognition and strengthening of psychosocial identity, having as a facilitator of this process the religious space offered in the context of the Sonhe Institute, which functions as a welcoming environment and a network of support and sociability, thus generating a positive impact on mental health.

KEY WORDS: religion; migration; mental health

* Mestre em Antropologia Social e doutora em Estudos da Religião. É professora no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião (Departamento de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura da Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo). E-mail: sucoutinho@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-5629-1914>

** Doutorando em Ciência da Religião pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). E-mail: nelsonldomingues@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-4051-5151>

*** Mestre e doutor em ciências sociais. Professor no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião, Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e ITESP (Instituto São Paulo de Estudos Superiores). E-mail: wagnersanchez@uol.com.br  <https://orcid.org/0000-0002-2138-4125>

Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud, 3(2), 21–35 / ISSN 2796-7395 (impreso) / ISSN 2796-7506 (electrónico)

<https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/index>

Centro de Estudios Sociales y de la Salud - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social / Universidad Nacional de Mar del Plata.

Introdução

A relação entre migração e saúde mental é complexa e envolve fatores em diferentes níveis, como a história individual do/a migrante, a história coletiva de seu país de origem, a da sociedade de acolhimento e sua história passada mútua. Embora o cenário migratório do Brasil tenha mudado ao longo dos anos, o país tem recebido sistematicamente nos últimos vinte anos um número expressivo de imigrantes bolivianos/as.

Estudos sobre migração e saúde têm investigado o estresse associado à migração e à acomodação em um novo ambiente social, e pesquisas apontam para diferenças raciais e étnicas nas percepções de discriminação (Zainiddinov, 2016). Poucos estudos, no entanto, têm abordado o papel da religião como um componente da formação cultural nas trajetórias de vida e desfechos de saúde dessa população. Nesse contexto, este artigo buscou discutir possíveis as intersecções entre Migração, Religião e Saúde Mental a partir das experiências das famílias de imigrantes bolivianos atendidos pelo Instituto Sonhe na cidade de São Paulo, Brasil.

O número de imigrantes em nível global cresceu de modo expressivo nas últimas décadas e provocou uma série de graves transtornos sociais, políticos e econômicos que atingiram várias esferas da sociedade. Por conta dessa situação no mundo, o Banco Mundial declarou a crise dos refugiados, de maneira especial nas grandes cidades, gerando assim interesse em instituições como a ONU, que passaram a estudar o assunto com o objetivo de criar um sistema de governança mundial para migrações internacionais, além dos já existentes como a ACNUR, que fora anteriormente criado para tratar das questões e problemas relacionados à migração (Mohieldin & Ratha, 2018).

Em paralelo surge, em virtude das necessidades, um chamado para as Ciências Sociais a contribuírem com esta questão, de modo a basear-se na investigação empírica e criar soluções para os problemas que surgiram a partir da problemática da migração. Esse problema se agrava com a pandemia do coronavírus que atingiu o mundo todo, potencializando, assim, a problemática de migração e, no caso específico desta pesquisa, a região da Cracolândia e seu entorno em São Paulo, onde atua o Instituto Sonhe.

Os fluxos migratórios criaram um impacto no campo da saúde. Este campo, por sua vez, precisa ser analisado e entendido sob uma perspectiva interdisciplinar, segundo a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), que parte do princípio de que a saúde é um estado de bem-estar social. As necessidades humanas, enquanto necessidades biopsicossociais, resultam não somente de fatores biológicos como dos valores socioculturais, das relações sócio-históricas, econômicas e políticas (Fernandes, 2005). Spink (2003) defende que a doença precisa ser vista também como fenômeno coletivo, sujeito às forças da sociedade, num confronto entre o significado social e o sentido pessoal da experiência de adoecimento, considerando-se seus usos e sentidos culturalmente compartilhados (incluindo sentidos religiosos). Diante desse fenômeno coletivo, a relação entre religião, migração e saúde mental precisa ser analisada, tendo em vista o estresse associado à migração, suas diversidades e adversidades, insegurança, instabilidade, e como o acolhimento e pertencimento influenciam a sua capacidade de resolução de problemas, confiança e estima.

Visando trazer luz sobre esta articulação temática, este texto foi organizado em três partes. Na primeira parte buscamos apresentar este campo a partir de uma perspectiva teórica, oferecendo ao leitor perspectivas acadêmicas que emoldurem o debate. Na segunda parte, discutimos o tema a partir de uma perspectiva situada, contextualizando o leitor sobre o Instituto Sonhe e o perfil deste/a imigrante. A terceira e última parte vai tratar da perspectiva simbólica, onde discutimos o papel da religião e o enfrentamento de estressores associados ao processo migratório.

A metodologia escolhida foi a pesquisa qualitativa combinando entrevistas individuais com os imigrantes e com representantes do Instituto, encontro de grupo focal como os imigrantes para compartilhamento de experiências e desafios no processo migratório e observação etnográfica da atividade religiosa oferecida no Instituto, que tem uma linha confessional protestante (Batis-ta). Foram abordadas nesta pesquisa as questões religiosas ligadas ao Instituto Sonhe, sua teologia

e pressupostos e como isso influencia na vida e adaptação dos imigrantes ao contexto brasileiro. Também abordamos o impacto das trajetórias migratórias dos(as) entrevistados(as) em sua qualidade de vida e estresse, bem como o papel que a religiosidade desempenhou no enfrentamento de desafios vinculados ao processo migratório.

Perspectivas teóricas: intersecções entre religião, migração e saúde mental

Entende-se que a migração cria oportunidades, mas também traz desafios que causam estresse e afetam a saúde mental dos/as migrantes (Castañeda *et al.*, 2015). O estresse relacionado à migração é intensificado muitas vezes por experiências de marginalização e discriminação (Castañeda *et al.*, 2015; Arajo & Borrell, 2006), e a religião tem sido conceituada pela literatura da área como um fator importante que intensifica a discriminação de imigrantes (Delara, 2016). Ainda que a afiliação religiosa muitas vezes seja um fator negativo na saúde mental de imigrantes (por meio de experiências de marginalização e discriminação), muitos estudos têm apontado para o papel positivo da religião quando os/as imigrantes navegavam em um novo ambiente social (Foner & Alba, 2008). A religião cria o sentimento de pertença e participação no contexto de ajustamento (Hirschman, 2004), um importante recurso através de redes de apoio mútuo e participação em grupos e organizações (Foner & Alba, 2008). A religião também protege do estresse e das dificuldades que os/as imigrantes experimentaram em um novo lugar (Ebaugh & Chafetz, 2000) e cria oportunidades para os/as imigrantes se conectarem com a sociedade de destino (Foner & Alba, 2008).

As pesquisas que articulam as temáticas da migração, religião e saúde mental têm sido conceituadas por meio do quadro teórico do *coping* religioso. O *coping* religioso é entendido como um mediador que conecta a religiosidade e saúde mental em momentos de estresse (Pargament, 1997). O *coping* religioso funciona como um moderador que altera a relação entre estressores e saúde mental. Pesquisas entre imigrantes latinos/as, por exemplo, mostraram que o *coping* religioso desempenhou um papel importante nas experiências dos/as migrantes e mitigou o estresse de aculturação no novo ambiente social (Sanchez, 2012). Embora a estrutura de *coping* religioso esteja bem estabelecida para populações cristãs, é preciso apontar que pesquisas sobre enfrentamento religioso entre imigrantes muçulmanos/as em países ocidentais, por exemplo, apontaram evidências conflitantes sobre o papel da religião como amortecedor de estresse por meio das experiências de discriminação dos/as imigrantes (Ghaffari & Ciftci, 2010).

Pesquisas sobre imigração têm interpretado a religião dos/as imigrantes como um facilitador da integração na comunidade anfitriã (Saunders, Fiddian-Qasmiyeh & Snyder, 2016). A religião passou a ser entendida como mediadora entre os imigrantes e a sociedade, proporcionando aos/as imigrantes refúgio, recursos e respeito (Coutinho & Sanchez, 2022). O debate sobre o papel da religião nas experiências dos/as imigrantes foi conceituado como as hipóteses das “pontes” e das “barreiras” (Warner, 1997). Essa estrutura abordava os benefícios tangíveis e intangíveis da religião que promoviam a incorporação na sociedade americana (conceito de “pontes”) ou dificultavam a incorporação (conceito de “fronteiras”). Portes e Rumbaut (2006) argumentaram que a religião, ao fornecer capital social aos/as imigrantes, informou, no entanto, trajetórias de assimilação segmentada.

Giulian e Regalia (2020) apontam uma crescente produção na literatura científica que indicam múltiplas variáveis que estão correlacionadas com os processos de ajustamento social e saúde mental dos migrantes. Embora carregada de expectativas de segurança e esperança, a chegada (muitas vezes forçada) dos/as migrantes em seu respectivo país de reassentamento gera ilusão e sofrimento. Isso aguça a condição de “exílio” psicológico. Entre os fatores de risco mais frequentemente observados durante a fase de reassentamento, encontram-se a morosidade dos processos de asilo jurídico, a incerteza das condições de vida, permanências prolongadas em centros de detenção de imigrantes, o sentimento de discriminação no país de reassentamento devido à etnia ou religião, agravando a experiência dos/as migrantes que já sofreram com a opressão e a in-

justiça em seu país de origem; o acúmulo de circunstâncias estressantes, como pobreza, perda de papéis sociais e status, desemprego, isolamento social, perda de identidade e cultura, precariedade de moradia, discriminação, separação de membros da família. As autoras (Giulian & Regalia, 2020: 598) indicam que além dos estressores mencionados, a aculturação implica outras dificuldades, como o encontro com uma nova sociedade e o confronto com outros modelos culturais. Essas experiências causam estresse de aculturação, choques culturais intra e extrafamiliares (ou seja, conflitos de casal, lacunas culturais intergeracionais). Dentro da produção acadêmica já existente, as autoras apontam que os estressores pós-migração e as adversidades enfrentadas pelos/as imigrantes receberam atenção considerável. No entanto, poucos estudos consideraram o papel da resiliência e dos processos de proteção em influenciar a adaptação pós-imigração entre imigrantes (forçados) e refugiados. As autoras indicam que indivíduos e famílias migrantes enfrentam múltiplas perdas traumáticas durante a migração, mas também são capazes de conservar, usar e melhorar muitos tipos de recursos (individuais, familiares e coletivos). De acordo com esta estrutura, o impacto da transição migratória (forçada) está ligado a uma compreensão mais profunda da interação entre estressores cumulativos pré e pós-reassentamento e processos de proteção no nível individual, familiar e comunitário.

No geral, os poucos estudos quantitativos realizados com famílias refugiadas destacam a presença de recursos positivos capazes de apoiar as famílias nessa difícil fase da vida. Os recursos incluem a coesão familiar, o apoio comunitário e o apoio concedido por instituições formais, a relação com o país de origem, o investimento parental e a estabilidade da educação dos filhos (estilos parentais, apoio escolar e investimento parental), relações transnacionais e espiritualidade crenças. Quanto mais forte for a sua identidade cultural, essas famílias parecem lidar melhor com as dificuldades que encontram. A nível individual, a fé religiosa e um forte sentimento de pertença a uma comunidade religiosa desempenham um importante papel protetor à medida que os/as migrantes se instalam em novas sociedades. A identidade religiosa é uma forte característica da identidade cultural e atua como um recurso espiritual à medida que os indivíduos aceitam e processam eventos.

No cenário descrito acima, a religião e o pertencimento a uma comunidade religiosa afetam profundamente a vida das pessoas imigrantes. A reconstrução de organizações comunitárias e religiosas em seus respectivos países de reassentamento tem um impacto significativo nos processos de integração de minorias religiosas que sofreram marginalização e violência em seu país de origem. Um corpo de literatura histórico-antropológica e sociológica corrobora isso, pois visa explorar e compreender a experiência e a história das chamadas Igrejas Cristãs migrantes, também denominadas Igrejas Diaspóricas, bem estabelecidas em vários países ocidentais.

Vale lembrar que na literatura sobre migrações (forçadas ou não), por muito tempo, a religião foi considerada exclusivamente como uma categoria para identificar traumas pré-migração ligados à perseguição relacionada à religião. De fato, poucos estudos exploraram a interação entre religião e etnicidade no processo de redefinição da identidade pós-migração (Van Dijk; Botros, 2009). Essa aparente falta de pesquisa é notável, especialmente quando se considera que os grupos e instituições religiosas transnacionais constituem um recurso resiliente no apoio ao reassentamento dos membros e experiências de aculturação (Connor, 2012).

Há várias razões para o limitado interesse de pesquisa na variedade e diversidade das experiências religiosas dos grupos migrantes. A pesquisa no campo social também descreveu predominantemente pessoas imigrantes com base em sua etnia (país de origem). Por sua vez, isso priorizou o foco na identidade étnica, ao mesmo tempo em que obscurece outros componentes da identidade, negligenciando assim a importância de outras diferenças culturais, religiosas e linguísticas entre grupos migrantes do mesmo país. Pelo contrário, nos países ocidentais, a literatura científica e a pesquisa têm analisado a religião quase apenas quando esta é percebida como uma questão problemática de como as minorias imigrantes e a maioria local interagem nos países de reassentamento (Giulian & Regalia, 2020).

Embora a religião seja muitas vezes vivenciada dentro de uma comunidade, a espirituali-

dade pode ser experimentada dentro ou fora da religião, com a comunidade ou individualmente. Koenig (2009) afirma que as crenças religiosas podem fornecer um senso de significado e propósito em momentos de dificuldade; fornece uma visão de mundo otimista e modelos positivos que ajudam na aceitação do sofrimento e oferecem apoio às comunidades. A espiritualidade é importante especialmente em momentos de doença, e pesquisadores (O'Reilly, 2004) têm identificado os muitos benefícios da espiritualidade e da religiosidade, relacionando-os a um melhor enfrentamento da doença, melhor recuperação, sobrevivência e melhor saúde e qualidade de vida (Koenig, 2010)).

Pesquisadores (Delara, 2016) tem indicam que a religião e a espiritualidade são importantes para muitos imigrantes na construção do sentido da vida, em aceitar a própria doença e gerenciá-la, e em lidar com isso. Em um estudo sobre depressão entre mulheres imigrantes negras em Ontário, por exemplo (Schreiber *et al.*, 1998), descobriu-se que a religião e a espiritualidade desempenham um papel importante na aceitação e no controle da depressão. Os participantes do estudo interpretaram a depressão a partir de um contexto religioso e “entregaram seus problemas” a Deus, buscando consolo e conforto na oração; ou acreditava que Deus “deu-lhes força e fé para fazer o que precisavam fazer a fim de resolver seu problema” (Schreiber, 1998: 516). Atividades e práticas como adoração/oração, leitura espiritual, meditação e repetição dos nomes de Deus são descritas por alguns imigrantes como recursos espirituais para cuidados de saúde mental.

É importante observar que, embora haja uma relação positiva entre prática religiosa e saúde mental para diversas populações étnico-raciais, isso pode variar entre grupos culturais e por gênero. Chaze (2015) indica o trabalho de Chappell e Lai (1998), que estudaram a utilização de serviços por imigrantes chineses mais velhos na Colúmbia Britânica e descobriram que os participantes preferiam os cuidados baseados na medicina ocidental aos chineses, embora preferissem usar os serviços de médicos chineses. No entanto, aproximadamente metade dos imigrantes chineses mais velhos em seu estudo também se envolveu em cuidados tradicionais chineses ao lado da medicina ocidental. Suas descobertas sugerem que as crenças religiosas também podem ser um preditor para o uso da medicina tradicional.

Estes exemplos acima indicam áreas em relação ao papel da religião, espiritualidade e cultura no contexto da saúde mental dos imigrantes e/ou utilização de serviços. Em primeiro lugar, os imigrantes de diferentes partes do mundo podem ter concepções variadas de saúde mental e doença mental, juntamente com a aparência do tratamento de saúde mental. Em segundo lugar, espiritualidade e religião podem ser dimensões importantes da realidade e identidade de uma pessoa que os profissionais de saúde mental precisam levar em consideração. Em terceiro lugar, o estigma cultural relacionado à doença mental pode ser uma barreira à utilização dos serviços; e quarto, há necessidade de serviços linguística e culturalmente apropriados em ambientes de saúde mental.

Contexto de investigação: o ambiente social das/os imigrantes atendidos pelo Instituto Sonhe

A vida no contexto de um país estrangeiro e frequentemente distante da cultura do/a imigrante traz desafios enormes para a pessoa que migra no sentido de garantir minimamente a sobrevivência tanto material como cultural. Essa sobrevivência passa por dois eixos existenciais. O primeiro diz respeito à manutenção das redes familiares que permitem à pessoa manter os vínculos afetivos. Nesse sentido, no caso das/os imigrantes bolivianas/os que se instalam na cidade de São Paulo, uma das primeiras medidas tomadas por essas pessoas é reunificar suas famílias trazendo para o Brasil seus familiares. Depois que conseguem juntar suas economias, enviam o dinheiro para a Bolívia para que possam vir ao Brasil. É uma tentativa de restabelecer as redes familiares e, desta forma, manter os vínculos afetivos para amenizar o sofrimento da distância da sua terra de origem e da sua cultura. O segundo eixo diz respeito às redes de amizades criadas e alimentadas por festas, associações de migrantes, comunidades de vizinhança e comunidades religiosas.

É nesse segundo eixo que se localiza o trabalho desenvolvido pelo Instituto Sonhe – parte do nosso objeto de estudo – e que é um espaço de criação de redes de amizades, um espaço de solidariedade e de prestação de serviços à população imigrante boliviana da região da Cracolândia. O Instituto Sonhe é uma organização não governamental localizada na Alameda Cleveland, 484, no bairro Campos Elíseos, que é parte da região da Cracolândia. Segundo a própria Instituição, o Instituto Sonhe é “uma organização humanitária que preserva os princípios e valores morais e éticos, sem nenhuma distinção quanto a raça, cor, origem, sexo, identidades de gênero e/ou orientações sexuais, religião ou de qualquer outra natureza discriminatória ou preconceituosa” e que tem como objetivo promover “a emancipação social por meio de programas, projetos e atividades que contribuem para a convivência e fortalecimento de vínculos, formação, participação, cidadania, desenvolvimento do protagonismo e da autonomia de pessoas em situação de risco pessoal e social. Por meio de atendimento direto com ações protetivas e inclusivas destinadas aos assistidos, ampliamos seu universo cultural e social”.¹

O Instituto Sonhe, criado em 2009, nasceu como um projeto denominado Novos Sonhos, a partir do trabalho desenvolvido pela Cristolândia,² que é uma organização vinculada à Junta de Missões Nacionais (vinculada à Convenção Batista Brasileira) e está presente em diversas cidades do Brasil. Nessa época percebeu-se a necessidade de atender os familiares dos usuários/as da Cracolândia que moram na região e outras famílias pobres. Enquanto a Cristolândia tem a sua ação diretamente voltada para o atendimento da população usuária de drogas, o Instituto Sonhe tem por objetivo atender a população não usuária de drogas que vive na região da Cracolândia.

Atualmente o Instituto Sonhe é uma ONG autônoma e não tem vínculo com a Junta de Missões Nacionais ou com alguma igreja. Ele é mantido através de parcerias com empresas, com igrejas e doações de pessoas físicas. Segundo Domingues (2022), as atividades do Instituto Sonhe podem ser divididas em três núcleos: a) filhos de usuários de drogas que vivem na região; b) população da Favela do Moinho, localizada no bairro de Campos Elísios, próximo à sede do Instituto; c) população de imigrantes boliviano/as que residem na região. No caso destes dois últimos núcleos, são realizados atendimentos.

O Instituto desenvolve atividades diversas voltadas para atender às necessidades de aproximadamente 600 crianças – sendo que dessas 205 são imigrantes (Domingues, 2022: 26) –, assistidas com com reforço escolar, jiu-jitsu, balé, musicalização, canto coral, aula de violão, piano, percussão, skate, culinária e atendimento psicológico e espiritual (Domingues, 2022: 21). Além do trabalho com crianças, o Instituto realiza um trabalho de assistência social junto a famílias da religião.

Com a chegada da pandemia, o Instituto Sonhe fechou as portas – seguindo as orientações de organismos públicos de saúde – e, com isso, muitas crianças ficaram desassistidas nesse período. Com a insistência das famílias para que fossem minimamente atendidas, o Instituto passou a atender as famílias de forma emergencial fornecendo alimentação.³

A seguir, vamos examinar o contexto sócio-geográfico onde o Instituto Sonhe atua. A nossa reflexão levará em conta tanto a região da Cracolândia como a situação da população imigrante boliviana que vive nessa região e atendida pelo Instituto Sonhe.

¹ <https://institutosonhe.org/quem-somos/>

² A Cristolândia se auto define como um “programa de ressocialização que está pautado no elevado índice de drogadição do Brasil” e tem por objetivo “prestar assistência a dependentes químicos visando a ressocialização, buscando a transformação das suas vidas, para que se tornem livres da dependência química e aptos à reinserção social.” (<https://cristolandia.org.br/quem-somos/>. Acesso em 21/04/23).

³ Um exemplo da situação difícil vivida por moradores da região foi a decisão tomada pela Prefeitura do Município de São Paulo, através da Cohab (Companhia Metropolitana de São Paulo), de construir um conjunto habitacional com 700 unidades de moradias através do Programa de Parceria Público-Privada Casa Paulista. Com a construção desse conjunto habitacional, 400 famílias moradoras de imóveis da região, grande parte dele pensões, seriam desalojadas e corriam risco de irem morar na rua (<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/>. Acesso em 23/04/23).

A Cracolândia

Na cidade de São Paulo a região denominada de Cracolândia está localizada nas imediações dos seguintes logradouros: Av. Duque de Caxias, Av. Ipiranga, Av. Rio Branco, Av. Cásper Líbero, Rua Mauá, Estação Júlio Prestes, Al. Dino Bueno e Praça Princesa Isabel. O nome Cracolândia que é utilizado, de forma pejorativa, para denominar essa região vem do fato de que a maioria das pessoas que a frequentam é usuária de crack. A origem desse fenômeno pode ser localizada nos anos 1990, na região do bairro da Luz, centro da cidade São Paulo, região próxima ao que hoje é a Cracolândia.⁴ Foi nessa época que aconteceu a primeira apreensão de crack na cidade de São Paulo e, a partir daí, consumidores/as dessa droga passaram a circular na região que passou a ser também foco de traficantes que encontraram ali oportunidade para vender a droga.

Segundo o levantamento realizado pelo Lecusa (Levantamento de Cenas de Uso em Capitais do Brasil), um programa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), através de pesquisas realizadas no local, em 2021, 1.343 pessoas frequentava a região da Cracolândia. Esses dados apresentados pelo Lecusa são 125,3% superiores aos dados apresentados pela Guarda Civil Metropolitana, de São Paulo, no mesmo período, coletados com uso de drones. Segundo os dados da Guarda Civil Metropolitana, no mesmo período, 596 pessoas circulavam na Cracolândia entre usuários/as de drogas e traficantes.⁵

Os dados acima e a dimensão espacial da movimentação das pessoas na região da Cracolândia revelam a existência de um problema social e sanitário muito grave que afeta não só as pessoas atingidas pelo consumo de drogas, mas também todo o microcosmo social existente na região. Se ações desencadeadas pelo poder público, municipal e estadual, não conseguem resolver o problema existente na região, está claro que nenhuma ação pensada de forma fragmentada, tanto no que diz respeito às soluções adotadas como no que diz respeito aos/as agentes públicos atuantes no local, vai conseguir debelar o problema social que envolve essas pessoas. Ao mesmo tempo, enquanto o poder público pensar em alternativas que tenham como eixo a lógica policial, os resultados também serão precários.

Com o crescimento do número de usuários de drogas na Cracolândia, além dos problemas sociais e de saúde que impactam a vida das próprias pessoas usuárias, a região tem sofrido nos últimos anos diversas mudanças relacionadas ao aumento da insegurança, deterioração dos imóveis e da infraestrutura existente na região e a péssima qualidade dos serviços oferecidos pelo poder público.⁶

As/os imigrantes bolivianas/os atendidas/os pelo Instituto Sonhe

A cidade de São Paulo é um dos grandes polos de atração de pessoas vindas de países latino-americanos. Seja por conta da proximidade da língua seja por conta das ofertas de trabalho oferecidas por uma região metropolitana como a que circunda a cidade São Paulo. A imigração boliviana para a cidade de São Paulo teve início, na década de 1950, com a chegada de estudantes bolivianos como parte de um programa cultural Brasil-Bolívia.⁷ Foi, no entanto, a partir de 1980 que as

⁴<https://elpais.com/america-futura/2023-01-16/os-caminhos-da-cracolandia-a-maior-feira-de-drogas-do-brasil.html#:~:text=Segundo%20os%20dados%20do%20C3%BAltimo,metropolitana%20mais%20populosa%20da%20Am%C3%A9rica.> Acesso em 21/04/23

⁵<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/08/levantamento-aponta-que-numero-de-frequentadores-da-cracolandia-voltou-a-crescer-em-2021.ghtml>. Acesso em 21/04/23.

⁶ Um exemplo da situação difícil vivida por moradores da região foi a decisão tomada pela Prefeitura do Município de São Paulo, através da Cohab (Companhia Metropolitana de São Paulo), de construir um conjunto habitacional com 700 unidades de moradias através do Programa de Parceria Público-Privada Casa Paulista. Com a construção desse conjunto habitacional, 400 famílias moradoras de imóveis da região, grande parte dele pensões, seriam desalojadas e corriam risco de irem morar na rua (<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/>. Acesso em 23/04/23).

⁷ Esse programa fazia parte de Convênio Bilateral assinado por Brasil e Bolívia em 1958 e que envolvia diversos em diversas áreas tais como extração de petróleo, demarcação de limites territoriais, ferrovias, comércio e intercâmbio cultural e que foi denominado de Ata de Roboré (Fernandez, 2013: 2).

ondas migratórias de bolivianas/os se tornaram mais intensas.

Na decisão de deixar a Bolívia e vir ao Brasil os fatores econômicos são aqueles que mais pesam (Silva, 2006: 160). A maioria das/os imigrantes bolivianos saem de seu país por causa das péssimas condições de trabalho, desemprego e falta de acesso às condições de vida necessárias à sobrevivência. Para essas pessoas, a cidade de São Paulo apresenta-se como o lugar mais apropriado para realizar os seus sonhos. Ao chegarem aqui, no entanto, essas expectativas são frustradas.

De acordo com Silva, o perfil de imigrantes oriundas/os da Bolívia a partir de 1980 é constituído, na sua grande maioria, por jovens, de ambos os sexos, solteiros/as, com baixa qualificação e que são atraídos/as pelas promessas de bons salários feitas por donos de oficinas de costura (Silva, 2006: 60). Essas oficinas, localizadas normalmente nas periferias da cidade de São Paulo, abastecem o comércio de roupas localizados nos grandes centros de comércio de roupas de São Paulo (Rua 25 de Março e bairros do Brás e Bom Retiro). A vida dessas pessoas muitas vezes se dá por redes de contato que se estabelecem entre familiares e conhecidos que estão na Bolívia e pessoas que vieram ao Brasil.

Muitos estudos já mostraram as péssimas condições de trabalho vividas nessas oficinas mantidas em sua grande maioria por trabalhadoras/es bolivianas/os. Muitos são os casos de denúncia de trabalho escravo a que essas pessoas são submetidas. Às condições precárias de trabalho se juntam outras condições precárias tais como a de moradia, de saúde e de educação. No caso da moradia, essas pessoas imigrantes vão morar em favelas ou em imóveis com aluguéis mais baratos. Com a deterioração da região da Cracolândia, houve uma queda nos valores dos aluguéis dessa região e adjacências. Por isso, essa região passou a ser muito procurada por pessoas pobres e, inclusive, por imigrantes bolivianos/as.

No período de 2019 a 2022, época da pandemia do Coronavírus, e com a diminuição da atividade econômica, houve uma deterioração das condições de vida da população pobre localizadas nas regiões periféricas da cidade de São Paulo. Isso levou ao aumento da procura por imóveis na região da Cracolândia inclusive por parte da população boliviana. Olhar para a população imigrante boliviana atendida pelo Instituto Sonhe tendo como “pano de fundo” o contexto social e geográfico da Cracolândia nos permite compreender melhor os dramas pessoais vividos por essas pessoas que procuram o Brasil para realizar seus sonhos.

Essas/es imigrantes tem o desafio de conseguir as condições necessárias para viver dignamente, garantindo a sua sobrevivência, e de (re)construir a sua identidade num contexto socio-cultural muito diferente daquele de sua origem. É nesse contexto que podemos compreender os fatores estressores que estão presentes na vida das/os imigrantes bolivianas/os atendidas/os pelo Instituto Sonhe e o papel da religião e/ou de instituições religiosas na minimização do sofrimento dessas pessoas.

Apresentação de estudos de caso: o papel da religião inclusão/inserção/acolhimento de famílias bolivianas e o enfrentamento de estressores associados ao processo migratório

Neste item pretendemos compreender o contexto religioso dos/as imigrantes atendidos/as pelo Instituto Sonhe. A experiência vivida pelas/os imigrantes é suficiente para mudar seus referenciais individuais já que o contato com uma nova cultura e a necessidade em reafirmar sua identidade sempre acaba resultando em experiências novas, sejam elas positivas ou negativas (Bustamante, Brietzke & Cerqueira, 2017). No caso das/os imigrantes bolivianas/os em São Paulo, sabemos que alguns fatores específicos se agregam ou acentuam o estresse esperado pela experiência migratória em si, sendo assim aumentando o risco de doenças, sofrimento emocional e desconforto, tais como o excesso de trabalho, as poucas horas de sono, o equilíbrio psicológico sendo afetado constantemente, não só pela perda da identidade mas também pela perda da autoestima, o isolamento nas oficinas de costura que aumenta sentimentos de solidão e a invisibilidade desses

grupos na vida da metrópole, ou seja as/os imigrantes bolivianas/os tem de maneira muito contundente esses fatores presentes na sua experiência aqui no Brasil.

Na literatura revisada, postulou-se que as situações pelas quais os vários grupos de imigrantes atravessam em diferentes sociedades têm características similares, já que a migração implica na vivência de perdas no contexto familiar, no convívio com os amigos, na língua, na cultura, na casa, na posição social, no contato com o grupo étnico e religioso, e, como esta série de perdas é vivenciada. Possíveis fatores estressores na população boliviana, com impacto sobre a saúde como um luto, é acompanhada por uma maior vulnerabilidade aos transtornos mentais ou às perturbações emocionais (Bustamante, Brietzke & Cerqueira, 2017: 142).

Surpreendentemente, segundo a pesquisa feita por Bustamante, Brietzke e Cerqueira (2017) não foram encontrados dados sobre a saúde mental ou sobre a prevalência de transtornos mentais entre as/os imigrantes bolivianos. Isso nos dá um alerta, pois a *American Psychological Association* (2002) enfatiza que a perspectiva de justiça social na saúde mental é enraizada na crença de que todas as pessoas têm o direito de equidade no tratamento, à distribuição justa dos recursos da sociedade, e a uma quota na tomada de decisões. Outra questão que nos salta aos olhos diante deste descaso, é o fato de além das/os bolivianos serem o maior número de imigrantes da cidade de São Paulo, tem também uma das condições mais insalubres de vida e trabalho na cidade de São Paulo.

Em pesquisa realizada com as/os bolivianas/os em São Paulo (Baeninger, 2012), a autora relata que ficou evidente a predominância de aspectos negativos acerca desses imigrantes e suas condições de vida segundo a visão dos brasileiros. A pobreza, o sofrimento e a semiescravidão expressam o imaginário social das/os brasileiras/os frente ao grupo imigrante, e isso delimita e define o “outro negativo” e o “nós positivo”, o que revela uma concepção de estrangeiros moralmente não aceitáveis, violentos e agressivos, diferentes dos brasileiro.

Portanto, a dor da discriminação é bem real, se dá conforme os relatos em diversas esferas, desde a escola dos filhos, ao local de trabalho, geralmente a/o brasileira/o trata bem e acolhe o/a imigrante europeia/o e discrimina o imigrante que vem dos países da América Latina. Por isso precisa se tornar resiliente nessa situação (discriminação) que gera estresse e danos à saúde mental, além de atingir a autoestima.

A explicação pode ser buscada, do ponto de vista psicológico, na eficácia da religião em promover comportamentos saudáveis e restringir comportamentos nocivos; na influência da religião nos estilos de vida pessoal; na integração e apoio, favorecidos pelos atos religiosos sociais; na intensificação dos sentimentos de autoestima e de autoeficácia providos pela religião; no enfrentamento das situações estressantes num quadro de referência religioso e, possivelmente, nas alterações das conexões psiconeuroimunológicas ou neuroendócrinas que afetam os sistemas fisiológicos (Cohen & Herbert, 1996; Ellison, 1998; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002).

Em relação à religião, a imigrante boliviana ⁸Z, relata que na Bolívia a avó era de uma igreja e lia a Bíblia, entretanto não sabia qual a igreja. Chegou ao Brasil, não saía de casa a não ser para trabalho, para fazer compras e para ir ao médico. Há cerca de 9 anos, ela ia buscar leite numa missão evangélica na Cracolândia, e a partir daí começou a ter contato com as pessoas da missão que a convidaram para frequentar os cultos. Ela começou a frequentar os cultos daquela missão por um tempo, mas por conta do horário não pôde frequentar mais. Ressalta que essa convivência foi importante pois além das questões materiais, eles deram um apoio muito importante em termos espirituais. Sentiu-se acolhida, pois não saía de casa e não tinha amigos ou pessoas para conversar, passou a se abrir, e foi ajudada com conselhos e orientações. Foi lá também onde aprendeu a orar, ou seja, a pedir ajuda para Deus. Como se mudou para a proximidade do Instituto Sonhe, inscreveu suas filhas, de 12 e 6 anos, nas atividades do Instituto realizadas no contraturno da escola, ressaltando que é a única atividade que fazem fora da escola. Ela acrescenta que ela

⁸ Essa entrevista e todas as demais que são citadas neste texto foram realizadas na pesquisa de mestrado que resultou na dissertação de Domingues (2023).

e as filhas frequentam os cultos de sexta à noite no Instituto. Disse que se sente bem e acolhida, quando questionada por que não frequenta uma igreja hispânica (cultos em espanhol e frequentados em sua maioria por imigrantes), pois existem várias naquela região, disse que já foi em igrejas hispânicas, mas não se sentiu muito à vontade, pois as pessoas parecem que estão concorrendo para saber quem está melhor. Por isso, prefere frequentar grupos de brasileiros onde se sente mais acolhida. As/os imigrantes buscam, então refúgio e formas de enfrentamento para seus problemas nas redes de apoio social, tais como grupo de amigos, famílias e instituições religiosas. Deste modo, muitos grupos religiosos servem como base e apoio para a adaptação ao novo contexto social, oferecendo serviços e ofícios na língua nativa das/os imigrantes, redes de apoio, espaço de socialização e de inserção na comunidade local, atraindo muitas pessoas que se percebem em situação de vulnerabilidade no contexto migratório. Cada vez mais as pesquisas têm apontado a relevância das religiões sobre as dinâmicas migratórias, entretanto a religião não pode ser entendida neste contexto meramente como um aspecto entre outros na vida da/o imigrante; a fé da/o imigrante afeta a sua interação cotidiana com não-imigrantes, forma o futuro destes imigrantes no contexto social de destino e influencia a sociedade para além da sua própria presença em um determinado contexto social. Em outras palavras para entender mudanças sociais em sociedades compostas por imigrantes, não se pode desconsiderar a religião destes imigrantes.

Uma outra boliviana Y, relata que o Instituto é a sua segunda casa e ressalta o apoio através das atividades como o papo de mulher, onde as mulheres bolivianas se reúnem para desabafar, e trocar experiências com outras mulheres, onde ouvem conselhos e aprendem outras coisas, depois quando chega em casa, se sente mais aliviada pois tem alguém que pode escutá-la, e muitas vezes volta com outra expectativa para casa. O *Instituto Sonhe* tem uma grande importância para essas mulheres pois elas encontram suporte e ajuda na criação dos filhos, sentem segurança e amparo em deixar seus filhos no Instituto, pois são acolhidos e segundo informam, gostam de frequentar o Instituto, tanto pelo cuidado, tanto pelas atividades realizadas pelos filhos. Esse suporte é importante também pois os filhos ficam no Instituto Sonhe no contraturno da escola, ou seja, tem várias atividades e com isso ocupam a manhã e à tarde com a escola e o Instituto Sonhe, o que acaba também ajudando no trabalho delas, afinal podem dedicar o dia a costura. As mães colocaram também a importância dos valores cristãos ensinados pelo Instituto, pois são valores que prezam a vida, o respeito ao próximo, os ensinamentos para que não entrem para o caminho do álcool e das drogas.

Análise dos dados

Especialistas como Zanfrini (2020) têm indicado que a religião pode ser uma variável poderosa para compreender as escolhas e trajetórias migratórias, uma vez que influencia tanto o indivíduo (e a família), a identidade e liberdade individual (e social). Zanfrini (2020) se inspira no trabalho de Gunn (2003), que fornece uma visão multinível de definição da religião - na qual se baseiam substancialmente os procedimentos de reconhecimento de asilo, por exemplo, nos diferentes países de destino. O autor sugere itens de definição: a) religião como crença (incluindo descrença), b) a religião como identidade e c) religião como modo de vida.

É interessante observar é que, na narrativa dos migrantes, esses três itens se transformam em recursos especiais quando eles têm que lidar com sua própria experiência pessoal e coletiva. Nesta perspectiva, as afiliações religiosas afetam a decisão de migrar não apenas porque são as “causas” de violações, perseguições e discriminações, mas também porque fornecem aos migrantes o léxico para compreenderem a sua própria trajetória de vida (individual e coletiva) e, possivelmente, a sua trajetória migratória. Finalmente, são significantes poderosos para definir a si mesmo como um migrante, em grande parte independente do canal migratório efetivamente utilizado. Assim, a religião é uma crença que fornece aos migrantes a força para resistir apesar das perseguições e, possivelmente, a razão de ver a “oportunidade” de migrar.

No caso da Cracolândia - e de maneira específica para os bolivianos que lá vivem, a pandemia causou um grande problema e foi agravada em lugares onde a vulnerabilidade social é grande. O perigo do contágio do vírus, a fome, o desemprego ou subemprego, as precárias condições de moradia fizeram parte deste cenário complexo e problemático. Os bolivianos que vivem na região da Cracolândia enfrentam todas essas condições além dos próprios perigos e vulnerabilidades da própria localização onde vivem, tais como o tráfico de drogas, operações policiais violentas e o preconceito duplo, de serem bolivianos e moradores da Cracolândia.

Diante do descaso do poder público, da dificuldade de comunicação, da falta de informação sobre direitos, as organizações religiosas acabam sendo um refúgio diante de todas as adversidades, e neste caso específico, tem como papel primário servir à comunidade da Cracolândia como um todo, acolher num primeiro momento através das atividades com as crianças e adolescentes, uma mistura de brasileiros e estrangeiros, e que num segundo momento acolhe aos pais através de atividade religiosa (culto semanal). Este envolvimento através da religião gera um sentimento de acolhimento, de pertencimento, resgate da dignidade, suporte social, formação da identidade, prática de atividades como oração em momentos de estresse, diminuindo, assim, a sensação de vulnerabilidade. Buscamos sugerir neste artigo que as interações entre religião, saúde mental e migração, no contexto da Cracolândia, ocorre tendo como referência o trabalho executado pelo Instituto Sonhe, concretizando assim, por intermédio do olhar do instituto para o imigrante, o acolhimento, não só nas suas atividades corriqueiras, mas também em trabalho religioso.

Os dados apresentados através das entrevistas e dos grupos focais indicam que a religião contribui de maneira significativa para o enfrentamento do estresse migratório. A explicação desses achados pode ser buscada na eficácia da religião em promover comportamentos saudáveis e restringir comportamentos nocivos; na influência da religião nos estilos de vida pessoal; na integração e apoio, favorecidos pelos atos religiosos sociais; na intensificação dos sentimentos de autoestima e de autoeficácia providos pela religião; no enfrentamento das situações estressantes num quadro de referência religioso e, possivelmente, nas alterações das conexões psiconeuroimunológicas ou neuroendócrinas que afetam os sistemas fisiológicos. (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002).

Diante dessa realidade, e de maneira específica, o trabalho realizado pelo Instituto Sonhe tem contribuído para a Saúde mental dos imigrantes bolivianos atendidos. Conforme os próprios relatos dos imigrantes bolivianos tem demonstrado, fundamentados sobre três aspectos essenciais tanto para a prevenção quanto para a cura do estresse. O primeiro aspecto a ser levado em conta é a coesão ou acolhimento, ou seja, a pessoa não sente que está só e isso é fundamental para prevenção e tratamento do estresse, pois a religião traz consigo a questão do pertencimento. Segundo Liberal (2004), os valores grupais, os valores éticos, os valores religiosos são importantes balizas para estabelecermos nossas ações, pois estabelecem paradigmas de ação que precedem a nosso entrar em cena neste universo. Portanto, o acolhimento é um fator preponderante que a religião traz em seus valores e que no caso dos bolivianos atendidos pelo Instituto Sonhe vem a fortalecer a questão da saúde mental e que é fundamental para uma vida de melhor qualidade.

O segundo aspecto a ser levado em conta é que a prevenção de doenças psíquicas, também se dá através do espaço religioso, existem resultados positivos da religiosidade sobre o estado de saúde, e que a religião é um grande responsável pela formação de comportamentos de proteção, assim como de comportamentos que conduzem à saúde, como, por exemplo, o não uso de álcool e drogas, o cumprimento de ordens médicas e o incentivo ao exercício físico regular (Murakami & Campos, 2012). Quando o indivíduo está inserido num ambiente religioso, e segue esse estilo de vida, segundo Murakami e Campos (2012), terá menores taxas de doenças crônicas e agudas e tem níveis reduzidos de estresse, porque a religião também transmite a necessidade de a pessoa ter comportamento de moderação e conformidade e acolhimento, além de pregar atitudes positivas como a oração, que proporcionam conforto emocional, desencorajam situações de conflito, e incentivam a harmonia interpessoal.

O terceiro aspecto que destacamos está no reconhecimento de sua identidade, em si-

tuações estressantes, a religião pode proporcionar às pessoas um sentimento de pertencimento, conexão e identidade (Pargament, 2010). Podemos então destacar que o ambiente religioso, como no caso do Instituto Sonhe, contribui de maneira significativa para o alívio e prevenção do estresse pelo fato de produzir a possibilidade de o indivíduo acessar mecanismos que possam servir de suporte e apoio nesse momento, pois ali além dos fatores como oração e suporte espiritual, pode também entender que através do grupo ele pode se fortalecer.

Portanto podemos afirmar que a religião é um fator de coesão, prevenção e reconhecimento da identidade, tendo como facilitador desse processo o espaço religioso oferecido no contexto Instituto Sonhe, que funciona como ambiente de acolhimento e rede de apoio e sociabilidade, gerando, assim, um impacto positivo na saúde mental.

Considerações finais

A saúde mental das populações migrantes é uma questão relevante porque representa um desafio para os pressupostos culturais dos sistemas de bem-estar ocidentais. Questiona os valores, os princípios orientadores, as escolhas políticas e as ferramentas operacionais implementadas para tentar salvaguardar o bem-estar físico, mental e social geral de uma população potencialmente vulnerável devido aos problemas críticos que impulsionam a decisão de migrar. Este é um tema intrinsecamente complexo, pois emerge da interação entre fatores biográficos, saúde mental e migração, cujos efeitos na qualidade de vida e na identidade social das pessoas ainda são objeto de debate. As comunidades acadêmicas e o conhecimento científico desempenham papéis fundamentais na compreensão do fenômeno e na definição dos sistemas classificatórios que constituem as principais fontes legítimas para a formulação de políticas sobre saúde e estratégias de intervenção social nos níveis nacional e transnacional (Fassin & Rechtman, 2009).

A preocupação com o bem-estar psicossocial de populações minoritárias, particularmente pessoas em contexto migratório, continua a se intensificar à medida que os discursos nacionalistas e populistas se tornaram mais prevalentes na política global nos últimos anos e intensificados pela Pandemia da covid-19. A articulação política e social das atitudes populistas contemporâneas se sobrepõem e ecoam muito da retórica que tem sido historicamente empregada para considerar migrantes e imigrantes indignos de pertencimento formal. Palavras e frases como “inadequado” e “indesejável”, que muitas vezes associamos ao estado de saúde física ou mental precário de indivíduos, comunidades e sociedades inteiras, são reminiscências da linguagem usada no início do século XX contra várias populações minoritárias étnicas e religiosas. Além disso, essas construções públicas e políticas de migrantes especificamente como grupos sociais “ilegítimos” e “indesejados” têm sido utilizadas para justificar políticas e processos institucionais que excluem esses grupos e impedem sua integração social, econômica e linguística.

Pesquisadores/as há muito atendem a amplas formas de exclusão – política, econômica, social – que geram sentimentos de ansiedade, estresse e depressão entre as populações de imigrantes. Cientistas sociais, em particular, têm utilizado a noção de “vulnerabilidade estrutural” para descrever a personificação dessas dinâmicas de exclusão e como forças complexas – que vão desde a exploração econômica, marginalização política, discriminação social – levam ao sofrimento físico e emocional dos imigrantes, incluindo a internalização da indignidade individual e coletiva (Haines, 2013). Outros usaram o enquadramento de “abjetividade” para descrever os sentimentos, pensamentos e emoções de inutilidade e precariedade que acompanham as experiências dos imigrantes de não pertencimento, xenofobia e marginalização social (Gonzales & Chavez, 2012). Essas amplas formas de exclusão, quando encontradas ao longo meses ou anos, muitas vezes pressagiam uma série de consequências emocionais e psicossociais (Sangaramoorthy, 2019).

Para entender melhor esses desafios complexos, pesquisadores começaram a explorar os aspectos relacionais do bem-estar psicossocial conforme ele é negociado entre os imigrantes e os vários atores sociais que eles encontram. Para muitos migrantes, a partida, a jornada e a chegada

são experiências precárias e tensas. Eles lidam com novos sentimentos de alienação e ansiedade, perda e saudade, alívio e otimismo. Eles trabalham para estabelecer novas comunidades e laços interculturais e se ancorar com os recursos à sua disposição, incluindo suas crenças, culturas e culinárias. Eles trabalham para sustentar os membros da família deixados para trás, enviando remessas que sustentam não apenas as unidades familiares, mas também as economias dos países de baixa e média renda. Eles também lutam contra novas linguagens, normas nacionais, categorias raciais e étnicas e discursos de cidadania que frequentemente os colocam como “os outros”.

Neste sentido, as pesquisas no âmbito dos estudos da religião têm demonstrado a importância da religião como instrumento de sociabilidade. Nessa perspectiva, a religião é espaço que favorece a criação de vínculos sociais e afetivos que permitem às pessoas localizarem-se no mundo e no grupo onde estão inseridas. A problematização da relação entre pessoas imigrantes e religião tem reforçado a ideia do potencial de sociabilidade da religião. Quando pessoas imigrantes se veem inseridas numa realidade estranha, elas se deparam com o desafio de construir novas relações sociais que deem a elas o mínimo de sustentação afetiva para (re) construir a sua identidade cultural num novo contexto. Esse desafio de (re) reconstruir a sua identidade cultural num novo contexto afeta, obviamente, a vida da pessoa imigrante tanto do ponto de vista existencial como do ponto da sua saúde mental.

Este texto procurou demonstrar, a partir de um estudo de caso – as/os imigrantes atendidos pelo Instituto Sonhe, no centro da cidade de São Paulo –, como a trajetória migratória afeta diretamente a sobrevivência da pessoa e a sua saúde mental. Os depoimentos coletados e apresentados neste texto revelam diversos aspectos da importância do espaço religioso para pessoas imigrantes:

- 1º a religião é um espaço privilegiado de sociabilidade para pessoas imigrantes e dá a elas, inclusive, a possibilidade de construir redes sociais para aumentarem as suas relações na sociedade onde estão incluídas;
- 2º a religião contribui para que pessoas imigrantes possam reconstruir a sua identidade cultural e assim sentirem-se mais seguras numa realidade frequentemente adversa, e
- 3º os espaços religiosos podem contribuir para que as pessoas adquiram o equilíbrio mental necessário para organizarem as suas vidas de forma digna. O acolhimento, a experiência da vida em grupo e a coesão permitem às pessoas sentirem-se mais seguras em contextos de insegurança, de violência e de medo.

A religião, enfim, quando pensada como “estratégia” para que as pessoas imigrantes possam inserir-se, localizar-se e viver melhor em realidades estranhas, tem um grande potencial para tornar essas pessoas mais equilibradas e felizes. De outro lado, os estudos de religião, quando se voltam para compreender as relações entre religião e migração, podem contribuir de forma decisiva com a compreensão do papel da religião na construção do equilíbrio mental das pessoas imigrantes.

Bibliografia

- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Arajo, B. & Borrel, L. (2006). Understanding the Link between Discrimination, Mental Health Outcomes, and Life Chances Among Latinos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 28(2), 245-266.
- Baeninger, R. (2012). *Imigração Boliviana no Brasil*, Núcleo de Estudos da população-Nepo Unicamp, Fapesp; CNPq; Infpa, Campinas.
- Bustamante, L; Brietzke, E. & Cerqueira, R. (2017) Estresse e Migração um olhar a partir da imigração boliviana em São Paulo. *Travessia revista do migrante*, 80.
- Castañeda, H.; Holmes, S. M.; Madrigal, D. S.; Young, M. E.; Beyeler N. & Quesada, J. (2015).

- Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health* 36, 1–18. 375-92. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419
- Chappell, N. L. & LAI, D. W. L. (1998). Healthcare service use by Chinese seniors in British Columbia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13(1), 21-37.
- Chaze, F.; Thomson, M. S. & Guruge, S. (2015). Role of Cultural Beliefs, Religion, and Spirituality in Mental Health and/or Service Utilization among Immigrants in Canada: A Scoping Review. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 34, 3, 87–101.
- Cohen, S. & Hebert, T.B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47- 113-142.
- Connor, P. (2001). Balm for The Soul: Immigrant Religion and Emotional Well-Being. In: *International Migration*, 50 (2), 130-157.
- Coutinho, S. R. & Sanchez, W. L. (2021). O pluralismo religioso e as religiões em movimento. *Revista De Cultura Teológica*, 1, 256-275.
- Coutinho, S. R. (2022). Perspectivas teóricas sobre mobilidade e religião. *REVER: Revista De Estudos Da Religião*, 22, 11-24.
- Delara, M. (2016). Social Determinants of Immigrant Women’s Mental Health. *Advances in Public Health*. Article ID 9730162, 11 pages, <https://doi.org/10.1155/2016/9730162>
- Domingues, N. L. N. (2023). *Religião, Migração e Saúde Mental*: Uma investigação a partir do trabalho realizado pelo "Instituto Sonhe" com famílias de imigrantes bolivianos em São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUCSP.
- Ebaugh, H. & Chafetz, J. S. (2000). *Religion and the New Immigrants: Continuities and Adaptation in Immigrant Congregations*. Walnut Creek, CA: Altamira.
- Ellison, C. G.(1998). Introduction to Symposium on Religion, Health and Well-Being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4), 692-694 .
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2009). *Empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton University Press.
- Fernandes, M. I. A. (2005). *Negatividade e vínculo: a mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandez, C. C. (2013). Bolivianas: histórias de vida, trabalho e tradições em São Paulo. *Anais do Simpósio Nacional de História*. ANPUH, 1-9.
- Foner, N. & Alba, R. (2008). Immigrant Religion in the U.S. and Western Europe: Bridge or Barrier to Inclusion” *IMR*, 42(2), 360–392.
- Ghaffari, A. & Ciftci, A. (2010). Religiosity and Self-Esteem of Muslim Immigrants to the United States: The Moderating Role of Perceived Discrimination. *The International Journal for the Psychology of Religion* 20(1), 14-25.
- Giulian, C. & Regalia, C. Religious Belonging and (Forced) Migration: a Study on Migrant Coptic Families in Italy. In: ZANFRINI, L. (ed). *Migrants and Religion: Paths, Issues, and Lenses*. London: Brill, 2020.
- Gonzales, R. G. & Chavez, L. “Awakening to a nightmare”: Abjectivity and illegality in the lives of undocumented 1.5-generation Latino immigrants in the United States. *Current Anthropology* 53(3),255–81.
- Gunn, T.J. (2003). The Complexity of Religion and the Definition of “Religion” in International Law. *Harvard Human Rights Journal*, 16, 189–215.
- Hirschman, C. (2004). The Role of Religion in the Origins and Adaptation of Immigrant Groups in the United States. *International Migration Review*, 28, 1206–34.
- Haines, D. (2013). Migration, policy, and anthropology. *International Migration* 51(2), 77–89.
- Kiecout-Glaser, J. K.; McGuire, L.; Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review Psychology*, 53, 83-107. Doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135217
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian*

- Journal of Psychiatry*, 54(5), 283–291.
- Liberal, M. (2004). Religião, Identidade e Sentido de Pertencimento. *VIII Congresso Luso-Afro brasileiro de ciências sociais*. Portugal.
- Machado, J. (2021). Entrevista ao Ecoa Uol em 21/07/2021. .
- Mohieldin, M. & Ratha, D. (2018). Global Compact on Migration. *Blog World Bank*. .
- Murakami, R. & Campos, C. (2012). Religião e Saúde Mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65.
- O'Reilly, M. L. (2004). Spirituality and mental health clients. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(7), 44–53.
- Pargament, K.; Smith, B.; Koenig, H. & Perez, L. (1997). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Pargament, K.I. (2010). Religion and Coping: The Current State of Knowledge. En S. Folkman (ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 269-288), Oxford: Oxford University Press.
- Portewar, A. & Rumbaut, R. (2006). *Immigrant America: A Portrait*. 2nd. Berkeley: University California Press.
- Sanchez, M.; Dillon, F.; Ruffin, B. & De La Rosa, M. (2012). The Influence of Religious Coping on the Acculturative Stress of Recent Latino Immigrants. *In: J Ethn Cult Divers Soc Work*, 21(3).
- Sangaramoorthy, T. (2019). Liminal living: Everyday injury, disability, and instability among migrant Mexican women in Maryland's seafood industry. *Medical Anthropology Quarterly*, 33(4):557–78.
- Saunders, J.; Fiddian-Qasmiyeh, E. & Snyder, S. (eds).(2016). *Intersections of Religion and Migration: Issues at the Global Crossroads*. New York: Palgrave MacMillan.
- Schreiber, R.; Stern, P. N. & Wilson, C. (1998). The contexts for managing depression and its stigma among black West Indian Canadian women. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 510–517.
- Silva, S. A. (2006). Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos Avançados*, 20 (57), 157-170.
- Spink M. J.; Figueiredo, P. & Brasilino, J. (orgs.) (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentimentos*. Petrópolis: Vozes.
- Warner, S. (1997). Religion, Boundaries, and Bridges. *Sociology of Religion*, 58, 217–239.
- Zainiddinov, H. (2016). Racial and ethnic differences in perceptions of discrimination among Muslim Americans. *Ethnic and Racial Studies*, 39(15), 2701–272.
- Zanfrini, L. (ed.) (2020). *Migrants and Religion: Paths, Issues, and Lenses A Multi-disciplinary and Multi-sited Study on the Role of Religious Belongings in Migratory and Integration Processes*. Brill: Netherlands.

Fecha de Recepción: 29 de abril de 2023

Recibido con correcciones: 15 de julio de 2023

Fecha de Aceptación: 28 de agosto de 2023

Controversias sociotécnicas en torno al agronegocio.

El caso de la Audiencia Pública de Río Cuarto en el año 2013¹

*Sociotechnical controversies around agribusiness.
The case of the Public Audience of Río Cuarto in 2013*

NICOLÁS FORLANI *

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Río Cuarto,
Argentina

RESUMEN. La expansión y consolidación de la lógica de agronegocio en la Argentina contemporánea se explica, entre otros factores, por la incidencia de discursos científicos en torno a la inocuidad y necesidad de adoptar en gran escala el paquete tecnológico de la agricultura moderna. Sin embargo, en lo que va de este siglo, distintos actores portadores de saberes académicos y plebeyos vienen impugnando la territorialidad inmanente al modelo agrícola en cuestión. Las controversias sociotécnicas resultantes son aquí analizadas a los efectos de identificar los lenguajes de valoración del ambiente que se disputan la interpretación de los impactos del modelo productivo así como las acciones territoriales que se legitiman/deslegitiman en el curso de las disputas por (re)definir usos y apropiaciones de los territorios. A tales efectos realizamos un estudio de caso de significativo valor hermenéutico conforme a la pluralidad de actores/actrices participantes y del territorio en el que la misma tuvo lugar-tiempo: la audiencia pública convocada por el Concejo Deliberante de la ciudad de Río Cuarto (año 2013) en pos de conocer la opinión de la ciudadanía y de las instituciones públicas/privadas vinculadas a la problemática sobre el modelo productivo agrícola actual.

PALABRAS CLAVE: controversias sociotécnicas; lenguajes de valoración; acción territorial; agronegocio; Río Cuarto

ABSTRACT. The expansion and consolidation of the logic of agribusiness in contemporary Argentina is explained, among other factors, by the incidence of scientific discourses around safety and the need to adopt the technological package of modern agriculture on a large scale. However, so far this century, different actors carrying academic and plebeian knowledge have been challenging the immanent territoriality of the agricultural model in question. The resulting sociotechnical controversies are analyzed here in order to identify the languages of environmental valuation that dispute the interpretation of the impacts of the productive model as well as the territorial actions that are legitimized/delegitimized in the course of the disputes to (re)defined uses and appropriations of the territories. For this purpose, we carried out a case study of significant hermeneutical value according to the plurality of participating actors and the territory in which it took place-time: the public hearing convened by the Deliberative Council of the city of Río Cuarto (year 2013), in order to know the opinion of citizens and public/private institutions linked to the problem of the current agricultural production model.

KEY WORDS: sociotechnical controversies; valuation languages; territorial action; agribusiness; Río Cuarto

* Licenciado en Ciencia Política (Universidad Nacional de Río Cuarto) y Doctor en Estudios Sociales de América Latina (Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba). Docente en la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC) e Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

E-mail: forlani.nicolas@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-3890-4967>

¹ El presente artículo recupera y actualiza resultados de una investigación mayor realizada por el autor en el marco de su tesis doctoral.

Introducción

El proceso de modernización agrícola registrado desde el último cuarto del siglo XX a nivel global se asienta en la centralidad que han adquirido sobre la producción primaria la ciencia, la tecnología y la información (Santos, 2000; Maldonado *et al.*, 2017). El modelo productivo resultante, esto es, el agronegocio, se configura como una lógica productiva que más allá de sus variantes nacionales se caracteriza por: la transectorialidad, la priorización de las necesidades del consumidor global; la intensificación del papel del capital en los procesos productivos; la estandarización de las tecnologías utilizadas, con una intensificación en el uso de insumos de origen industrial y la generación de tecnologías basadas en la transgénesis; y el acaparamiento de tierras para la producción en gran escala (Gras y Hernández, 2013).

Argentina constituye uno de los territorios emblemáticos en lo que atañe a la expansión y consolidación del modelo agrícola en cuestión (Basualdo *et al.*, 2013). En este país, aunque es desde la década 1970 que se advierte un proceso de modernización agrícola, es especialmente durante la década de 1990 con la desregulación de la actividad agropecuaria y la aprobación de semillas modificadas genéticamente, que la agricultura bajo el paquete tecnológico² se consolida como dominante (Giarracca y Teubal, 2010).

A propósito de lo señalado, Hernández (2017) advierte que la adopción masiva de cultivos modificados genéticamente, agroquímicos y software de gestión empresarial se dio en muy pocos años y sin concitar mayores controversias o debates públicos. Según visualizamos esto puede comprenderse reparando en la labor de construcción de hegemonía que los actores globales y locales beneficiarios en primera instancia del modelo productivo agrícola desarrollaron en el país.

En esta línea, uno de los dispositivos que han coadyuvado en la legitimación del modelo lo ha constituido la labor científica. En tanto esta lógica agrícola ha logrado su expansión y consolidación a nivel global y, por añadidura en Argentina, entre otros factores, por la incidencia de discursos científicos en torno a la inocuidad y necesidad de adoptar en gran escala el paquete tecnológico de la agricultura moderna. Profundizando, ha sido el desarrollo desde las últimas décadas del siglo XX de las biotecnologías (entre ellas la biología molecular y la ingeniería genética), las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y las ciencias de las finanzas y el marketing, las que convirtieron la labor agropecuaria en un verdadero campo de desarrollo científico-industrial. Tal como expone Hernández (2017): “el papel del conocimiento se observa, por un lado, en la contribución de las innovaciones en el incremento de la productividad y, por el otro, en el cambio de estatus jurídico, pasando de bien público a bien privado” (Hernández, 2017: 33, traducción propia).

A su vez, la referida mercantilización/apropiación privada del conocimiento científico se resignifica a partir de las múltiples iniciativas de los empresarios del agronegocio por penetrar en las universidades (en tanto instituciones emblemáticas en la producción de conocimientos científicos) con el objeto de formar mano de obra calificada y disponer de intelectuales orgánicos para reproducir y consolidar el paradigma agrícola en cuestión (Liaudat, 2018). Búsqueda ésta que se corresponde con la socialmente legitimada capacidad de la ciencia de definir un paradigma tecnológico que establece qué va a ser un problema (y qué no) y el abanico de soluciones posibles.

Sin embargo, interesa observar que en el país con el correr de los años del siglo en curso se registra también una acumulación de estudios científicos que alertan respecto de los impactos socioambientales del modelo de agronegocios. Aunque subalternizados, al interior de los organismos de investigación y de las instituciones superiores de enseñanza, se fueron produciendo

² “(...) [paquete] en tanto se basan en un conjunto de tecnologías concatenadas e implicadas las unas con las otras: la semilla transgénica con cierto agroquímico, un tipo de siembra (la siembra directa), de organización laboral, de gestión, etc.” (Gras y Hernández, 2013:29).

conocimientos que problematizaron las denominadas “externalidades” del modelo agrícola.³ A los estudios pioneros de laboratorio del ex investigador del CONICET Andrés Carrasco (año 2009) y del grupo de Genotoxicidad de la UNRC⁴ que alertaban sobre posibles asociaciones entre agroquímicos y malformaciones/agroquímicos y alteraciones genéticas, se sumaron las investigaciones epidemiológicas de Damián Verzeñassi en 2010 (fuente: OLCA, 7/11/2012) que registraban una multiplicidad de patologías en las comunidades expuestas a los insumos agrícolas. Asimismo desde las ciencias sociales se fueron multiplicando los abordajes críticos respecto de la dinámica del agronegocio, significada ésta como lógica neo-extractiva (Svampa, 2013), cuyos impactos negativos en los territorios se reflejaron en una multiplicidad de ámbitos (Giarraca y Teubal, 2010).

Esta somera referencia/constatación de voces críticas al interior de la ciencia respecto de una agricultura fundada y reproducida a partir de saberes científicos evidencia la existencia de controversias científicas en torno al agronegocio, es decir, discrepancias entre académicos respecto de esta lógica productiva. Sin embargo lo que la conflictividad socioambiental emergente en la argentina contemporánea revela, es que tales discrepancias no solo incluyen a científicos sino también a una pluralidad de actores sociales que están en desacuerdo frente a la continuidad o agregación de contenidos inherentes al agronegocio. Incluso más, la experiencia colectiva emblemática que hizo de los impactos sanitarios de los agroquímicos un problema de alcance público lo fue la lucha de Madres de Ituzaingó. Este colectivo socioambiental, conformado en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba, logró tras más de diez años de denunciar los impactos sanitarios derivados de la exposición a las pulverizaciones con agroquímicos el primer juicio oral y público de la historia Argentina por fumigación con agroquímicos cerca de poblaciones urbanas (Página 12, 11/06/2012).

Precisamente Skill y Grinberg (2013) divisan en la publicitación de los estudios del referido científico Andrés Carrasco y en la movilización del colectivo Madres de Ituzaingó, dos referencias centrales para comprender la creación en el año 2009 de una comisión de investigación para estudiar los efectos del herbicida glifosato en la salud humana por parte del gobierno nacional argentino. A partir del análisis de las controversias sociotécnicas suscitadas por las fumigaciones con glifosato, los investigadores citados van a distinguir dos tipos ideales de construcción social del riesgo en torno al herbicida en cuestión. Una *postura pragmática* en la que “(...) los agroquímicos son considerados un insumo productivo, no un riesgo. Por lo que si son utilizados adecuadamente, no deberían causar daños sobre la salud de las personas ni el ambiente” (2013:109), y otra *precautoria*, desde donde se denuncia que “existe suficiente evidencia de que los agroquímicos utilizados en las fumigaciones representan un riesgo para la salud humana y el ambiente” (2013:101).

Esta distancia abismal acerca de la percepción social del riesgo, no obstante no se ha limitado al herbicida glifosato. Lo que los múltiples conflictos socioambientales configurados en este siglo XXI en distintas localidades emplazadas en las áreas de producción agrícola revela es que los desacuerdos se extienden frente a la continuidad y agregación de diversos contenidos inherentes al agronegocio: centros de acopio y almacenaje de agroquímicos, estaciones y plantas experimentales de semillas, agroindustrias, avance de la frontera agrícola, etc.

¿Cómo se comprende la emergencia de una conflictividad socioambiental en torno al agronegocio? Desde la sociología pragmática de los problemas públicos advertimos que no basta la

³ El régimen de normalidad (Merlinsky, 2021) o construcción de sentido común asociado al modelo agrícola hegemónico minimiza los impactos ambientales de la lógica del agronegocio, calificando a éstos como meras “externalidades”, es decir, costos externos provocados por la actividad pasibles de ser resueltos con mecanismos de mercado (compensación económica por los daños) y/o mediante la introducción de nuevos dispositivos tecnológicos.

⁴ El Grupo de Estudios de Genotoxicidad de la Universidad Nacional de Río Cuarto investiga desde 2006 las consecuencias de la exposición a agroquímicos sobre la salud de las personas y animales de experimentación. El año 2012 advirtieron que las personas expuestas a agroquímicos tienen un daño genético incrementado (...) (UNRC, 2012:s.n.).

existencia de ciertas condiciones objetivas (por caso la contaminación ambiental que provocan los agroquímicos) para que emerjan problemas públicos, sino que necesariamente ha tenido que mediar una experiencia intersubjetiva que ha construido formas críticas de *ver, decir y hacer*⁵ frente a los impactos de la agricultura moderna. Expresado en otros términos, las resistencias urbanas frente al agronegocio no serían un resultado necesario o predeterminado conforme a la dinámica productiva, sino por el contrario producto de una experiencia colectiva de problematización del modelo agrícola que, tal como referimos, articula distintos saberes y experiencias académicas-científicas y plebeyas-populares.

Ahora bien, conforme a la configuración de un movimiento de justicia ambiental que hace de la defensa del ambiente el locus de su acción colectiva contestataria frente el agronegocio, y reconociendo que estamos ante una lógica productiva globalizada que no puede prescindir de anclajes en los territorios para reproducir la acumulación de capital, es que consideramos una labor investigativa pertinente profundizar los conocimientos acerca de las controversias sociotécnicas emergentes. Esto nos permitirá identificar tanto los distintos lenguajes de valoración del ambiente de los actores y actrices en litigio, como las acciones territoriales que se legitiman o desacreditan respecto de los usos de los territorios.

Consideraciones teórico-metodológicas

Controversias sociotécnicas, lenguajes de valoración y acciones territoriales

Las controversias sociotécnicas o discrepancias que se producen al interior de la academia y entre portadores de saberes científicos y populares (Merlinsky, 2017), en nuestro caso, en torno al agronegocio, constituye un campo fructífero para divisar las diferentes representaciones o *lenguajes de valoración del ambiente* así como las *acciones territoriales* que se legitiman/deslegitiman respecto de los usos del territorio.

La noción de lenguajes de valoración es aquí recuperada desde la ecología política para referirnos a las distintas representaciones que sobre el ambiente construyen los distintos actores sociales (entre otras el ambiente como recurso económico, bien común, fuente de espiritualidad) (Martínez Alier, 2008). Al respecto, Martínez Alier (2017) reconoce tres corrientes al interior del ecologismo: aquellos que propician el “culto de la vida silvestre” (preservación del ambiente natural), los que pregonan “el evangelio de la eco-eficiencia” (solución o mitigación de impactos ambientales a partir de la modernización tecnológica); y “el ecologismo de los pobres o ecologismo popular” (en la que la defensa de la naturaleza por parte de las comunidades hace a su propio sustento de vida). Esta clasificación tiene un paralelo con la propuesta de Acselard (2010) quien advierte que, frente a los discursos ambientales centrados en la conservación (conservacionismo) y en la modernización ecológica (adopción de tecnologías para mitigar impactos ambientales de las lógicas productivas), el reclamo de justicia ambiental se inscribe como “un ecologismo combativo” en el que el ambiente pasa a integrar las cuestiones pertinentes a la “cultura de los derechos”.

Desde las perspectivas relacionales del territorio⁶ tales discursos en torno a lo ambiental, importa asentar, se materializan en formas diferenciales de uso y apropiación de los territorios.⁷ Es decir,

⁵ Al decir de uno de los exponentes de la sociología pragmática de los problemas públicos, la experiencia colectiva de problematización de una situación es la que configura un campo experiencial con “formas de ver, decir y hacer sentido común” (Cefaï, 2017:192).

⁶ Nos referimos aquí a un corpus teórico que reúne a distintos pensadores (entre otros: Doreen Massey, Rogelio Haesbaert, Milton Santos, María Laura Silveira) que comparten una visión constructivista del territorio, es decir, como resultado de relaciones de poder que se ejercen en múltiples escalas, desde lo ínfimo de lo local hasta lo extenso de lo global. Aquí el espacio geográfico no es un dato inmutable ni un escenario en el que transcurre la dinámica social sino un componente intrínseco en la identidad de las fuerzas políticas en pugna que apuntan a fijar determinados modos de uso y apropiación de los territorios.

⁷ En términos de Haesbaert el territorio, mejor aún la territorialización, refiere a “un proceso de dominio (político-económico) o de apropiación (simbólica cultural) del espacio por los grupos humanos, en un complejo y variado ejercicio de poderes” (2011:16).

las representaciones del ambiente se enlazan en *acciones territoriales* concebidas como “(...) iniciativas capaces de organizar y transformar un territorio (Sili, 2018: 17). Siguiendo a este geógrafo, la “acción territorial” es un proceso inherentemente complejo puesto que en ella convergen la memoria y las estructuras físicas heredadas (pasado), las condiciones de contexto actuales (presente) y las imágenes y representaciones que los distintos actores sociales tienen respecto a la sociedad deseable (futuro). Como el propio Sili (2018) aclara, la conflictividad sobre los modos de uso de los territorios se comprende existiendo al interior de una misma sociedad diferentes valoraciones sobre los usos heredados de los territorios y múltiples intenciones e iniciativas en torno al porvenir.

Estudio de caso y análisis del discurso

En pos de profundizar el estudio de las controversias sociotécnicas en torno al agronegocio analizamos la Audiencia Pública desarrollada en la ciudad de Río Cuarto en el año 2013, convocada para “(...) *debatir sobre el modelo productivo agrícola actual* en el marco del ordenamiento del nuevo territorio anexado al ejido municipal y el plan de metas 2020 en las zonas agropecuarias 1 y 2 (Fuente: Concejo Deliberante de Río Cuarto, resolución N° 418/13).

Esta Audiencia Pública, según pasaremos a precisar, “puede ser presentada metodológicamente” (Menna, 2013:74) como un caso instrumental,⁸ en tanto su abordaje permite a la vez que un conocimiento específico de las discrepancias existentes en la ciudad de Río cuarto, una comprensión mayor de las controversias sociotécnicas. Esto último habida cuenta la trascendencia sociohistórica de la convocatoria en cuestión, pues además de ser la primera audiencia abierta a la participación de la ciudadanía (convocada por un municipio en Argentina) para debatir los impactos sanitarios-ambientales del modelo productivo agrícola hegemónico, contó con la participación de un abanico amplio de representaciones sociales, empresariales e institucionales de alcance local, provincial e, incluso, nacional.

Entre los más de 60 oradores destacamos la presencia de: la Sociedad Rural de Río Cuarto; el Grupo CREA (Asociación civil que nuclea a empresarios del agronegocio), la Confederación de Asociaciones Rurales de la Tercera Zona (CARTEZ, integra la Confederaciones Rurales Argentina), la Cámara de Empresas Agroaéreas de Córdoba; el Colegio de Ing. Agrónomos del Sur de Córdoba; la Mesa de Buenas Prácticas Agrícolas; el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentos del Gobierno de Córdoba, el Observatorio de Conflictos Socioambientales de la Universidad Nacional de Río Cuarto; la Asamblea Río Cuarto Sin agrotóxicos; el colectivo Madres de Barrio Ituzaingó; la Fundación para la Defensa del Medio Ambiente; la Red de Médicos de pueblos fumigados; el colectivo Paren de Fumigar.

Para el estudio de las intervenciones registradas en la audiencia recurrimos al análisis del discurso como método central (Howarth, 2005).⁹ La atención estuvo puesta en restituir los principales asuntos de controversia en pos de identificar las valoraciones de los actores y actrices respecto de los usos pasados y presente de los territorios así como las expectativas con relación a la producción agrícola en el futuro.

Finalmente, atendiendo a que las intervenciones en la Audiencia no acontecieron en el vacío y dado “(...) que todos los objetos y prácticas tienen un significado, y que los significados sociales son contextuales, relacionales y contingentes” (Howarth, 2005: 39),¹⁰ es que primeramente proce-

⁸ Siguiendo a Jiménez Chaves y Comet Weiler, el carácter instrumental del caso se resume en que: “Son casos que pretenden generalizar a partir de un conjunto de situaciones específicas. El caso se examina para profundizar en un tema o afinar una teoría, de tal modo que el caso juega un papel secundario, de apoyo, para llegar a la formulación de afirmaciones sobre el objeto de estudio” (2016:7).

⁹ Específicamente, para el abordaje de las intervenciones registradas en la Audiencia, procederemos en clave hermenéutica en torno a tres dimensiones interpretativas: “el análisis de significados en los textos (semántica); el rol de la retórica para alcanzar ciertos efectos; y la construcción y rol de la subjetividad (pragmática)” (Howarth, 2005: 76).

¹⁰ Añadimos específicamente que para el estudio de las controversias sociotécnicas, Torres González y Echagüe (2022), señalan que el registro del contexto social, político, cultural y económico en que se desarrollan tales discrepancias resulta clave para comprender la configuración de éstas, así como la naturaleza y participación de sus actores.

demos a caracterizar, en clave sociohistórica, la configuración socioterritorial de la ciudad de Río Cuarto.

Resistencias al modelo en la “ciudad del agronegocio”

Río Cuarto, histórica ciudad pampeana (Hernández y Carbonari, 2012), al calor de la modernización agrícola devino en una “ciudad del agronegocio” conforme a la funcionalidad que este espacio urbano adquirió de cara a la reproducción del modelo hegemónico de producción.¹¹ Esto reflejado en la existencia de múltiples centros de comercialización de insumos para el agro (paquete tecnológico de la agricultura moderna), en la infraestructura disponible (carreteras, comunicaciones ferroviarias, hoteles, hipermercados), en los servicios bancarios (servicios financieros) y en la extensa red de asistencia técnica-tecnológica y de legitimación simbólica del modelo (centros de formación e investigación públicos y privados; eventos socio-empresariales) vigentes en la ciudad.¹²

Sin embargo, a pesar de la hegemonía del agronegocio, en este espacio urbano se gestó una experiencia colectiva en resistencia a la lógica productiva en cuestión. Según hemos analizado en otras oportunidades (Forlani, 2014 y 2021) a las inicialmente dispersas denuncias públicas de habitantes de la periferia de la ciudad por los impactos sanitarios de las fumigaciones periurbanas (años 2007-2009), se sumó en el año 2010 una charla debate “¿Somos una ciudad fumigada?”.¹³ En el año 2012, el espacio colectivo en formación “vecinos por un Río Cuarto Sin Agrotóxicos” impulsó concentraciones en la plaza central de la ciudad en apoyo a las *Madres de Ituzaingó* en vísperas del juicio histórico por las fumigaciones con agroquímico. No obstante, el epicentro del conflicto en la localidad en torno al modelo productivo se desencadenó conforme al rumor (fines de 2012) y posterior confirmación (año 2013) de la construcción de una estación experimental de la multinacional Monsanto en la localidad.¹⁴ La escalada contenciosa respecto de la iniciativa de Monsanto incluyó un temprano posicionamiento público del Consejo Superior (CS) de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC) en rechazo a su instalación.¹⁵ En tanto, el año 2013, estuvo signado por una multiplicidad de acciones colectivas protagonizadas por Río Cuarto Sin Agrotóxicos, espacio éste que para ese entonces ya oficiaba como un movimiento social plenamente constituido.¹⁶ Una de las acciones directas fue una concentración realizada en las inmediaciones del palacio municipal demandando el recibimiento del intendente en pos de obtener

¹¹ Ciudad de agronegocios es una expresión acuñada por Elias y Pequeno (2007) para designar aquellos espacios urbanos cuya función de satisfacer las demandas del agronegocio globalizado son hegemónicas sobre las demás funciones.

¹² Para un abordaje exhaustivo acerca de la configuración de Río Cuarto como ciudad del agronegocio ver: Finola y Maldonado (2017), Forlani (2021).

¹³ De la actividad participaron docentes e investigadores de la UNRC (entre ellos el grupo de Genotoxicidad de la UNRC), integrantes del colectivo Paren de Fumigar, vecinos afectados por las fumigaciones periurbanas y algunas organizaciones vecinales (B° Jardín Norte, barrio periférico de la ciudad en contacto directo con campos en los que se utilizaba el paquete tecnológico del agronegocio) y socioambientales como Wichan Ranquen (espacio que brega por la defensa del monte nativo). Los promotores de esta actividad fueron ciudadanos no necesariamente residentes en las periferias de la ciudad (es decir, no todos eran actores que padecían la exposición directa a las pulverizaciones) y entre ellos había una marcada presencia de profesionales (agronomos e ingenieros forestales).

¹⁴ Tal iniciativa se desarrollaba en simultáneo con la construcción de una mega planta procesadora de semillas de maíz que la empresa intentaba construir en la localidad cordobesa Malvinas Argentinas.

¹⁵ “Artículo 7°-: Expresar públicamente el desacuerdo de la UNRC respecto de la instalación de las empresas multinacionales del monopolio del agronegocio en particular Monsanto, en la ciudad de Río Cuarto (...) fijando posición al respecto en relación a que las mismas representan paradigmáticamente un avance de dicho modelo de acumulación por desposesión que pudiera vulnerar la soberanía nacional y popular, con posibles consecuencias ambientales y con el agravante que no se informó debidamente a la población posiblemente afectada de los riesgos descritos, a los fines de que esta debata y se exprese sobre lo propio”. Resolución CS-UNRC 322/12.

¹⁶ Pues había constituido cierta identidad colectiva, organización, continuidad en el tiempo y extensión en el espacio. Dimensiones éstas clave en la teorización de Schuster (2005) respecto de la conformación de un movimiento social.

información respecto a las intenciones de Monsanto en la ciudad, pero también bajo la demanda de “(...) otro tipo de agricultura que respete al ambiente y a la sociedad” (Pablo Martínez Ing. Agrónomo integrante de RCSA en representación del Centro Agroecológico de la UNRC, en *Primero Noticias* 23/05/2013).

En la reunión con el intendente:

(...) salió el tema de hacer la audiencia. En la audiencia, expositores y participantes, es decir cualquier vecino puede anotarse (...) y puede participar con su opinión al respecto del modelo agropecuario. Nosotros estamos planteando *una disyuntiva entre el actual* modelo que es el de los agronegocios, el del desmonte, el de las sequías, el de las inundaciones, el modelo de los mercados internacionales manejando los precios *o el modelo agroecológico*, es decir el modelo tradicional de cultivo orgánico que es lo que nosotros estamos proponiendo (...) *este es un tema que está un poco invisibilizado*, gran parte de nuestro trabajo es visibilizar la posibilidad de que hay una agricultura posible que nos de alimentos sanos y que cuide nuestra salud y a la vez que cuide al ambiente (Jorge, escritor integrante de RCSA. Fuente *Primero Noticias*, 03/09/2013. Las itálicas son nuestras).

Previo a introducirnos en las implicancias que el discurso dicotómico referido (“modelo de los agronegocios” versus “modelo agroecológico”) tendría con relación a la forma en que desde RCSA se buscó dar visibilidad a la agroecología, importa reparar en las implicancias sociopolíticas que el anuncio de la propia convocatoria significaba con relación al modelo productivo:

Artículo 1: Convocar (...) a Audiencia Pública (...) con el objeto de conocer la opinión de la ciudadanía en general y de las instituciones públicas y privadas vinculadas *a la problemática sobre el modelo productivo agrícola actual* en el marco del ordenamiento del nuevo territorio anexado al ejido municipal y el Plan de Metas 2020 en las Zonas Agropecuarias 1 y 2 (Fuente: Concejo Deliberante de Río Cuarto, resolución N° 418/13. Las itálicas son nuestras).

Destacamos el carácter “problemático” con el que se significaba a la lógica agrícola imperante en tanto ello contribuía a la publicitación de las preocupaciones socioambientales sobre los impactos del agronegocio. Tratándose de uno de los tres poderes del Estado (legislativo), la convocatoria para recabar la opinión de la “ciudadanía en general y de las instituciones públicas y privadas” en particular, contribuía a instalar el debate sobre el modelo productivo más allá de quienes se movilizaban en su resistencia.

Las controversias sociotécnicas: las Buenas Prácticas Agrícolas (BPA) versus la agroecología

Según adelantamos la Audiencia Pública objeto de análisis configuró un espacio interactivo en el que actores y actrices de distintos campos de representación (organizaciones sociales, sindicales, empresariales, gubernamentales, etc.) portadores de saberes epistémicos diversos (conocimiento científico y plebeyo), desarrollaron relaciones de cooperación y alteridad en la búsqueda por legitimar o deslegitimar el modelo productivo de agronegocios.

Sobre la base de estas premisas y remitiéndonos a la alocuciones de quienes hicieron uso de la palabra en la Audiencia Pública, comenzamos identificando que los promotores del modelo agropecuario hegemónico no desconocían la toxicidad de los agroquímicos aplicados en la producción agrícola, pero si apelaron como recurso retórico a la relativización de sus impactos al compararlos con otros productos y prácticas sociales cotidianas:

-Obviamente la siembra directa va de la mano de los productos fitosanitarios [que] están agrupados en colores en bandas, las rojas son muy tóxicas y las verdes son las más amigables con el ambiente o las más inocuas de todos los productos. Fíjense, en el [19]85' el verde no existía y era prácticamente todo rojo y verde, perdón rojo y amarillo, trabajábamos con productos extremadamente tóxicos. En nuestro días, más del setenta, ochenta por ciento (80%), es banda verde gracias al glifosato, esto no es inocuo no se vayan a tomar un litro de glifosato, porque les va hacer mal pero tampoco se tomen dos botellas de whisky, y tampoco anden en moto sin casco porque todas esas cosas son nocivas cuando no se las aplican en la forma que corresponde, pero tienen una cuestión mucho más amigable al ambiente (...) entonces díganme, si el glifosato queda concentrado al 0,12% en una hectárea, que es el tamaño de una manzana, 100 x 100, el 5% de cualquier piojicida queda en la cabeza de nuestros hijos, les dejo las dudas a ustedes, para que lo resuelva y lo que haría cada uno, hagan la cuenta ustedes, el problema será el glifosato, será el piojicida, o del fernet con coca, o de la moto sin casco (De Marchi, Ing. Agrónomo. Representante Asociación Civil de Ingenieros Agrónomos del Sur de Córdoba).

-En cuanto a la toxicidad de los productos químicos puse el caso del glifosato que es banda verde, que es uno de los menos tóxicos, tiene el mismo nivel de toxicidad que una cucharada de lavandina, que una cucharada de azúcar, que una cucharada de aspirina y que un sobrecito de sal de mesa. Entonces la propuesta es que las buenas prácticas comienzan en casa. La problemática del uso de agroquímicos en las zonas periurbanas es un tema que está en proceso de construcción, seamos parte de ese proceso, para que sea constructivo para la sociedad en todos sus ambientes. ¿Asumimos que son peligrosos?, sí. ¿Asumimos que son tóxicos?, también. ¿Asumimos que se pueden prohibir? No, porque son insumos de alimentos. Entonces los productos químicos bien utilizados permiten una sustentabilidad ambiental, social, y económica (Crespo, Coordinadora de mesa de "Buenas Prácticas Agropecuarias").

-Vamos a lo que son las intoxicaciones en nuestro país, Intoxicaciones y Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (...) del 100% de los intoxicados con productos químicos, el treinta por ciento es con medicamento, realmente es un planteo que nos tenemos que hacer. Otro problema bastante serio de todos los productos que tengo, tengo productos del hogar, plaguicidas de uso doméstico, fíjense, que los plaguicidas de uso agrícola 1.63% digo ¡hay la pucha!, ¿Qué está pasando acá?, digo hay algo que no me convence, el hipoclorito y otros blanqueadores, jabones y detergentes, todo me llevan el noventa y cuatro por ciento de uso doméstico contra un siete por ciento de uso agrícola (Manera, Bioquímico director del departamento de Bromatología y Ambiente de Colonia Caroya).

-Arrancando para dar un pequeño pantallazo el mundo ha venido creciendo en lo que es la producción agropecuaria (...) de la misma manera han crecido el uso de agroquímicos y fertilizantes. El impacto en el ambiente por supuesto tiene al igual que cualquier industria, cualquier ciudad, cualquier auto que anda por la calle, algunos aspectos de impactos negativos y otros positivos (Peñafort, representante CREA).

Como se observa, la concesión por parte de los actores e instituciones ligadas a la lógica del agro-negocio con relación a la no inocuidad de los agroquímicos tenía un estricto límite semántico,¹⁷

¹⁷ "Yo entré a la página de la Real Academia Española, lo pueden hacer ustedes, en donde no menciona que la palabra agro tóxico, no existe para la Real Academia Española. Entonces como es una palabra que no existe, todo lo que se diga alrededor de esa palabra carece totalmente de rigor científico y demás porque la palabra no existe. Entonces vamos hablar, no vamos hablar más de agro tóxico, vamos hablar de agroquímicos, productos fitosanitarios o lo que sea conveniente a la Real Academia Española y no a términos vulgares que no tienen ningún sentido" (De Marchi, Representante Asociación Civil de Ingenieros Agrónomos del Sur de Córdoba).

evidenciaba una relativización toxicológica mayúscula y engendraba un desenlace práctico interno al modelo en cuestión. Con esto último aludimos a que frente a los impactos negativos de “los fitosanitarios”, la solución no era prohibirlos sino bregar por su “correcta utilización”. Se trata de una expresión recurrente en las diferentes voces de los actores que defienden el modelo hegemónico de producción cuyo correlato en las prácticas agropecuarias es la siguiente:

- (...) hay una reglamentación vigente, hay una ley de fitosanitarios, el Ministerio publica las distancias que se tienen que respetar para las aplicaciones periurbanas. Entonces como grupo de “Buenas Prácticas Agropecuarias” lo que venimos a plantear es que en la medida que se hagan las cosas bien no tiene por qué haber problema. Así como hace falta responsabilidad por parte de los actores involucrados con las aplicaciones también hace falta responsabilidad y conciencia por parte de la sociedad (...). Entonces los productos químicos bien utilizados permiten la sustentabilidad ambiental, social y económica (Crespo, coordinadora de “Buenas Prácticas Agropecuarias”).
- Estos sistemas de fiscalización del EDECOM como del Mercado de Abasto de Río Cuarto ¿garantiza la inocuidad y la sanidad de los productos como se comercializan?, en realidad no. En realidad, ¿Quién podría garantizar cierta inocuidad? Volvemos a un planteo (...) las buenas prácticas, no como concepto aislado y como una teoría posible de aplicar sino como un concepto de una base científica bien desarrollada, como un sistema de gestión de calidad, donde se puede desarrollar un protocolo, donde está acompañado por una serie de registros, donde determina una trazabilidad tanto de los alimentos como de los insumos que se utilicen o sea buenas prácticas agrícolas como un planteo para ordenar el sistema productivo (Guevara, ing. Agrónomo representante del Mercado de Abasto de Río Cuarto).
- En este sentido el Colegio ha insistido e insiste fuertemente en la profesionalización en el uso de los agroquímicos para minimizar el impacto en la salud humana y el ambiente atendiendo a las condiciones de producción (Montalvo Ing. Agro. Representante del Colegio de Ingenieros Agrónomos).
- (...) la ejecución de las BPA conlleva a minimizar los efectos de la toxicidad aguda y crónica de los productos utilizados contemplando el respeto a la totalidad de los factores que inciden en una correcta aplicación (Zacchi, Secretario de la Sociedad Rural de Río Cuarto).
- Las dos metodologías que proponemos son las buenas prácticas agropecuarias y la responsabilidad social empresarial. Una empresa para existir debe percibir resultado económico y cumplir la ley para operar debe ser filantrópica pero si quiere prosperar debe tener estrategia, innovación social y ambiental, por eso estamos todos del mismo lado y vamos por un buen camino (Azcurra Moriena, Representante del Ateneo Juvenil de CARTEZ).
- Entre otras actividades la Secretaría de Agricultura participa en forma activa de la comisión federal fitosanitaria desde la creación del mismo asesorando al Consejo Federal Agropecuario. Dentro de las buenas prácticas agrícolas se realizan aplicaciones controladas con criterio técnico monitoreando la deriva y de esa forma se preserva a la salud, a la sociedad, al ambiente, y a la producción (Riera Esuti, Ing. Agr. Representante del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentos del Gobierno de Córdoba).

Las BPA constituyeron, en tal sentido, la respuesta en términos pragmáticos frente a las objeciones con relación a los impactos socioambientales del agronegocio, es decir, una propuesta de cambios técnicos en la gestión de la producción pero enmarcada en la defensa/reproducción del modelo productivo. Respuesta/propuesta que a juzgar por los actores de los que emanaban no solo eran de actores privados sino también de ámbitos públicos estatales.

Frente a la promoción monocorde de las BPA se alzarían los cuestionamientos de los integrantes de RCSA y de aquellos actores que comulgaban con las críticas al agronegocio. Interesa reparar en sus testimonios puesto que analizados con relación al planteo de las BPA son ilustrativas, según lo adelantamos, de las controversias sociotécnicas en su sentido más íntegro, es decir controversias entre académicos y de éstos con activistas:

-Si hablamos de las buenas prácticas agropecuarias, se nombró la cuestión del clima que es necesario, para que se den las buenas prácticas que haya un clima favorable, y lo que estamos viendo es que justamente se está desfavoreciendo por la pérdida del ecosistema natural que regulaba los picos de temperatura y los vientos, sobre todo, entonces cuando no hay condiciones óptimas las buenas prácticas son irrealizables, habría que cambiar de paradigma (Natalia Ing. Forestal Coordinadora del Observatorio de Conflictos Socioambientales UNRC).

-Desde el modelo de producción nos dicen que aplicando las buenas prácticas agrícolas estos productos se vuelven inocuos y los avances de la ciencia lo hemos visto hoy en las anteriores exposiciones nos demuestran de que la deriva de los productos aplicados que nos que llega hasta toda la población hasta plena ciudades en pequeñas dosis eso es lo que nos mata. Las buenas prácticas agrícolas solo pueden evitar la intoxicación aguda, el envenenamiento por dosis aplicables en la forma inmediata, pero no pueden evitar la contaminación a gran distancia y en pequeñas dosis que eso se va acumulando en el organismo y es lo que realmente a mediano largo plazo produce las enfermedades letales que nos están matando, eso no lo puede evitar, lo ha demostrado la ciencia acabadamente ninguna práctica agrícola por más buena voluntad que se ponga (Sosa, O. Horticultor trabajador de la economía popular, integrante de RCSA).

-(...) ya no hay buenas prácticas que puedan proteger a la población porque tirar la cantidad de agrotóxicos que se está tirando en la Argentina, está fuera de las buenas prácticas y la deriva es incontrolable sobre todo cuando se hace por avión (Ávila Vázquez, médico coordinador de la Red Universitaria de Ambiente y Salud).

-En primer lugar ese discurso [buenas prácticas agrícolas] se pretende imponer como fatalista, se pretende imponer sobre lo ya dado si no discutamos el modelo hablemos de las buenas prácticas, ese es un discurso engañoso, es un discurso también de disuasión, de contención (...) de alguna manera un discurso que está en líneas con una lógica que es la lógica de hago mucho daño y después arreglo un poquito, ese es el discurso (Jorge, escritor integrante de RCSA).

De las intervenciones precedentes destacamos la doble objeción que recae sobre las BPA. Por un lado, en términos semánticos la problematización acerca de la inviabilidad técnica conforme a la magnitud del daño ambiental registrado y amén de los cuantiosos *agrotóxicos* utilizados. Y, por el otro, la impugnación misma del significante (BPA) como matriz de significación legítimo para proyectar las transformaciones deseables sobre los usos del territorio.

Sin embargo, frente a estos cuestionamientos, los promotores de las BPA instaban a recordar cuál era el estado de situación previo a la incorporación de la siembra directa y, en general, del paquete tecnológico actual. En otros términos, llamaron a rememorar los grandes impactos de la “agricultura tradicional” para luego poder ponderar los “beneficios” de la siembra directa, de allí la defensa por la continuidad del modelo agrícola:

-(...) esto es un arado de reja [muestra una imagen en una pantalla], donde el pan de tierra, que nosotros lo llamamos, se invertía para controlar malezas y quedaba totalmente expuesto a las condiciones climáticas, de lluvias, vientos y demás. Esto se hace desde la antigüedad, el hombre removía la tierra para poder sembrar después sobre el

terreno blando ¿Qué pasaba con este laboreo?, esto había verdaderamente procesos erosivos, verdaderas cárcavas. (...) ¿Qué soluciones se le buscó? (...) surge un nuevo paradigma que es la siembra directa (...), de esta manera fue la única forma que la Argentina dejó de perder toneladas y toneladas de materia orgánica de suelo virgen que era lo que nos quitaba el sueño hace muchos años atrás (...) otro beneficios (...) aumento la productividad de nuestros campos, en la misma superficie hemos aumentado muchísimo la producción de granos, de carnes y cuidando el recurso suelo (...). (De Marchi, Representante Asociación Civil de Ingenieros Agrónomos del Sur de Córdoba).

-Se han hecho muchos esfuerzos desde la tecnología con la reducción del uso de los agroquímicos, y esto está sentenciado en un montón de trabajos, no quiero redundar, socialmente también el proceso de agriculturización en Argentina también ha tenido un impacto en lo social dándole trabajo a muchas personas, no solo a los que trabajan sino a toda la cadena. Admirándola ampliamente, estos son datos del censo de 2007, donde se puede mirar en la cadena agro industrial, cerca de dos millones de personas que trabajan con esto (...) (Peñafort, representante CREA).

En este marco, los posibles impactos socioambientales “no deseados” de esta agricultura podrían ser mitigados, en línea con las BPA, con “mayores niveles de control estatal”, “capacitaciones” y apego, especialmente, a “Ley provincial de agroquímicos (N° 9164)”, calificada por diversos oradores promotores de la reproducción del actual esquema productivo como “un gran avance” (Zacchi -SRRC-), una ley de “plena vigencia” a través de la cual se “está controlando activamente” (Márquez -Subsecretaría de Fiscalización y Control del Ministerio de agricultura y ganadería de Córdoba-) y con la que el Colegio de Ingenieros de Agrónomos de Córdoba “colaboraba activamente mediante sus propios cuerpos de inspectores denunciando a quienes no la respetaban” (Montalvo). Y, específicamente con relación al área periurbana, desde la SRRC proponían crear “zonas de amortiguamiento, para evitar contaminaciones en las áreas sensibles”. Para ello consideraban oportuno emular las disposiciones de otros países:

En España estas zonas son de 20 a 50m, en Estados Unidos (...) son de 10 m, otros países desarrollados no tienen fijadas distancias. En algunos casos han establecido 30 m, Brasil no establece zonas buffer para aplicaciones terrestres, Australia evalúa producto por producto la distancia a los sitios urbanos. En Argentina se sugieren 100m de zona buffer. También podemos proponer en lugar de zonas buffer, barreras vivas, es decir cortinas forestales que pueden usarse con el fin de frenar el alto porcentaje las probables derivas (Zacchi, SRRC).

Esta propuesta de arreglo territorial distaría cuantitativa y cualitativamente de la reflejada en el proyecto de “transición hacia la agroecología” que daría a conocer RCSA en la Audiencia. Proyecto que implicaba una reconversión progresiva pero total de la producción agrícola al interior del ejido urbano de la ciudad¹⁸ a partir de técnicas de producción sin la utilización de “productos agrotóxicos”. Pero para poder comprender la propuesta de transformación de uso de suelo de la Asamblea, que de aprobarse hubiera significado un cambio significativo/radical respecto al modo de producción agropecuaria en el área de competencia municipal, resulta imprescindible recuperar la perspectiva de los impulsores del “Río Cuarto agroecológico” y de los actores que los acompañaban. Esto último contemplando, primero, las lecturas y vivencias que estos actores tenían con relación al proceso de agriculturización en el país y, segundo, atendiendo a sus pers-

¹⁸ Importa asentar aquí que hacia fines de 2012 el ejido urbano de Río Cuarto se amplió pasando de 6000 ha a 24000 ha (ordenanza 183/12), con lo cual una gran superficie en la que se practicaban actividades agropecuarias pasaron a estar bajo la órbita municipal. En esta ordenanza se prohibieron las fumigaciones aéreas con agroquímicos.

pectivas respecto a la agroecología y los marcos jurídicos legales en los que creían se podía amparar su promoción.

En contraste con los logros reconocidos por los promotores de las BPA, las experiencias con relación al proceso de agriculturización bajo el paquete tecnológico del agronegocio para los integrantes de RCSA y de los invitados expresamente por la Asamblea para que expongan en la audiencia pública, estuvieron más bien ligadas a experiencias “trágicas”, de “padecimiento”, dadas las afectaciones sanitarias a las que se vieron expuestos:

-(...) el 33% de la población que fallece en nuestro barrio es por tumores donde están los chiquitos que nacen con mal formación (...) hay familias diezgadas por los cánceres, donde hay jóvenes de 23 años que les han sacado los testículos, donde hay mamás que han muerto a los 37 años y sus hijos tienen agroquímicos en sangre y no crecen ni física ni mentalmente, esta es la situación de nuestro barrio [Ituzaingó anexo Córdoba capital] (María, integrante de Madres de Barrio Ituzaingó).

-Yo vivía a 50 metros del campo de soja, se priorizó lo sojero, nos dejaron a nosotros todos enfermos, tenemos más de trescientos casos de cáncer comprobados, cáncer de mama, cáncer de intestino, la gente está naciendo con malformaciones, los chiquitos han nacido con malformación de riñón, han nacido sin el maxilar, sin el huesito de la cabeza, chiquitos con seis dedos, todo producto de las fumigaciones (...) (Sofía, integrante de Madres de Barrio Ituzaingó).

-Yo soy una vecina damnificada con la empresa Bio4 (...) una planta que trabaja con el maíz, el maíz que ya han planteado nuestros compañeros tratado con el glifosato (...) están realizando una contaminación ambiental a la vista por esas chimeneas se vuela el polvillo, un polvillo amarillo, que salen de los silos donde está el maíz, las lagunas, que no han sido tratadas donde arrojan sus aguas con diferentes químicos entre ellos ácido sulfúrico, diferentes microbios para el fermento (Stella, residente en cercanías a Bio4 –Agroindustria de etanol-).

-Nosotros tenemos alrededor campos, campos que se han venido fumigando desde hace mucho, desde que existieron los campos de siembra de soja, y bueno nos encontramos con que lo agravante de esto que tenemos una escuela en donde la puerta de la escuela da hacia los campos, y bueno en los años de la gran fumigación del campo de los alrededores hemos detectado que han nacido niños con malformaciones, que no han llegado a la gestación a término, nacieron a los 6 meses y algunos de ellos con muchos problemas, no videntes, otros con problemas motores, algunos con problemas de piel (Correa, Presidenta de la Vecinal Barrio Jardín Norte).

En línea con estas vivencias, el legislador provincial por el partido socialista (Birri), señaló que en sus recorridos por las distintas localidades de la provincia el reclamo recurrente que recibía de parte de los vecinos era “hagan algo” con relación a “la problemática de las fumigaciones”. En su exposición relató que tras conversar del asunto con diferentes “personalidades”, “investigadores” y “funcionarios” a las conclusiones a las que arribó el legislador en sus propias palabras fue que:

Hay muchos intereses en juego. El año pasado se vendieron 285 millones de litros de pesticidas que es un tema en donde tengo el convencimiento y la absoluta convicción que hay una relación de causalidad entre la exposición a los agrotóxicos con algunas patologías que tiene la gente, que es un tema que necesariamente nos tiene que llevar a discutir el modelo productivo (Birri, Legislador provincial por el Partido Socialista).

Por su parte, quienes desde el ámbito científico alertaban sobre las consecuencias del modelo productivo, destacaron los problemas sanitarios inherentes a la agricultura dominante junto a la denuncia de otros impactos socioeconómicos y ambientales. A continuación recuperamos algunas de las intervenciones en tal dirección:

-Este sistema actualmente hegemónico tiene un impacto en la salud muy notable, principalmente problemas respiratorios (...) problemas endócrinos como hipotiroidismo, diabetes (...) problemas neurológicos y los problemas más duros o más concretos que son los trastornos reproductivos, sobre todo vinculados a la gran cantidad de niños que nacen con malformaciones (Ávila Vázquez, REDUAS).

-(...) no hay dudas que los plaguicidas causan daños genéticos, entonces estamos en presencia de poblaciones en riesgo de padecer neoplasias, de padecer problemas reproductivos, de padecer malformaciones en sus descendientes (...) (Aiassa, directora del Grupo Genotoxicidad UNRC).

-He estado alrededor de los años '90 en Córdoba cuando se iniciaba la siembra directa y en ese momento aparecía esta tecnología que como bien decían hoy traía una solución, porque el laboreo convencional traía esa remoción de suelo que se volaran los campos (...) se planteaba que la siembra directa, una vez estabilizados ese sistema (...) en cuatro o cinco años no iba a depender más de insumos, insumos como herbicidas, si quieren agroquímicos, si quieren agrotóxicos. Había un optimismo desmedido por esta tecnología, porque han pasado veintitrés años ¿y qué paso? Se usaban 4 litros de glifosato y ahora se usan 10, pasaron veintitrés años ¿y la tendencia cuál es? Aumentar el uso de agrotóxicos, entonces quiere decir, y creo que está bien veintipico de años esperar a una tecnología para ver si es una cuestión de buenas prácticas (...) la forma de producir es ésta, es este modelo que cada vez utiliza más agrotóxicos (...) hoy alguien decía: había cría, había invernada, ahora lo único que hay es campo muerto, uno mira en la ruta algo verde, todo muerto, todo seco, eso tampoco controla el polvo, la erosionó, o sea que es una siembra directa hoy muerta ¿y qué paso? Y bueno fue un modelo de agricultura (...). (Cerdá, Ing. Agrónomo, presidente de Red Nacional de Municipios y Comunidades que fomentan la Agroecología).

-Se han elevado los niveles de mortalidad de las colmenas (...) las principales causas (...) son el uso del destino que se le da a la agricultura, el avance de la frontera agrícola con monocultivos, la degradación ambiental, la pérdida de biodiversidad, la de fragmentación de los hábitats (Melegatti, Programa de Apicultura UNRC).

En conjunto, los testimonios de los diferentes actores sociales son el resultado de experiencias, parafraseando a Cefaï (2017), del orden de lo *estético* (la sensibilidad frente al entorno), de lo *práctico* (sometimiento a pruebas de los contenidos del agronegocio) y lo *interactivo* (intercambio de saberes frente a la problemática). Así, sobre la lectura acerca de los “disturbios” que ocasiona el modelo agrícola hegemónico, la definición política del espacio asambleario, reiteramos, fue la de propiciar la transición hacia la agroecología en tanto paradigma superador y asequible:

-Lo que quiero decir es que se puede hacer la agricultura ecológica, se puede, es posible, y todavía nuestras tierras a pesar de estar un poco dañadas por la aplicación externa de agrotóxicos todavía tiene reflejos, tiene inmunidad para mejorarla. Nosotros estamos mejorando tierras baldías totalmente improductivas que agrónomicamente con la agronomía convencional nos dicen que no tiene condiciones productivas. Nosotros estamos demostrando con técnicas agroecológicas estamos demostrando que en poco tiempo se puede hacerla productiva. (Lemos, coordina-

dor programa Municipal de Agricultura Urbana de Rosario).

-¿Se puede producir sin pesticidas?, pero claro que se puede producir sin pesticidas, ahora, como decía anteriormente, no se puede producir sin pesticidas pensando de la misma manera que se produce con pesticidas, y eso es un esfuerzo, eso no es sencillo, puede sonar sencillo, pero no es para nada sencillo, porque es un cambio importante, y ahí ese cambio importante necesita mucho apoyo, necesita mucho apoyo a los productores (Sarmiento, Ing. Agrónomo docente de la UNRC).

-También no estoy de acuerdo con lo que se tildaba de lo que hablaba uno de los expositores que estábamos todos de acuerdo porque si no, no existiría debate, estamos claramente que nuestra posición es contraria, digamos nosotros estamos por la no utilización de los agrotóxicos, por la implementación de un modelo productivo alternativo y agroecológico (Sosa, M. Ing. Químico integrante de RCSA).

-Entonces el futuro es un mundo sin agrotóxicos, están los conocimientos y están las experiencias (...) no podemos seguir esperando, por supuesto que esto no se puede lograr de un día para el otro ni con prohibiciones, esto es un cambio progresivo, hay que capacitar y concientizar y educar para una nueva manera de ver la producción y la vida, esto es un cambio filosófico que tenemos que ir realizando pero tenemos que empezar a practicar ya (Sosa, O. RCSA).

La promoción y el avance de la agroecología al interior del ejido municipal no se hallaría impedida, al juzgar por los activistas de RCSA, por el marco normativo vigente sino que con “revisar” (y “cumplimentar”) la actual legislación, se lograría por sí mismo propiciar tal transformación socioproductiva. En efecto, integrantes de RCSA en sus intervenciones en la audiencia pública enumeraron diversas normativas, entre ordenanzas locales, leyes provinciales y nacionales, que en conjunto formaban parte de “los fundamentos” de la propuesta de la Asamblea.¹⁹ De allí que uno de los asambleístas destacase lo siguiente con relación al marco normativo vigente:

Pensábamos con los compañeros de la Asamblea y nos llamaba mucho la atención cómo a nivel local encontramos mucha materia legislativa digamos hay muchísimos artículos que amparan, fomentan, ¿sí? Que están al servicio de lo que estamos proponiendo nosotros puntualmente un sistema, un modelo agroecológico.

Nosotros como asamblea queremos ir más allá, están las herramientas, esta digamos tenemos un montón de leyes que nos amparan, y en ese sentido queremos recorrer un camino teniendo en cuenta este principio de progresividad ¿sí? No queremos prohibir sino que lo queremos es abrir un nuevo camino, una nueva ciudad, una nueva forma de producir que es posible y es viable (...) (Segretín, P. Espacio cultural Casa Azul integrante RCSA).

Complementaria a esta apreciación se desarrollaron las intervenciones de los abogados Macciocchi (Abogado defensor de la Asamblea Malvinas Lucha Por La Vida y presidente del Club de Derecho) y Ávila (abogado defensor de Madres de Ituzaingó). Mientras el primero destacaba la “claridad” del Artículo 41 de la Constitución Nacional en torno al reconocimiento del derecho a “un medio ambiente sano” y “apto para un desarrollo” que no debía comprometer a “las generaciones futuras” (de allí la obligación de preservarlo), para el segundo, lo que establecía la ley su-

¹⁹ Entre otras legislaciones enumeradas y descriptas por los asambleístas en la Audiencia Pública: del Artículo 1º los apartados 11.12.5 y 11.17 de la ordenanza 183/12 y los artículos 4, 16, 31 y 32 de la carta orgánica municipal, los artículos 66 y 185 de la Constitución provincial, la ley Nacional 25675 y el artículo 41 de la Constitución Nacional.

prema de la Nación y las leyes nacionales, como la Ley general de Ambiente, era “un piso de protección” y que lo que las leyes provinciales y las ordenanzas debían garantizar “era la maximización de tales derechos”.

Sobre tales consideraciones, RCSA hizo público en el seno de la Audiencia que como Asamblea venían trabajando en la recolección de firmas para la presentación de un proyecto de ordenanza, a partir de la cual “crear un plan de transición o reconversión para el desarrollo de una producción agropecuaria orgánica o agroecológica en el ejido municipal” (Pablo Martínez Ing. Agrónomo integrante de RCSA en representación del Centro Agroecológico de la UNRC). Según precisó este último expositor, el proyecto además de fundamentarse en los marcos normativos nacionales, provinciales y municipales, destacaba los antecedentes de distintas localidades de la provincia de Córdoba (Alta Gracia, San Francisco, Villa María, entre otras) que habían avanzado con el establecimiento de zonas de “resguardo ambiental” y en las que se fomentaba “la agroecología”. Para ello el proyecto planteaba la necesidad de crear un “Comité Ejecutivo para el Desarrollo Agroecológico” (C.E.D.A.)²⁰ que tendría por misión implementar “acciones de concientización, promoción y capacitación sobre el manejo seguro de productos fitosanitarios tendiendo a disminuir su uso y también actuando como facilitador en un plan de transición y reconversión agroecológica u orgánica” (Artículo 4, inciso e).

El contraste con la propuesta de la SRRC era marcado, mientras desde esta entidad se pregonaba una zona de resguardo de 100 metros desde el fin del área urbanizada, el proyecto de ordenanza de la Asamblea planteaba, entre otras disposiciones, además de la prohibición de la aplicación de todo tipo de agrotóxicos dentro de las zonas urbanas y urbanizables, restricciones progresivas en las zonas agropecuarias ¹²¹ y ²²². Asimismo determinaba la prohibición de las fumigaciones con avión en todo el territorio bajo jurisdicción municipal y fijaba la imposibilidad de aplicar agroquímicos en los márgenes de curso de agua por una extensión no inferior a los 500 metros de los mismo (que se extendería a los 1000 metros a los 5 años de aprobada la ordenanza) e instaba a que los propietarios forestasen con árboles nativos tales franjas. A los efectos de dimensionar el alcance que tendría la legislación propuesta incluimos una figura sobre las distintas zonas comprendidas en el ejido urbano (Figura 1).

²⁰ Conformado entre otras instituciones por diferentes dependencias del Estado Municipales (Secretaría de Planificación y Desarrollo Sustentable); el EDECOM; la Dirección de Zoonosis y Medio Ambiente; el Programa de Agricultura Urbana; Consejo de control y preservación del Río Cuarto (COPRESERC); la Secretaría de Salud, Deporte y Desarrollo Social) de la Universidad Nacional de Río Cuarto, (a instancias de Observatorio de Conflictos Socioambientales (OCS); el Centro Cultural Agroecológico (CCA); el Programa de Apicultura y el Consejo Social); y organismos nacionales como Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (Fuente: Proyecto de ordenanza RCSA, 2018).

²¹ “ARTÍCULO 13º: Dentro de las áreas comprendidas por la ‘Zona de Resguardo Ambiental’ (600 mts) [zona agropecuaria 1] (...) y contando año 1º y 2º de la aprobación de la presente Ordenanza se permitirá solo a los productores fruti-hortícolas y otros que ya se encuentran desarrollando su actividad, la aplicación de productos fitosanitarios de clase toxicológica 4 con mochila únicamente. Los productores que se encuentren dentro de la Zona de Resguardo Ambiental deberán comenzar el proceso de reconversión agroecológica respaldado por la municipalidad en cuanto sea aprobada esta Ordenanza” (Fuente: Proyecto de ordenanza RCSA, 2018).

²² “ARTÍCULO 16º: Dentro de la Zona Agropecuaria 2 y contando año 1º y 2º de aplicación de la presente ordenanza, se permite la aplicación de productos fitosanitarios de clase toxicológica 3, 4 y 5 con máquina pulverizadora autopropulsada o de arrastre. A partir del 3º año y hasta el 6º año inclusive se permite la aplicación de productos fitosanitarios de clase toxicológica 4 y 5. Luego del 7º año de aplicación de la ordenanza solamente se puede aplicar productos fitosanitarios permitidos en la producción orgánica” (Fuente: Proyecto de ordenanza RCSA, 2018).

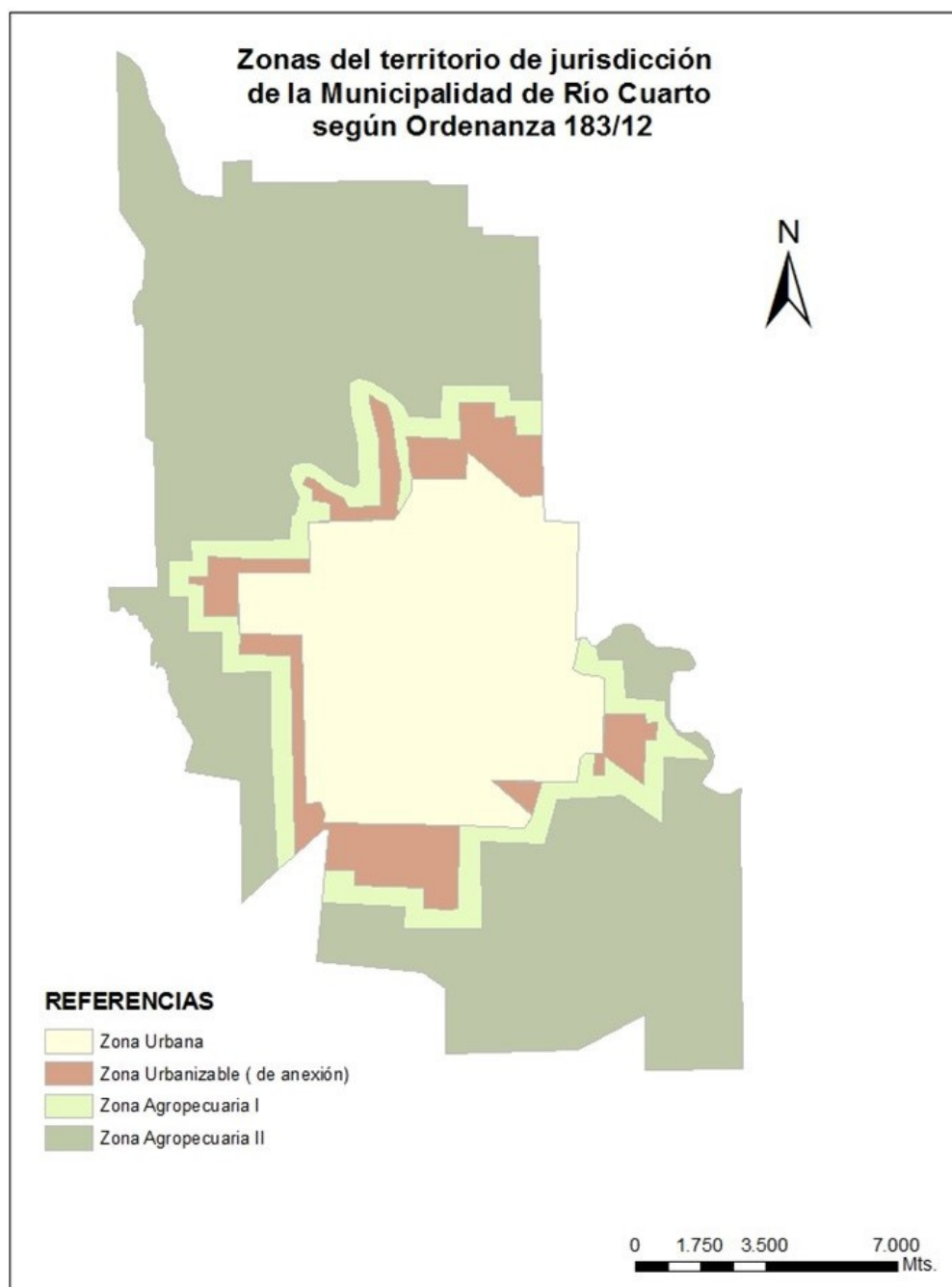


Figura 1. Zonas del territorio de Jurisdicción de la Municipalidad de Río Cuarto según Ordenanza 183/12.

Fuente: Galfioni, 2018:156.

Conclusiones

A partir del análisis de las intervenciones en Audiencia Pública divisamos que las controversias sociotécnicas se configuran a partir de dos matrices de significación antagónicas: la promoción de las “BPA” y la promoción de la “agroecología”. Sistematizaremos a continuación los lenguajes de valoración del ambiente y las acciones territoriales que subyacen a cada campo discursivo recuperando referencias semánticas y retóricas clave.

Los actores y actrices promotores/as del agronegocio con el discurso de las BPA buscan delimitar “la problemática” asociada al modelo agrícola a un asunto de manejo productivo. Así, las críticas por los impactos ambientales se re-significan en clave de “sustentabilidad ambiental” bajo el imperativo de la modernización ecológica, habilitándose a partir de esto último nuevos negocios asociados a “fitosanitarios más amigables con el ambiente” que renueva las posibilidades de acumulación de capital.

Según observamos, la acción territorial inmanente a las BPA puede sintetizarse en los siguientes términos: frente a una agricultura del pasado “arcaica” en la que por la exposición de los suelos a la erosión eólica se “volaban los campos”, la siembra directa permitió (coyuntura presente) recuperar y ampliar la productividad conllevando, a su vez, una multiplicidad de efectos positivos sobre la dinámica económica del país. A futuro, la continuidad de la modernización de la actividad agrícola, además de contribuir a resolver los problemas socioeconómicos de la sociedad argentina, permitirá minimizar las externalidades ambientales al incorporar tecnologías cada vez más precisas y limpias.

En contraste, para las posiciones críticas, el modelo de agronegocio representa una lógica “extractivista” cuyos “impactos ambientales” se manifiestan en una multiplicidad de ámbitos: sanitarios provocados por la exposición a los “agrotóxicos” (malformaciones, tipos de cáncer), socioproductivos (tendencia al monocultivo, expulsión de productores), y político-económicos (dependen del país frente a corporaciones). En esta línea, importa advertir cómo la significación del ambiente en tanto bien común, transforma las preocupaciones en torno a los impactos del modelo agrícola en una problemática de carácter público (Forlani, 2021). En otros términos, si el paquete tecnológico del agronegocio contamina/degrada “los bienes comunes” (cursos de agua, suelo, aire, bosques), entonces hay una afectación a la comunidad ergo, es un asunto que demanda la intervención del Estado en tanto derecho colectivo dañado.

A su vez el *ecologismo popular* de los actores críticos se expresa en una gramática de defensa del ambiente como parte de una agenda de lucha por los derechos, en la cual la agroecología se significa como territorialidad alternativa-posible capaz de garantizar a la vez que un vínculo armónico con el entorno, la soberanía alimentaria en los territorios.

Finalmente, concluimos el presente artículo, asentando que la capacidad pragmática de cada uno de los discursos en pos de devenir en sentido común, ergo territorialidad hegemónica no es sino el resultado de la interacción entre: las herencias o *rugosidades* de los territorios (Santos, 2000b),²³ la capacidad de movilizar recursos y de articular fuerzas de parte de los actores/actrices en el presente, así como de la posibilidad de plasmar en el espacio público narrativas o expectativas deseables de futuro respecto de los usos de los territorios.

²³ Al decir del geógrafo brasileño, la historicidad de los conflictos/relaciones de poder que se desarrollan en los territorios, configuran ciertas herencias físico-territoriales y socioterritoriales en el espacio (“rugosidades”) que devienen en un “(...) dato activo cuyo papel en las orientaciones, elecciones, acciones y resultados es creciente a lo largo de la historia” (Santos, 2000: 41).

Bibliografía

- Acселard, H. (2010). Ambientalização das lutas sociais - o caso do movimento por justiça ambiental. , 24 (68), 103-119. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142010000100010>
- Basualdo, F.; Barrera, M. y Basualdo, E. (2013). *Las producciones primarias en la Argentina Reciente. Minería, petróleo y agro pampeano*. Buenos Aires: Cara o Ceca y Centro cultural de la cooperación Floreal Gorini.
- Cefaï, D. (2017). Públicos, problemas públicos, arenas públicas. *Novos Estudos CEBRAP*, 36 (1), 187-213.
- Elias, D. y Pequeno, R. (2007). Desigualdades socioespaciais nas cidades do agronegocio. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos y Regionales*, 1 (9), 25-39.
- Finola, A. y Maldonado, G. (2017). Ciudad y modernización agropecuaria: Río Cuarto como plataforma para la territorialización de las transformaciones agropecuarias. *Boletín de Estudios Geográficos*, 107, 21-50.
- Forlani, N. (2014). La protesta social en Río Cuarto frente al Agronegocio, Tesis de licenciatura en Ciencia Política, Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina.
- Forlani, N. (2021). Resistencias urbanas frente al agronegocio. Las experiencias socioambientales en la provincia de Córdoba durante el período 2009-2019. Tesis doctoral Estudios Sociales de América Latina. Centro de Estudios Avanzados-Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Galfioni, M. (2018). *Crecimiento urbano y sostenibilidad territorial en la ciudad de Río Cuarto (Argentina). Bases para repensar la planificación y gestión urbana*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.
- Giarracca, N. y Teubal, M. (2010). Disputas por los territorios y recursos naturales: el modelo Extractivo. *Revista ALASRU*, 5, 113.
- Gras, C. y Hernández, V. (2013). *El agro como negocio*. Buenos Aires: Biblos.
- Haesbaert, R. (2011). *El mito de la desterritorialización. Del "fin de los territorios" a la multiterritorialidad*. México: Siglo XXI.
- Hernández, J. y Carbonari, M. (2012). Río Cuarto. Ciudad de intermediación en el capitalismo agropecuario. En S. Gorenstein, G. Landricini y J. Hernández (eds.), *Economía Urbana y Ciudades Intermedias. Trayectorias pampeanas y norpatagónicas* (pp. 149-174). Buenos Aires: CICCUS
- Hernández, V. (2017). O papel das inovações tecnológicas no sistema agroindustrial: dinâmicas produtivas e sociais no agronegocio argentino. En J. A. Bernardez, S. Federico, C. Gras, V. Hernández, & G. Maldonado (eds.), *Globalizacao do agronegocio e land grabbing: A atuação das megaempresas argentinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Howarth, D. (2005). Aplicando la Teoría del Discurso: el Método de la Articulación. *Studia Polticae*, 5, 37-88.
- Jiménez Chaves V. y Comet Weiler, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades Academo*, 3 (2).
- Maldonado, G.; Almeida, M. y Picciani, A. L. (2017). Divisão territorial do trabalho e agronegocio: el papel de las metrópolesnacionais e a constitucao das cidades agronegocio. En J. A. Bernardez, S. Federico, C. Gras, V. Hernández, & G. Maldonado (eds.), *Globalizacao do agronegocio e land grabbing: A atuação das megaempresas argentinas no Brasil* (pp. 81-96). Rio de Janeiro: Lamparina.
- Martínez Alier, J. (2008). Conflictos ecológicos y lenguajes de valoración. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26, 24-34.
- Martínez Alier, J. (2017). *Corrientes del ecologismo. Decrecimiento – Vocabulario para una nueva era*. México y Colombia: Icaria editorial.

- Menna, S. (2013). Heurísticas y metodología de la ciencia. *Mundo Siglo XXI*, 9(32), 67-77. <https://doi.org/https://acortar.link/feOF3N>
- Merlinsky, G. (2017). Cartografías del conflicto ambiental en Argentina. Notas teórico-metodológicas. *Acta Sociológica*, 73, 221-246.
- Merlinsky, G. (2021). *Toda ecología es política. Las luchas por el derecho al ambiente en busca de alternativas de mundo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Santos, M. (2000). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Río de Janeiro: Record.
- Santos, M. (2000b). *La naturaleza del espacio*. Barcelona: Ariel.
- Schuster, F. (2005). Las protestas sociales y el estudio de la acción colectiva. En F. Schuster *et al.* (eds), *Tomar la palabra. Estudios sobre protesta social y acción colectiva*. Buenos Aires: Prometeo.
- Sili, M. (2018). La acción territorial: una propuesta conceptual y metodológica para su análisis. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 20 (1), 11-31. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2018v20n1p11>
- Skill, K. y E. Grinberg (2013). Controversias Sociotécnicas en Torno a las Fumigaciones con Glifosato en Argentina. Una Mirada desde la Construcción Social del Riesgo. En S. Merlinsky (comp.), *Cartografías del Conflicto Ambiental en Argentina* (91-117). Buenos Aires: Ciccus.
- Svampa, M. (2013). Consenso de los Commodities» y lenguajes de valoración en América Latina. *Revista Nueva Sociedad*, 244.
- Torres González O. y López Echagüe, C. (2022). Las controversias científico-tecnológicas públicas desde la perspectiva CTS: panorama y desafíos. *Revista CTS*, 17 (50), 109-115.

Fuentes

- Consejo Superior UNRC, Resolución: 322/12
- Proyecto de ordenanza RCSA, 2018
- Concejo Deliberante de Río Cuarto, expediente legislativo: 20487/13
- Concejo Deliberante de Río Cuarto, ordenanza N°: 183/12
- Concejo Deliberante de Río Cuarto, ordenanza audiencia pública N°: 418/13.
- Transcripción de Audiencia pública N°: 418/13.

Noticias

- Aranda, Darío: “El tóxico de los campos” (13/05/2009). *Página 12*, recuperado de: .
- Aranda, Darío: “Durmiendo con el pesticidas” (27/03/2015). *Página 12* (27 de marzo de 2015). Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-123111-2009-04-13.html>
- Aranda, Darío: “Los agrotóxicos llegaron a juicio oral” (11/06/2012). *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-196113-2012-06-11.html>

Sitios web

- Universidad nacional de Río Cuarto (13 de agosto de 2012). “Aportes de la ciencia al juicio por contaminación”. Recuperado de: www.unrc.edu.ar/unrc/n_comp.cdc?nota=27640
- Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales (7 de noviembre de 2012). “Estudio médico avala sospechas sobre agroquímicos”.

Entrevistas en medios audiovisuales

Pablo RCSA (2013), en Primero Noticias Río Cuarto (23/05/2013). Marcha Contra Monsanto.

[Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=kz8YG1Wkpdg>

Jorge RCSA (2013), en Primero Noticias (3/09/2013). Río Cuarto, ciudad agroecológica.

[Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=V3WLxorjPjk>

Fecha de Recepción: 15 de agosto de 2023

Recibido con correcciones: 22 de noviembre de 2023

Fecha de Aceptación: 1° de diciembre de 2023

“¿Es un paciente? es y no es en realidad”: el paciente “social” como problema médico-profesional en un hospital público de Ciudad de Buenos Aires

“Is he a patient? In fact, he is and he is not”: the “social patient” as a medical-professional problem in a public hospital in the City of Buenos Aires

MARIANA BORDES *

Universidad Nacional de San Martín / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

PAULA CANTOR **


Universidad Nacional de Lanús / Hospital General de Agudos “Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield”, Argentina


RESUMEN. El artículo aborda el modo en que un perfil de paciente de internación hospitalaria, definido como social, es construido como un problema médico-profesional por parte de médicos/as de planta, concurrentes y residentes, en el marco de un servicio de Clínica Médica que funciona en un Hospital de Agudos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este perfil de paciente cobra interés ya que, más allá de la resolución del episodio agudo que determinó su internación, debe permanecer en el hospital en virtud de ciertos condicionamientos que impiden su adecuado cuidado y alojamiento. La situación ambigua resultante genera una serie de tensiones, contradicciones y dilemas que los/as profesionales exponen al referir las dinámicas de clasificación y gestión de las rutinas hospitalarias asociadas al paciente social. El escrito expone tres tensiones en particular: (a) las que emergen entre colegas médicos/as; (b) las asociadas al “choque” entre orden médico y el contexto organizacional (orden hospitalario); y (c) las relativas a la relación entre orden médico-mundo de la vida del paciente. El artículo se sustenta en una investigación de enfoque interpretativo-cualitativo, a través de entrevistas en profundidad, apuntando a reconstruir las estructuras de sentido involucradas.

PALABRAS CLAVE: clasificaciones médicas; paciente social; hospitales

ABSTRACT. The article addresses the way in which a profile of a hospitalized patient, defined as social, is constructed as a medical-professional problem by staff, concurrent and resident doctors, within the framework of a Medical Clinic service that works in an Acute Hospital, Autonomous City of Buenos Aires. This patient profile is of interest since, beyond the resolution of the acute episode that determined his admission, he must remain in the hospital due to certain conditions that avoid adequate care and accommodation. The resulting ambiguous situation (which, strictly speaking, places it outside the jurisdiction of the Medical Clinic), generates a series of tensions, contradictions and dilemmas that professionals expose when referring to the dynamics of classification and management of hospital routines associated with the social patient. The paper exposes three tensions in particular: (a) those that emerge between medical colleagues; (b) those associated with the “clash” between medical order and the organizational context (hospital order); and (c) those related to the relationship between the medical order and the patient's lifeworld. The paper is based on an interpretative-qualitative research approach of a master's thesis, through in-depth interviews, aiming to reconstruct the meaning structures involved.

KEY WORDS: medicinal classifications; social patient; hospitals

* Socióloga y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora Adjunta CONICET, con lugar de trabajo en la Escuela Interdisciplinaria de Alto Estudios Sociales (EIDAES) de la Universidad de San Martín (UNSAM). Profesora titular de la materia Epistemología y Metodología de las Ciencias Sociales (carrera de Sociología, Universidad del Salvador). E-mail: marubordes@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-8046-9105>

** Licenciada en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires), Magíster en Epidemiología y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanús). Docente de la materia Problemáticas de la Salud Mental en Argentina (Universidad de Buenos Aires). Trabajadora social de planta del Hospital General de Agudos “Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield”. E-mail: paulamelinacantor@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0008-3074-0372>

Introducción

El presente artículo aborda el modo en que un perfil de paciente de internación hospitalaria, definido como *social*, es construido como un problema médico-profesional por parte de médicos/as de planta, concurrentes y residentes, en el marco de un servicio de Clínica Médica que funciona en un hospital de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La referencia a los pacientes sociales remite a una categoría que es utilizada informalmente en la jerga institucional para clasificar y ordenar la rutina de la atención cotidiana –lo que la antropología ha denominado como “categoría nativa” (Guber, 2001). En términos generales, refiere a aquellos pacientes que ya no presentan la dolencia aguda por la que fueron ingresados al servicio pero que, en virtud de determinados condicionamientos que no pueden resolverse desde las competencias médicas del servicio, su externación se ve comprometida. Estos pacientes asumen entonces una condición liminar (Turner, 1988), en el sentido de que no reciben tratamiento especializado pero tampoco se encuentran en condiciones de abandonar el hospital, deviniendo este último en una suerte de “espacio asilar”.

El tema de este artículo remite a un tópico de salud pública en el que convergen problemáticas referidas al cuidado, que entrelazan procesos globales, regionales y locales. Así, el fenómeno del paciente social puede asociarse a cambios demográficos y epidemiológicos, como los relativos al envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, leídos como resultado de una serie de procesos sociales, económicos y tecnológicos que modificaron tanto el estilo de vida de la población como las capacidades de la biomedicina para prolongar la vida (Córdova-Villalobos et al., 2008).¹ En este marco, distintas realidades entran en tensión: (a) la tendencia “familista” de las políticas públicas y las reformas de ciertos servicios sanitarios –tanto en Argentina como en Latinoamérica– que trasladan la responsabilidad de los cuidados hacia el ámbito doméstico (Ubasart González y Minteguiaga, 2017) (b) los cambios en la estructura/las formas de vida familiares que limitan la disponibilidad de cuidadores, dada la disminución de las unidades domésticas extensas, la reconfiguración de los roles de género y la inserción activa de las mujeres en el mercado laboral (Rodríguez Enríquez, 2005) y (c) las transformaciones que indican la emergencia de un nuevo orden mundial, en el que amplios sectores de la población no cuentan con recursos para cubrir sus necesidades de cuidado a través del mercado, ni encuentran disponibles redes de contención comunitarias (Gascón y Redondo, 2014).

Este artículo también expone la problemática sociosanitaria involucrada en las internaciones prolongadas. Varios estudios han analizado las repercusiones negativas que suponen: (a) tanto desde una perspectiva biomédica y epidemiológica, estimando el aumento del riesgo en términos de la ocurrencia de daños a la salud física (como las infecciones intrahospitalarias y otro tipo de secuelas inhabilitantes/mortales) (López Pardo et al., 2016; Abhela et al., 2006) como (b) desde una mirada del management o la gestión hospitalaria, proponiendo hacer un uso más eficiente de los recursos económicos, profesionales, y del uso de las camas (Ceballos Acevedo et al., 2014; Torres Salinas et al., 2005).

Ahora bien, en lo que hace específicamente a la organización social del trabajo sanitario² y la problemática de los “pacientes sociales” en el sentido propuesto por este artículo, nos encontramos con una vacancia llamativa en lo que hace a la producción de conocimiento. En el

¹ Adquiere aquí relevancia el incremento de padecimientos que suponen un alto grado de pérdida de autovalidez que, en muchos casos, requieren de tratamientos de rehabilitación de largo plazo. Estos últimos incluyen tanto enfermedades que evolucionan progresiva y gradualmente –esclerosis múltiple, Alzheimer– como trastornos derivados de un hecho traumático y abrupto –traumatismos encéfalo-craneanos y accidentes cerebro-vasculares (ACV)– (Nolte et al., 2013).

² La organización social del trabajo sanitario ha comenzado a tematizarse como un área de estudios de interés para la sociología médica, en tanto conjuga cuestiones relativas a la definición de profesiones/ocupaciones, sus áreas de injerencia y experticia, así como las dinámicas que se desenvuelven en contextos organizacionales (Allen y Pilnick, 2005).

ámbito local, Castelitti (2013) y Brovelli *et al.* (2015) realizan, desde las experiencias hospitalarias en el marco de intervenciones profesionales del Trabajo Social, un análisis de los factores determinantes de este tipo de internación, identificando perfiles de los individuos que entran bajo esta clasificación. Pero también destacando las dificultades que los/las profesionales de la salud deben enfrentar en estos casos (relacionadas con la inadecuación de las políticas públicas vigentes frente a estas problemáticas y los obstáculos para el acceso a los recursos existentes que brindan las instancias de gestión).

En relación con los/las profesionales de la salud y el modo en que ellos/as nombran y gestionan la realidad del “paciente social”, la ausencia de análisis en el ámbito de las ciencias sociales se acentúa aún más. En este marco, el presente artículo plantea como punto de partida dos interrogantes, haciendo foco en la perspectiva de un grupo de médicos/as que realizan su trabajo en el marco de un servicio hospitalario de Clínica Médica: ¿Cómo es categorizado el “paciente social”? ¿De qué manera se construyen sentidos, relacionados con el “paciente social”, a la hora de hacer referencia a la cotidianeidad del desempeño profesional? La elección de esta unidad de análisis se centra –de acuerdo con lo recabado en el campo– en que los/las médicos/as no sólo detentan una mayor autoridad profesional para la definición/clasificación de pacientes en el hospital; sino que cuentan, además, con recursos, destrezas y/o intereses que no necesariamente se orientan hacia ámbitos de injerencia que incluyan “lo social”.

Desde este artículo sostendremos que: (1) “lo social” involucrado en la categoría “paciente social” emerge como un orden material y simbólico que quedaría, desde la perspectiva de los/las informantes, por fuera de las competencias médicas de la Clínica Médica, delineadas en espacios de socialización profesional en los que rige un modelo de comprensión del padecimiento (y de atención) de bases principalmente biologicistas (Kirmayer, 1988; Lock y Nguyen, 2018; Menéndez, 1990).³ La categoría de paciente social constituye, así, una propuesta clasificatoria “operativa” que aparece como una opción para garantizar el cumplimiento del trabajo profesional respecto de los pacientes “convencionales” de la especialidad –operatividad para la efectivización del desempeño laboral que ya ha sido abordada en otras investigaciones (Bister, 2018; Bowker y Star, 1999)-; (2) la realidad que esta categoría nombra, empero, no deja de resultar problemática para los/las médicos/as, generando tensiones en distintos niveles relativos al ejercicio médico-profesional.

Para ahondar en estos aspectos, el presente escrito se organiza en cuatro partes: en la primera, se expone el modo en que el paciente social es categorizado en tanto tal. Los tres apartados que siguen apuntan a esbozar las tensiones y contradicciones que emergen con mayor frecuencia, en los relatos recabados, en torno de la gestión del paciente social (central en la tarea de definición del mismo): uno, que especifica las tensiones que emergen entre colegas médicos/as; el segundo, que podríamos referir como el “choque” entre orden médico y el contexto organizacional (orden hospitalario); y el tercero y último, relativo a la relación entre orden médico-mundo de la vida del paciente.

Estrategia teórico-metodológica y presentación del caso

Este escrito sigue los lineamientos de la investigación cualitativa (Souza Minayo, 2009; Vasilachis, 2006), inscribiéndose en un enfoque que dialoga con los desarrollos esbozados por las sociologías interpretativas orientadas al estudio del campo de la salud, especialmente aquellos que analizan los modos en que se produce/reproduce socialmente el conocimiento vehiculizado por

³ Sin dudas, no consideramos al campo de la medicina convencional como un campo homogéneo, sino como un campo atravesado por tensiones y disputas en torno de las definiciones que deben vehiculizarse y las prioridades que deben fijarse. En torno de las tensiones que genera el biologicismo en este campo, Bonet (2015) remarca cómo la medicina familiar/comunitaria en Brasil emerge como reacción crítica en la década de 1970, ante las perspectivas centradas exclusivamente en la anatomo-patología. Paim y Almeida Filho (1998) exponen el devenir de las críticas sociales al interior del campo de la medicina convencional, sobre todo desde la perspectiva de la Salud Pública.

los grupos que detentan los denominados “saberes expertos”. Esto supone tener en cuenta la dimensión de los currículos de formación y los organigramas organizacionales, pero particularmente el modo en las prácticas se dirimen en la propia “arena” del trabajo, durante el cumplimiento del desempeño profesional (Abbott, 1988; Allen, 1997; Bowker y Star, 1999). Todo lo cual requiere tratar a la medicina como un sistema cultural, como un espacio donde se desenvuelven acciones cotidianas (Collins y Pinch, 2006; citado en Atkinson y Gregory, 2008). Por su parte, para el caso puntual que nos ocupa relativo a la construcción médica de la categoría del paciente social y las tensiones que suscita en ámbitos hospitalarios, es preciso recuperar ciertos referentes teóricos que problematizan las transformaciones operadas en el campo médico en las últimas décadas, el modo en el que impacta en el desempeño profesional y los sentidos dados por los propios actores sociales. Lo que nos reenvía a las perspectivas sociológicas que analizan cómo los procesos de mercantilización/asalarización de la práctica médica, articulados con una creciente especialización y tecnologización de la medicina, dan lugar a rupturas con las tradiciones previas de producción del trabajo médico-asistencial y su fundamentación moral; todo lo cual impacta en la experiencia subjetiva de médicos/as (Castro, 2019; Schraiber, 2019).

Esta investigación cuenta con un *corpus* de entrevistas a médicos/as de planta, residentes y concurrentes que trabajan en el servicio de Clínica Médica de un hospital público (n=10), las cuales fueron realizadas en el período 2020-2021. Se trata de un hospital general de agudos ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, en el límite con el conurbano bonaerense, donde se registran los indicadores socioeconómicos y sanitarios más críticos de la jurisdicción. Precisamente por llevarse a cabo en el marco de la pandemia COVID 19, las entrevistas se llevaron a cabo a través de videollamadas (programa Zoom), y luego transcritas textualmente. En el marco de estas entrevistas, se tuvieron en cuenta algunos de estos aspectos, enfatizando el posicionamiento adoptado respecto del “paciente social”: formación (contenidos y valoraciones asociadas, tanto en el período de formación específicamente biomédica, como el relativo a las prácticas hospitalarias), procesos de internación/externación, el hospital público (burocracia, trabajo interprofesional/interhospitalario, dinámicas involucradas), pacientes a los/las que asisten (perfiles identificados, modos de vincularse con ellos/as), entre otros.

Desde un enfoque constructivista y hermenéutico, de extensa tradición en el estudio de la biomedicina en la clave de las ciencias sociales (Atkinson y Gregory, 2008), hicimos foco en la reconstrucción de las estructuras de sentido asociadas a la presencia del paciente social en el espacio laboral de los/as informantes. Así, el análisis de la experiencia de las actividades y acontecimientos “objetivos” fueron ponderados no necesariamente desde una perspectiva realista, sino como representados y evocados en referencia a los significados asociados a ellos (Good, 1993).

Esta investigación cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación (CEI) del hospital donde se llevó a cabo la investigación, código de registro N° 5184. Nos atuvimos al procedimiento del consentimiento informado, acompañando la hoja de información de una explicación pormenorizada brindada en la conversación previa a la realización de la entrevista. Se garantizó la confidencialidad de los datos así como el anonimato (sin identificar ni al hospital ni a los/las informantes, señalando sólo iniciales —en muchos casos diferentes a sus nombres de pila), así como la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento que se considerara pertinente.

La categoría de paciente social

La denominación de “paciente social” emerge en los relatos de los/as médicos y médicas entrevistados/as, desde un primer momento, como una categoría que opera específicamente en el ámbito hospitalario. Si bien ésta constituye una constatación recurrente a la hora de analizar los datos, adquiere mayor evidencia cuando los/las informantes hacen mención a sus comienzos en estos nosocomios, donde se remarca el contraste entre un desconocimiento total previo y el carácter omnipresente de estos pacientes en la vida hospitalaria.

Fue un - hola buen día, vos sos J? Tenés tres pacientes, ojo, que este es social. Vas a tener una comunicación más fluida con servicio social y, si tiene obra social, con ellos. Y así ya arrancó el primer día, tenías un paciente social. Y ahí entender toda la dinámica (JP, médico residente).

Nunca en mi vida supe lo que era un paciente social hasta que entré a la residencia (B., médico residente).

Desde que entrás al hospital (...) Apenas llegás a una sala o a una guardia escuchás el término ese. Así como te encontrás con nuevos términos –porque yo no había escuchado nunca- como óbito u otras cosas, te encontrás con ese término tan amplio como paciente social. La primera vez no entendí bien a qué se refería (I., médico de planta, 3 años de antigüedad en el cargo).

Al rememorar sus experiencias al iniciar el ingreso al hospital, los/las profesionales postulan reiteradamente estas diferencias en términos de disrupción o “choque”, remarcando la distancia entre el período de cursada universitaria (donde –como expresan de manera reiterada- prima una lógica académica de socialización e internalización del conocimiento científicamente fundamentado) y el desenvolvimiento del trabajo profesional efectivo en el hospital.⁴ Este impacto entra a formar parte de un *continuum* de señalamientos relativos a la realidad hospitalaria –hasta entonces desconocida- que es delineada como desconcertante y caótica. En este sentido, se la considera atravesada por falencias relativas a la disponibilidad de recursos materiales/humanos, precariedad edilicia y de los servicios, donde se pasa a enfrentar situaciones asociadas a la extrema vulnerabilidad socio-económica de la mayor parte de la población asistente (que incluye cuadros patológicos que, por su estado de abandono, atención tardía y consecuente gravedad, que “no se ven en otros lugares”). También se mencionan situaciones como la violencia verbal/física y comportamientos asociados, p.ej., al consumo problemático de sustancias. El contexto hospitalario ha sido retratado desde la literatura académica internacional como un espacio laboral “turbulento”, en la medida en que refleja la centralidad del paciente, una estructura temporal marcada por la urgencia y una segmentación interna atravesada por las dificultades de coordinación (Allen, 1997: 506). Los rasgos específicos del hospital y la población que recibe, en este caso de estudio, define además el valor narrativo de ciertos modos de referirse al hospital a través de anécdotas, metáforas o comparaciones, figuras retóricas que ponen de manifiesto la dislocación que se produce en términos experienciales entre la vida universitaria y la vida del hospital. Tal como lo indica R. (médica de planta, 30 años de antigüedad) al mencionar su primer día como residente, en el cual el hospital se encuentra inundado en una jornada de lluvia torrencial: “Un paciente hizo un paro y lo tiraron al piso para reanimarlo (...) ¡Lo tiraron arriba del agua! Me acuerdo de esa escena y me acuerdo de decir yo me quiero ir de acá (risas)”.

La denominación de “paciente social” aparece como una posibilidad de nombrar diferentes perfiles de pacientes que se corresponden con distintos diagnósticos, así como a una amplia variedad de situaciones y realidades, que convergen en un mismo punto de coincidencia: las difi-

⁴ En este punto, es preciso aclarar que la mayoría de los/las informantes acudieron a la Universidad de Buenos Aires (n=9), mientras que el entrevistado restante (n=1) se formó en la Universidad Nacional de La Plata. Desde el currículo de la Universidad de Buenos Aires, la carrera de Medicina es definida como una carrera de grado que dura siete años y está dividida en cuatro ciclos: el Ciclo Básico Común, el Ciclo Biomédico, el Ciclo Clínico y el Ciclo del Internado Anual Rotatorio (IAR). El Ciclo Básico Común es el ciclo de ingreso a todas las carreras de la Universidad de Buenos Aires. El Ciclo Biomédico, en su mayor parte, se cursa en el edificio principal de la Facultad, mientras que las asignaturas del Ciclo Clínico se dictan, además de en el edificio principal, en distintos Hospitales Universitarios (tales como el Hospital de Clínicas “José de San Martín”) o en Hospitales asociados a la Facultad. El Internado Anual Rotatorio se cursa íntegramente en Unidades Docentes Hospitalarias (Medicina, Facultad de Medicina UBA, 2019).

cultades para estos pacientes de ser externados una vez ingresados al servicio. Los/as médicos/as hacen uso de esta noción para referir los perfiles de paciente atravesados por una fuerte vulnerabilidad socio-económica, vincular y habitacional, como son las personas en situación de calle. O aquellos pacientes no autoválidos por diferentes causantes (por ejemplo, como resultado del evento de salud que generó en primera instancia la internación hospitalaria, como un accidente cerebro-vascular -desde ahora, ACV- o un traumatismo resultado de un accidente de trabajo o de tránsito, entre otros). En este sentido, las condiciones de vida precarias y la falta de una posición económica que garantice un cuidado adecuado, complica su retorno al hogar. Otro factor definitivo mencionado es la ausencia de redes de contención, lo que se suele articular con la escasez de recursos, aunque esta relación no supone una relación de necesidad: aquí, se mencionan a aquellos pacientes “sin familia” (adultos mayores con deterioro físico, cognitivo y/o psíquico, personas con una discapacidad inhabilitante, consumidores problemáticos de sustancias) que no son capaces de vivir solos y/o directamente no pueden ser retirados del nosocomio por parientes o allegados.

No tienen los medios para acceder a los derechos básicos – sobre todo medios económicos- como ser la vivienda digna, la alimentación, la vestimenta, que son por ejemplo personas en situación de calle (Y., médica de planta; 10 años de antigüedad en el cargo).

Y, es aquel paciente que viene, lo trae un amigo, lo trae la familia y, después cuando está en condiciones de alta, nadie lo viene a buscar. Ahí entra en la categoría de social (A., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo).

La falta de una red de contención familiar, sobre todo para pacientes que son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria y que, a veces, hasta el momento de la internación estaban viviendo solos ya al límite de su capacidad funcional (S, médica de planta; 15 años de antigüedad en el cargo).

La categoría de “paciente social” aparece fuertemente estructurada por una coordenada temporal. Podría afirmarse que se trata del nombre de un proceso relativo a la prolongación de la internación por fuera de los tiempos establecidos por el hospital y los protocolos médicos. El carácter de “no externable” conlleva su transformación en *social*, una nueva etiqueta que redefine su valoración en el servicio y los posicionamientos asumidos por los/las profesionales respecto de su presencia. Es importante este punto para resaltar que “lo social”, tal como es comprendido por los/las profesionales, no “emana” de los pacientes y sus condiciones de vida, sino que emerge en el marco de las clasificaciones y procesos que son propios de la organización social del trabajo sanitario y la lógica organizacional hospitalaria. Tal como Goffman especifica en *Internados* (2004:134-135), la conversión en *paciente* (mental en este caso) se produce en el marco del proceso de hospitalización, donde se reelaboran socialmente las características específicas de cada caso individual y se le adjudica un nuevo estatus uniforme. Los médicos/as entrevistados/as son reflexivos en torno de este proceso, diferenciando aquellos factores sociales ligados al advenimiento del padecimiento, de la categorización de “social” en el sentido dado en este marco, esto es: como parte de un sistema clasificatorio médico-hospitalario.

La posibilidad de que la categoría de paciente social se constituya en un modo legítimo de nombrar, agrupar y clasificar a individuos con ciertas características -más allá de ciertos cuestionamientos que los/las informantes mencionan (sobre todo al denotar la arbitrariedad del término “social”, como indica AY. “Yo no lo digo pero se dice, que es una terminología ridícula. Sociales somos todos, ¿Qué es social?”)- involucra sin dudas la mirada forjada desde la formación universitaria de grado en la carrera de Medicina. Desde los relatos se menciona que la lógica académica vehiculiza una matriz de inteligibilidad que los/las médicos/as incorporan, y que contribuye a de-

linear el perfil típico del paciente de Clínica Médica. Así, el paciente social aparece definido recurrentemente en oposición a este sujeto/objeto de intervención clínico por excelencia: el paciente “activo”, el que detenta una patología “aguda”, delimitada e identificable que es posible diagnosticar, tratar y eventualmente resolver. Desde la literatura de las ciencias sociales, esto nos remite a lo que Launsø (1989) señala en los términos del *paradigma clínico*, caracterizado por: (A) un ideal científico sustentado en la necesidad de sostener una objetividad metodológica que permita diagnosticar enfermedades empíricamente, sobre la base del conocimiento de relaciones de causa-efecto. La operatoria se centra en el aislamiento de las causas que provocan la dolencia, lo que algunos autores denominaron como especificismo etiológico (Laplantine, 1999) y (B) un tratamiento estandarizado (a un diagnóstico X se corresponde un tratamiento Y) cuya tecnología más habitual suele ser la administración de drogas farmacológicas. Esta linealidad de la lógica clínica –que reconocen los/las informantes- facilita la organización del trabajo a partir de la elaboración de protocolos y pautas de acción para la atención bajo criterios temporalmente condicionados (como el de urgencia), teniendo en cuenta que el carácter “activo”, “agudo”, “hemodinámicamente inestable” puede suponer riesgo de vida y requiere intervención médica inmediata. También se incluye a los pacientes cuyas patologías cumplen el objetivo del hospital-escuela, ligado a la transmisión del conocimiento académico en los sentidos mencionados.

Nosotros lo definimos como el paciente inactivo porque no tiene algo clínico que tenemos que resolver (...) primero el que esta hemodinámicamente inestable y hay que resolver ya. Segundo, el que está en resolución. Y, tercero, el paciente puro inactivo que espera el tercer nivel, está ahí pero no está (V., médica concurrente; 3 años de antigüedad en el cargo).

Cuando se transforma en social, no gusta... te soy sincero, porque no te aporta a la medicina por decirlo bruscamente (...) Si vos tenés tres pacientes y los tres son sociales, te querés matar. En el sentido médico de... activamente, de las patologías porque no tenés nada(...) (JP, médico residente).

Los sociales tratamos de esquivarlos (...) ya no tienen nada (R., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo).

Desde esta perspectiva, el “paciente social” constituye el reverso de la definición del área de incumbencia y de interés de la Clínica Médica en sentido estricto; categoría que evidencia cómo se instaura una frontera jurisdiccional con capacidad de dejar afuera aquellas realidades que no se corresponden con el paradigma clínico y de incluir las que sí. El establecimiento de estas fronteras supone una operación arraigada en los fundamentos ontológico-epistemológicos de la disciplina médica-científica con efectos visiblemente prácticos, cuya fortaleza reside en encauzar la totalidad de los esfuerzos profesionales hacia la detección/resolución de padecimientos biomédicamente definidos. Así cobran sentido expresiones como “está ahí pero *no está*”, “nada con ellos”, “ya no tienen nada”. Se trata de afirmaciones que hacen hincapié en la necesaria culminación del tratamiento como parte de la lógica clínica, lo cual condiciona el modo en que la mirada clínica se relaciona con el paciente social.

Más allá de la eficacia de este tipo de operatoria, distintiva de las disciplinas en general -construcciones intelectuales que definen lo que se piensa y cómo se piensa, y aquello que cae fuera de su alcance (Wallerstein, 1989)- y de las disciplinas científicas en particular, que trazan líneas que separan lo científicamente cognoscible/tratable de lo que no lo es (Gieryn, 2022), el paciente social como problema se asocia a lo definido como opuesto al paciente “verdaderamente clínico”. Si bien se identifican expresiones ligadas al lugar indefinido del paciente social dentro de la organización hospitalaria (“queda en una nebulosa”, “a la deriva”, “es un gris”, “está en un limbo dentro del sistema”) consideramos que, en última instancia, terminan delineando un mismo

interrogante que moldea una suerte de experiencia antinómica o incluso *paradojal* en nuestros/as informantes: si un paciente ya ha culminado con éxito su tratamiento pero continúa internado, sin dolencias agudas tratables desde la Clínica Médica ¿es posible definirlo como un paciente? ¿en qué sentido?

Tensiones al interior del orden médico

El carácter ambivalente del paciente social como realidad hospitalaria genera acuerdos y tensiones entre colegas médicos de la unidad de Clínica Médica, en tanto pone en juego posturas divergentes respecto de cómo debe ser atendido/cuidado (o si debe ser atendido/cuidado).

Un tópico referido con frecuencia refiere al modo en que se definen (y redefinen) los criterios de internación generales para el caso específico de los/las pacientes sociales, así como el establecimiento de consensos/disensos en torno a los criterios de internación/externación. Como señalan los/las informantes, el ingreso a la sala sucede principalmente desde el servicio de emergencias del nosocomio (guardia), lo que se realiza a través de un proceso de selección de los/as pacientes. En este caso se indica que, como condición necesaria para la internación, es preciso que el/la paciente cuente con una *patología clínica*, vinculada mayormente con situaciones de salud que requieren una profundización del diagnóstico o bien con la realización de algún tratamiento que requiere mayor tiempo de permanencia en el hospital. Este criterio médico en sentido estricto, se articula con otros criterios netamente operativos, es decir, tendientes a garantizar el “funcionamiento” de la sala: de este modo, una prioridad del servicio es la selección de pacientes autoválidos (lo que facilitaría los controles médicos y la relación médico-enfermeros/as) o de pacientes cuya recuperación se vislumbre en el corto plazo. Ahora bien, el tercer criterio de selección remite especialmente a la realidad del paciente social, en tanto se define en función de la evaluación profesional del *potencial egreso*. Si bien no es expresado como un criterio de exclusión taxativo, las situaciones ligadas al paciente social desencadenan una serie de monitoreos e interpretaciones anticipatorias a la hora de “subir” a un/una paciente (de la guardia a Clínica), con vistas a evitar una internación desventajosa en términos médico-organizacionales.

El que elige al paciente es el planta [*el médico de planta*] y uno ya sabe haciéndole dos preguntas al paciente cuál se va a convertir en un social. Teníamos médicos que le preguntaban: ¿Cómo te llamas? ¿tenés casa?, ¿familia? El paciente decía no, no. Ah listo, pasaban a la otra cama. ¿tenés casa? ¿familia? y así. (B., médico residente) Esa médica encima tiene un ojo, todos los años de experiencia. Bajábamos a guardia y decía: este va a ser un social, ¡cuidado eh! (JP., médico residente)

Hubo una época en que había residentes que terminaban la residencia, les pagaban e iban a la guardia. Eso agilizó un montón (...) porque ellos hacían el filtro de lo que verdaderamente era clínico (...) realmente subía el que tenía que subir. Mirá es un paciente social, es un paciente que por ahí vino del Borda por una neumonía, tiene que volver al Borda ¿para qué va a subir a clínica? si la neumonía se le curó (...) subía el que tenía que subir. (A., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo)

Ya en el pase aparece la palabra social, porque ya se dieron cuenta o lo detectaron los que hicieron el ingreso. (...) está lejos del alta pero como advirtiéndolo que cuando se le solucione todo, ¡no se va a poder externar! (S., médica de planta; 15 años de antigüedad en el cargo)

En los fragmentos citados se exponen dos tipos de tensiones ligadas a la externación: (1) cuando

el paciente se encuentra ya “curado” pero no están dadas las circunstancias para externarlo (lo que ya expusimos detalladamente). Aquí se menciona la expectativa institucionalizada a nivel organizacional de que la unidad de Clínica absorba estos casos –como indica J.: *Clínica a veces es el depósito de muchos pacientes que ningún otro quiere*-. Esta definición informal del papel que debe asumir Clínica Médica es aceptado por muchos/as, pero también es fuertemente rechazado. El imperativo de evitar la internación en todos los casos en que la derivación del paciente social pueda efectuarse desde guardia, se articula con: (2) una disposición a evaluar los perfiles de los pacientes “activos”, anticipando la posibilidad de que se *transformen* en sociales una vez admitidos/as en la sala. En estos últimos casos, los criterios estrictamente médicos de internación “cho-can” contra otra lógica profesional: la que consiste en evitar/gestionar la ocupación de plazas por tiempo indefinido, de acuerdo con criterios de selección del paciente en función del egreso, como indicamos anteriormente.

Asimismo, se registra un proceso de etiquetamiento en términos peyorativos, que surge como un tipo específico de sanción hacia aquellos/as colegas que, desde el sentido común de la comunidad médica, traspasan el límite de lo considerado “aceptable” respecto de los paciente social: como cuando se registra un exceso de dedicación/interés, o se infringen las reglas tácitas acerca de qué paciente social puede ser admitido (y cuál no) en la sala:

Yo les comentaba x cosa de tal paciente y me decían: ‘uh, dejá de hinchar con ese’, ‘te vas a recibir de crotóloga’ (S., médica de planta; 15 años de antigüedad en el cargo).

Quizás si vos le das mucha bola a estos pacientes que tienen mucha causa social y demás, medio que te ponen el mote de... vos andate con A [*el paciente social*]. [*En el hospital*] predomina más el distanciamiento que el involucrarte (V., médica concurrente; 3 años de antigüedad en el cargo).

Puede afirmarse que los relatos incluidos en este apartado ponen de manifiesto la coexistencia de lógicas divergentes en la medicina oficial, que confrontan visiones en pugna, más biologicistas o más integrales.⁵ La presencia del paciente social en el hospital escenifica las tensiones generadas por el modo en que –como avizoran los/las informantes- la biomedicina excluye de sus áreas de incumbencia aquello que no es clasificado/tematizado desde una mirada biologicista, pero que constituye una realidad cotidiana en las instituciones sanitarias.

Tensiones entre orden médico y orden hospitalario

En lo que respecta a la gestión del paciente social, el sistema de salud en general y el hospital en particular, aparecen en los relatos de los/las profesionales de Clínica Médica como instancias atravesadas por la lógica de la contradicción. El problema de las derivaciones es uno de los referidos con mayor frecuencia, debido a su centralidad para hacer efectiva la decisión médica de externar, en el caso sobre todo de pacientes que requieren de cuidados especiales: esto es, cuando resulta imprescindible el traslado hacia el tercer nivel o hacia efectores especializados en rehabilitación. Esta necesidad de derivar colisiona cotidianamente contra lo que se interpreta en los términos de las “falencias del sistema”: un sistema cuyo accionar no es del todo conocido/

⁵ El análisis de esta dicotomía, sin dudas, excede los objetivos del presente trabajo. Remite a una discusión presente sin dudas en el propio campo de la medicina oficial, y se encuentra ampliamente desarrollada en el ámbito académico de los estudios sociales en salud, cuando se interroga si es posible un abordaje médico integral del paciente, contemplando las coordenadas socio-culturales que son constitutivas de su dolencia. A este respecto, el enfoque de la salud colectiva cuenta con diversas propuestas analíticas, como las de Mattos (2004) y Ayres (2018) entre otros.

comprendido, pero que se vislumbra como incapaz de canalizar la atención/cuidado de una población que no cuenta con los recursos para afrontar su situación de manera privada/comunitaria. El contenido dado a esta abstracción se articula con el conocimiento concreto relativo a la ausencia de dispositivos adecuados (de cuidado y albergue) y la escasez de plazas vacantes en los centros existentes.

El obstáculo es el lugar definitivo de traslado de estos pacientes, conseguirle una vacante en tercer nivel. Sé del esfuerzo que hace el servicio social, que están llamando todos los días, mandando notas; pero digamos, ese alguien que toma la decisión –que no sé quién es o qué es- ese es el obstáculo más grande que veo (JP, médico residente).

No sé cuál sería el dispositivo adecuado, para estos y para otros pacientes que por h o por b quedan en el limbo en este sistema (...) Para estos pacientes no hay dispositivo (K., médica concurrente; 4 años de antigüedad en el cargo).

Primero, de nosotros no depende. Depende de las autoridades del Ministerio de Salud que tienen que hacerse cargo ellos y venir al terreno a ver qué es lo que hay, planificar qué hay que modificar (A., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo).

Es desgastante el social (...) en el sentido administrativo o de la insistencia con cosas. A todos nos ha pasado del paciente que le tenés que hacer el resumen y el resumen. Y para qué querés ocho resúmenes si nadie me está resolviendo el problema. (...) Ahora tenemos uno que es M. Le habían pedido ochocientas mil cosas y sigue estando ¿con qué necesidad me vas a pedir un ecocardiograma transesofágico? (O., médica concurrente; 5 años de antigüedad en el cargo).

Los fragmentos dejan entrever una cierta opacidad que reviste para los/las entrevistados/as el engranaje del sistema de salud a nivel de las instancias de toma de decisión, así como las incongruencias que trae aparejado. Resulta fuerte la oposición entre los esfuerzos profesionales realizados en pos de la externación y el “*nadie termina resolviendo el problema*”, la incompreensión acerca del “*quién o qué*” debería asumir la conducción político-administrativa del proceso, modificando el estado de cosas actual.

El desconcierto y la bronca ante el desamparo sufrido frente a estas situaciones estructurales, se articula con una tensión suplementaria: si bien el paciente social es considerado como parte de una problemática que excede el accionar de los/las profesionales médicos/as, continuamente éstos corren el riesgo de ser señalados como responsables directos de este tipo de situaciones. Aquí es posible distinguir dos circunstancias que se incorporan en la trama narrativa. La primera, cuando la atribución de la responsabilidad de la externación al profesional es vista como injusta, en la medida en que concierne exigencias que caen por fuera de su campo de acción. Una situación señalada reiteradamente es la que refiere a las demandas que plantea el hospital, en particular la dirección, para reducir la ocupación de las camas de la sala. Aquí lo que se intenta garantizar es el denominado *giro-cama*, un indicador de calidad de gestión que postula una relación entre ingresos-egresos, también llamada rotación, que garantice la disponibilidad de plazas para cubrir la demanda de internación. Este requerimiento, sin dudas, es compartido por los/las profesionales, no sólo para habilitar la atención de las personas “que realmente lo necesitan”, sino por el peligro de intercorrencias ante la prolongación de la permanencia en la sala, particularmente infecciones intrahospitalarias con gérmenes resistentes –sobre este tema no nos extenderemos por razones de espacio, sólo agregaremos que es un tópico que genera preocupación entre los/las informantes y que da lugar a nuevas contradicciones, que una médica resume

bajo la afirmación “muere estando sano”. Ahora bien, el problema avizorado reside en la incongruencia que representa el pedido constante para la liberación de camas (que se materializa en la exigencia de las autoridades hospitalarias de presentar “listas” que enumeren a los pacientes y el tiempo que lleva internado) y la falta de soluciones/ayuda para llevarlo a cabo –considerando que se maneja la sospecha (o la certeza) de que esta problemática podría resolverse si las autoridades intervinieran-.

Tenemos una lista de sociales, los tenemos enumerados (...) están muy pendientes porque les reduce la estadística del giro cama, y quieren giro cama. Vienen y te dicen: ‘quiero giro cama’, ¡pero vení vos a hacer la sala! (JP., médico residente)

Hubo momentos en que no era más que subir las listas todas las semanas y que sabías que no iba a pasar nada. Pero, de repente, no sé qué pasaba, qué manejo había, pero se derivaban pacientes (...) de repente, dos o tres que hace un montón que estaban lograron ubicarlos (R., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo)

La segunda circunstancia relacionada con la atribución de responsabilidad a los/las médicos/as se refiere a las externaciones postergadas que podrían activarse/agilizarse a partir de la intervención de los/las profesionales. Aquí, se señala que el rechazo hacia la realización de la cantidad de trámites que conlleva un egreso hospitalario dificultoso puede conducir a lo que uno de los informantes (B.) define como “atornillar” al paciente, es decir, convertirlo en social porque el equipo y la autoridad de la sala no terminan de movilizar los recursos necesarios para lograr su derivación (“¿Por qué no se puede resolver?, bueno, por factor propio. Tuyo, me refiero al servicio, al grupo, al equipo, porque no les importaba. Y es más fácil tenerlo ahí que suban a un paciente agudo de la guardia”). Se explicita aquí que la externación requiere un sobreesfuerzo de la contraparte médica (pedido de vacantes, presentación de informes, realización de estudios) es decir, demanda un seguimiento y compromiso que no todos/as se encuentran dispuestos a asumir. Sobre todo cuando estos informes y estudios se solicitan de manera repetida –hasta el absurdo- o aparecen como pedidos externos que son interpretados como estrategias para prolongar el proceso de traslado del paciente social (lo que se articula íntimamente con el problema de las derivaciones).

En algunos relatos emerge de manera anecdótica la figura extrema de aquellos/as médicos/as que, ante un panorama donde la población de pacientes sociales es elevada, adoptan una actitud de abandono de sus compromisos laborales, una reducción al mínimo de su involucramiento con la sala. Como indica A. –médica de planta: “El tema es el estancamiento (...) si yo tengo en la sala veinticuatro pacientes y doce son sociales ¡yo no hago nada! A esta altura del partido yo tendría que estar contenta, ¿me entendés? Pero no es así (...) cuando yo llegué al hospital, el médico de planta no hacía absolutamente nada. Estaban todo el día en el bar. Y la temática del [nombre del hospital] era llegar ocho y media, y a las diez y media se iban todos. En el interín estabas tomando café”. Del mismo modo, identificamos una postura que evita culpabilizar sin más a este perfil de colegas: existe una lectura reflexiva en torno a las dinámicas entre organización/profesionales, haciendo hincapié en la acumulación de dificultades en el transcurso de los años y su impacto. Como indica V. –médica concurrente: “no es para defender al planta, pero creo que llega a serlo después de muchos años de sufrimiento institucional, que atrofia de frustración, de angustia, de desidia (...) el hospital público te quema el cerebro”.

Es posible afirmar que el “choque” entre médicos/as e instituciones sanitarias incluye una visión del hospital como *locus* privilegiado de despliegue de destrezas técnicas/cognitivas adquiridas en la formación universitaria. Pero, asimismo, emerge como una realidad que tensiona las

posibilidades efectivas de implementarlas. El “*yo no quiero tomar café, ¡quiero trabajar!*” que añade en la entrevista A. se articula con lo señalado por V., donde expone cómo el hospital “*atrofia*”, en tanto mina las disposiciones para el trabajo de médicos/as, marcando la dirección que asumirán las trayectorias profesionales –al menos, al interior de la organización. Luxardo y Sasseti (2021) hacen referencia a cómo, en contextos determinados, operan fuerzas que “devoran” los proyectos, recursos, voluntades de los/as trabajadores/as de la salud, como si de una suerte de “agujeros negros” se tratara (fuerzas que los/las autores/as identifican con la lógica de las presiones particularistas que rigen en el sector-salud). En este marco se vislumbra como un valor, al menos en el sentido esbozado, el carácter reciente de las incorporaciones –de residentes, concurrentes, nuevos nombramientos- ya que la juventud y la ausencia del “desgaste” habilitan un entusiasmo renovado e, incluso, nuevas estrategias para encarar situaciones estructurales. Aunque esto no repercuta, necesariamente, en un interés por el paciente social y sus problemáticas específicas, sino más bien, el de ir en el sentido de “*hacer girar la rueda*”, que la sala “*funcione*”: mantener la dinámica del diagnosticar-tratar/“resolver”-dar de alta.

Podríamos afirmar que lo que emerge aquí es una referencia a las incongruencias asociadas a la falta de control médico sobre las formas de organizar la producción de los servicios, ampliamente abordado desde la sociología médica/de las profesiones (Castro, 2019) y también desde los estudios que –haciendo foco en la caracterización del subsistema público de atención de la salud argentino- especifican el debilitamiento de la capacidad de gestión que lo atraviesa (Belmartino, 2002). En un contexto de creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, la “distancia” entre médicos/as y las instancias de toma de decisiones intra (e inter) hospitalarias asume, incluso, características que rozan el absurdo, de acuerdo con las interpretaciones de los/las informantes, generando sentimientos de injusticia y una perspectiva que institucionaliza la idea de que los espacios organizacionales sanitarios –y las lógicas con las que operan- chocan contra la capacidad médica de sostener el trabajo profesional.

Tensiones en la relación médico/paciente

Si la presencia del paciente social tensiona la relación orden médico-orden hospitalario, particularmente en lo relativo a las condiciones de posibilidad del cumplimiento del trabajo profesional, en lo que respecta a la relación entre el orden médico y la lógica del paciente, se visibilizan otro tipo de dificultades. En el caso que nos ocupa, como ya indicamos, una manera de definir al paciente social consiste en remarcar el contraste “es un paciente pero no lo es”, que emerge como un modo de explicitar su carácter externo a la jurisdicción de la Clínica Médica en tanto saber biomédico. La peculiaridad de la relación médico-paciente en este caso, que determina el hecho de no estar atravesada por la necesidad de intervención técnica –más allá de los controles periódicos de rutina que sí se siguen manteniendo a pesar de “estar sano”- supone una radicalización del modo en que el/la profesional se ve interpelado/a, en lo que respecta a las dimensiones no reducibles a la mirada biologicista de su práctica: ¿qué hacer con este paciente “sano”? ¿es necesario y/o viable establecer un vínculo, “involucrarse”? Si la respuesta es afirmativa, ¿desde qué posicionamiento hacerlo?

En este marco, adquieren sentido ciertas afirmaciones de los/las informantes en relación con el enfoque de la Clínica Médica. En efecto, se considera pertinente enfatizar –para explicar la situación de los paciente social en la unidad- que se trata de una especialidad “dura”; “academista/cientificista” en lo relacionado con la formación y el ejercicio de la profesión; que focaliza en la “patología y no en el paciente”; que sostiene un modo “cuadrado” de relacionarse, “distante”, “lejano”. Estas referencias generales acerca de la mirada disciplinar se corresponden con el abordaje que las ciencias sociales llevaron a cabo en torno de la relación médico-paciente, donde se remarcan las asimetrías de poder/estatus/prestigio, así como la despersonalización del paciente en un contexto de racionalización, estandarización e incluso proletarización de la atención médica (Freidson, 1988; Armstrong, 1982; Mc Kinlay y Arches, 1985).

En este contexto, emerge en la trama narrativa el interrogante acerca de la posibilidad de manejar otros registros vinculares en la cotidianeidad del trabajo hospitalario. En los relatos identificamos a varios/as informantes que reivindican la importancia de sostener una postura “humanista”, en pos de exaltar el estatus del paciente en tanto persona, más allá de –aunque no negando– la centralidad atribuida al conocimiento ligado exclusivamente a la dimensión técnico-científica de la atención. A este respecto, se menciona que incluso pequeñas acciones habilitan a un cambio de enfoque en este sentido: comprar la bebida gaseosa de preferencia del paciente y mezclar allí su medicación, organizar sus fármacos incluso poniendo “cartelitos” para evitar equivocaciones en la continuación del tratamiento luego del alta, reiterar explicaciones de manera didáctica. Los fragmentos siguientes exponen esta tensión, estructurante –si se quiere– de la disciplina médica, entre los valores involucrados en una orientación más “humanista” de la atención, y otra de orden más reduccionista.⁶

El paciente social es la última prioridad en clínica (...) parece que está todo más enfocado en la organicidad, en lo sistémico, en si tiene fiebre o no tiene fiebre. Son pocos los que tienen un vínculo más humanitario. Hemos tenido, por ejemplo a R. Éramos algunos que nos llevábamos bien con él (...) F [*una concurrente*] le conseguía libros, son pocos los que logran vincularse desde ese otro lugar.

Luego añade:

Tuve compañeros que me decían: ‘vos tendrías que haber sido trabajadora social, no médica’, porque por ahí pensaba si el paciente iba a poder comprar la medicación (K., médica concurrente; 4 años de antigüedad en el cargo).

Este “humanismo” aparece articulado también con el vocabulario de la dimensión “asistencial” de la atención, exponiendo el dualismo que atraviesa a los dos mandatos de la profesión médica: el científico-técnico y el de servicio, el cual es reconocido en términos de tensión. En los siguientes fragmentos, dos informantes reflexionan acerca de cómo el orden médico no abraza necesariamente esta voluntad asistencial.

Pensaba que la gente que estaba trabajando en esos lugares [*hospitales públicos*] iba a tener el perfil que tenía yo, el interés que tenía yo sobre esa parte de la población. Gente que le interesara cubrir esta parte de la salud. Pero terminó siendo no siempre tan así. (I., médico de planta; 3 años de antigüedad en el cargo).

Nosotros en la UBA somos cuadrados, no conocemos lo que es adentro de un hospital, es bien científicista. No le importa la realidad social del paciente (...) y no estás laburando con un turno, estás laburando con un paciente ahí que llora, tiene familia, se ríe. Después también eso, vos te enfrentás con la realidad... ¡con la realidad de la gente! (...) Es como que ellos quieren aprender medicina, no quieren... dicen ‘yo no estoy acá para relacionarme con la gente’ (B., médico residente).

Este rechazo hacia la “realidad social del paciente” escenifica tanto la distancia –incluso la disrupción– entre la experiencia de formación académica y la experiencia laboral hospitalaria,

⁶ Bloom (1988) analiza la tensión “humanismo”/“biologicismo” en el terreno de la disputa entre valores de la práctica médica, en el marco de las reformas de segunda mitad del s. XX en las instituciones de educación médica en Estados Unidos. El autor señala que mientras el humanismo vehiculiza valores centrados en el cuidado en términos integrales – en un sentido bio-psico-social– de la comunidad, la familia y el paciente, el enfoque reduccionista se centra en la fe en la racionalidad de las soluciones médicas, el desinterés en los aspectos comunitarios/personales del paciente, y el foco en la comunidad científica y a la práctica competente de la profesión.

así como la tensa coexistencia entre diferentes concepciones de la medicina: los que se encuentran su vocación en “la gente” vs. los que consideran que se trata de una cuestión periférica a la vocación científica. Aquellos/as que se identifican con la primera postura, expresan una inquietud: la falta de entrenamiento formal para la adquisición de pautas de acción a la hora de vincularse con los pacientes en general (lo que remite a la capacidad de comunicarse en la interacción cotidiana pero, sobre todo, para gestionar situaciones límite como la inminencia de la muerte). El desconcierto y la desazón también aparecen a la hora de enfrentarse al paciente social. Como indica V. “el paciente social es un gris con el cual no sabemos mucho qué hacer. Es un gris que genera malestar, angustia, te hace sentir inútil, que no podés ofrecerle más, nadie nos enseña”. Este tipo de reflexión nos reenvía a lo que Bonet (2004) consignó bajo el dualismo del saber-sentir que atraviesa a la práctica de la medicina científica, aunque consideramos que la dimensión emocional, afectiva y relacional que quedaría por fuera del orden médico científico emerge —en este caso— poniendo el hincapié en una cuestión relativa a la pregunta por la definición misma de las competencias profesionales y los dilemas asociados: ¿hasta qué punto las destrezas vinculadas al paciente como “persona” deben quedar por fuera del currículo formal de Medicina, o al menos, de la especialidad de Clínica Médica? De manera espontánea o cuando preguntamos acerca de la existencia de asignaturas que aborden esta problemática en la formación universitaria, se explicita que sólo acceden a un contacto superficial con este tipo de aspectos, exclusivamente a través de materias como salud mental, salud pública y bioética. Esta vacancia, en contrapartida, activa una búsqueda personal de espacios extracurriculares donde sea posible adquirir herramientas no-biologicistas, prácticas y teóricas.

Consideraciones finales

El paciente social emerge en las narrativas de médicos/as clínicos/as como una estrategia clasificatoria capaz de expresar/reorganizar una realidad compleja y dilemática relativa a un perfil de paciente que no se puede externar, aún “*estando sano*”. De este modo, facilitaría el cumplimiento del trabajo profesional respecto de los pacientes convencionales, al ubicarlos como el objetivo prioritario de atención. La realidad que esta categoría nombra, empero, no deja de resultar problemática para los/las informantes. En este sentido, como trazamos a través de los distintos apartados, se expresan distintas tensiones y contradicciones a nivel del desempeño profesional hospitalario, relativas a la relación entre colegas (centradas en las diferencias de enfoque a la hora de internar/externar paciente social); al modo en que los/las médicos/as afrontan la inercia organizacional (y, a la vez, las exigencias) respecto de este perfil de paciente; el vínculo que consideran es posible/esperable entablar (considerando que las instancias de intervención técnica han concluido con éxito).

Es posible afirmar que, en virtud de las características *límite* que presenta este paciente situado por fuera de la matriz de inteligibilidad biomédica, se radicalizan problemáticas abordadas ampliamente en el marco de las ciencias sociales: el carácter reduccionista del enfoque biologicista y sus implicancias para la atención de la salud, el impacto que para la profesión médica reviste el desempeño laboral en organizaciones complejas, la despersonalización y la distancia establecidas en las interacciones médico-paciente. Ahondar en este análisis desde una clave que remarca la realidad clasificatoria que se lleva a cabo en el marco de las rutinas profesionales hospitalarias ha permitido: (1) adentrarnos en una temática poco abordada, ya que no es habitualmente visibilizada debido a su carácter informal, así como (2) establecer una lectura que pone de relieve ciertos rasgos relativos a cómo los/as propios/as médicos/as interpretan y valoran sus prácticas, competencias e incluso su identidad profesional en la actualidad.

Bibliografía

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abhela, F.; Castro, M.; Landeiro, N.; Neves, A.; Santos C. (2006). Mortalidad e o Tempo de Internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (1), 34-45. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942006000100005&script=sci_abstract&tln_g=pt
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520.
- Allen, D. y Pilnick, A. (2005). Making connections: healthcare as a case study in the social organisation of work. *Sociology of health & illness*, 27(6), 683-700.
- Armstrong, D. (1982). The Doctor–Patient Relationship: 1930–80 In: A. Wright and A. Treacher (eds) *The Problem of Medical Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Atkinson, P. y Gregory, M. (2008). Constructions of Medical Knowledge. En J. Holstein y J. Gubrium (eds), *Constructionist research* (pp. 593-604). Nueva York-Londres: The Guildford Press.
- Ayres, J.R. (2011). O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. En RPinheiro y AG Silva Junior (eds.), *Cidadania do Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde* (pp. 27-44) Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Barry, C.; Stevenson, F.; Britten, N.; Barber, N., y C. Bradley (2002). Giving voice to the life-world. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor–patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53(4), 487-505.
- Belmartino, S. (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1067-1076.
- Bister, M. D. (2018). The concept of chronicity in action: everyday classification practices and the shaping of mental health care. *Sociology of health & illness*, 40(1), 38-52.
- Bloom, S. (1988) Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *Journal of health and social behavior*; 294-306.
- Bonet, O. (2004) *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bowker, G. C., y Star, S. L. (2000). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Chicago: MIT Press.
- Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Morán, N., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., y Vezzetti, M. (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen*, 78, 1-18.
- Castelitti, S. (2013). Cronificación de la exclusión: vulnerabilidad social, cronificación de pacientes internados. *III Jornadas de Trabajo Social en el Campo Gerontológico*, La Plata, 30 y 31 de agosto.
- Castro, R. (2009). Prólogo. Sobre el arte de desencantar un campo. En LB Schraiber, *médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ceballos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274-295.
- Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., y Aguilar-Salinas, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública*

- de México, 50(5), 419-427.
- Crowe, S. y R. Brugha (2018) “We've all had patients who've died...”: Narratives of emotion and ideals of competence among junior doctors. *Social Science & Medicine*, 215, 152-159.
- Egan T. y C. Jaye (2009). Communities of clinical practice: the social organization of clinical learning. *Health*, 13(1), 107-125.
- Filho, N. A., y Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: Chicago University Press.
- Gascón, S. y N. Redondo (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para las personas mayores con dependencia. *Serie políticas sociales*, 207. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gieryn, T. (2022). *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*. Chicago: University of Chicago Press.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1993) *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Good, M.J.D. y Good, B. (1989). Disabling practitioners: hazards of learning to be a doctor in American medical education. *American journal of orthopsychiatry*, 59(2), 303-309.
- Guber R. (2001). “Antropología social”: una categoría nativa de la diáspora antropológica argentina. *Anuário antropológico*, 26(1), 169-189.
- Kirmayer, L. J. (1988). Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. En M. Lock y D. Gordon (eds.), *Biomedicine examined* (pp. 57-93). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la Enfermedad: Estudio Etnológico de los Sistemas de Representaciones Etiológicas y Terapéuticas en la Sociedad Occidental Contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Launsø, L. (1989). Integrated medicine -a challenge to the health-care system. *Acta Sociologica*; 1989, 32(3), 237-251.
- Lock, M. y Nguyen, V. (2018). *An anthropology of biomedicine*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- López Pardo, P.; García, A.; Baztán Cortés, J. (2016). Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gaceta Sanitaria*, 30(5): 375-378. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5619676>
- Luxardo, N. y F. Sasseti (2021). *In situ. El cáncer como injusticia social*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Mattos, R. A. de. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 1 (20): 1411-1416.
- McKinlay, J. y J. Arches (1985). Towards the proletarianization of physicians, *International Journal of Health Services*, 15 (2), 161-195.
- Medicina, F. d. (2019). *Facultad de Medicina*, disponible en: <http://fmed.uba.ar/carreras/medicina/información-general>.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Mexico D. F: Alianza Editorial.
- Minayo, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nolte, S., Elsworth, G. R., Newman, S., y Osborne, R. H. (2013). Measurement issues in the evaluation of chronic disease self-management programs. *Quality of Life Research*, 22, 1655-1664.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). Economía del cuidado y Política Económica. Una aproximación

- a sus interrelaciones. CEPAL: Documento presentado en la Trigésima Octava Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.
- Salinas, M. T., Morel, J. A. C., García, P. A., Morer, S. M., & grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña (2005). Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Medicina clínica*, 124(16), 620-626.
- Schraiber, L. B. (2019). *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Remedios de Escalada: Editorial de la Universidad Nacional de Lanús.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus.
- Ubasart-González, G. y Minteguiaga, A. (2017). Esping-Andersen en la Argentina: El estudio de los regímenes de bienestar. *Política y Gobierno*, 24 (1): 213-236. <http://www.politicaygobierno.cide.edu/index.php/pyg/article/view/892>
- Vasilachis, I. (2006) La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (comp.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa.
- Wallerstein, I., Briceño-León, R. y Sonntag, H. (1999). *El legado de la sociología, la promesa de la ciencia social*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

Fecha de Recepción: 8 de agosto de 2023

Recibido con correcciones: 7 de diciembre de 2023

Fecha de Aceptación: 14 de diciembre de 2023