

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

La Cultura Popular...Los caminos de su medicalización. Estrategias alternativas: la participación en salud y educación en Bahía Blanca - Argentina.

Adriana Benvenuto. y Jessica Visotsky.

Cita:

Adriana Benvenuto. y Jessica Visotsky. (2001). *La Cultura Popular...Los caminos de su medicalización. Estrategias alternativas: la participación en salud y educación en Bahía Blanca - Argentina. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/7>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/FuD>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

La Cultura Popular... Los caminos de su medicalización. Estrategias alternativas: la participación en salud y educación en Bahía Blanca-Argentina

Adriana Benvenuto* - Jessica Visotsky**

La investigación que se presenta aborda la problemática del conflicto entre el modelo médico hegemónico y la cultura popular, en el ámbito del Sistema de Salud Pública. Se intenta dar cuenta de las formas en que entran en relación diferentes saberes en el campo social (específicamente el campo de la salud).

En un primer apartado realizamos un abordaje teórico de los conceptos desde los que analizamos la problemática. De este modo desarrollamos los conceptos de cultura popular, de conocimiento de sentido común (también denominado cotidiano o popular) como así también el de representaciones sociales. Abordamos asimismo la problemática de la cultura de masas y de la cultura académica como saberes que entran en relación -de hegemonía/subalternidad- en la producción-reproducción de la cultura de las clases populares.

En un segundo apartado desarrollamos el tema de la medicalización de las prácticas culturales y sociales en relación a la salud y a la enfermedad.

En un tercer capítulo se ponen en tensión los conceptos desarrollados con un trabajo de campo etnográfico en el ámbito de la consulta médica y de talleres de educación popular con mujeres (en un centro de Alfabetización y en una Unidad Sanitaria).

Introducción

El presente trabajo es continuidad de un trabajo más extenso que venimos realizando en la ciudad de Bahía Blanca a partir del cual hemos pretendido aproximar-

nos a la cultura popular de los habitantes de la ciudad, en especial los migrantes chilenos y de la Patagonia argentina (Benvenuto, A; 1997; Benvenuto y Hernández; 1997; 2000; Hernández y Visotsky; 1999; 2001, Visotsky, J. , Benvenuto, A., y Otros; 2001). El trabajo tiene como punto de partida el trabajo con talleres historia oral-educación y salud con mujeres en Centros Municipales de Alfabetización en los barrios Villa Nocito, Vista Alegre y 1º de Mayo y en la Unidad Sanitaria Leandro Piñeiro de Bahía Blanca.

A partir de este trabajo y en el marco de la orientación de alumnas de Magisterio para Nivel Inicial y con las maestras de las aulas, con alumnas cursantes de Profesorado de Diseño Gráfico que realizaban sus primeras aproximaciones teóricas a la realidad educativa desde la pedagogía, tuvimos aproximaciones también a instituciones educativas de los barrios: el jardín de infantes N°940 y N°941 y la EGB N°24.

Es nuestra intención dar cuenta de un trabajo a lo largo del cual pudimos "hacer visible" el conflicto entre el modelo médico hegemónico/ la escuela y la cultura popular de los sujetos que atienden estas instituciones. Lo 'cultural' se configura como un "obstáculo", resistencia o barrera a normas y prácticas sanitarias instituidas; además la propia crisis del modelo médico, sobre todo desde los setenta, frente a las nuevas situaciones socioeconómicas, políticas e ideológicas (Menéndez, 1990, 1994). Asimismo lo cultural se manifiesta como un "obstáculo" en la experiencia escolar de los niños, siendo una instancia de medicalización de la diversidad cultural.

* Médica Pediatra Unidades Sanitarias de la Municipalidad de Bahía Blanca. Maestranda en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO-CEDES). Argentina.

** Licenciada en Ciencias de la Educación. Doctoranda en Historia en la Universidad Nacional del Sur- Bahía Blanca- Argentina.

El Abordaje

- 1- La metodología centró en un enfoque exclusivamente microsociedad, en el que la 'unidad de análisis' fue la pequeña comunidad, de raíces indígenas, y en menor medida el barrio popular urbano. Desde ahí, el núcleo de las explicaciones sustanciales pasarán por el grupo más pequeño que es la familia/unidad doméstica o las redes de parentesco o solidaridad.
- 2- Las temáticas. La producción estuvo focalizada a temáticas de salud perinatólogica; parto y nacimiento; crecimiento, desarrollo y estimulación temprana; nutrición; enfermedades y proceso de atención; y aprendizaje en el seno de la familia y desenvolvimiento lingüístico en el jardín de infantes.
- 3- La visión crítica al modelo médico dominante de salud-enfermedad-atención estará centrada en la causalidad, significación y manejo cultural de la enfermedad.
 - a- La no consideración de los factores socioculturales implicados en la enfermedad, lo que posibilitaría conceptualmente la causalidad cultural y consecuentemente la necesidad de una visión intercultural, integral en la asistencia médica. Plantearemos la necesidad para la medicina 'oficial' de articular los 'saberes tradicionales' y desarrollar un trabajo de cooperación con otros curadores que utilizan las madres en los padecimientos y enfermedades infantiles.
 - b- El etnocentrismo de la relación médico-paciente, puesta en evidencia en la desautorización por parte del médico a otros saberes y prácticas tradicionales, al uso de un lenguaje técnico alejado de la experiencia cotidiana de los pacientes y en la ausencia de comunicación e información hacia los mismos (Aguirre Beltrán, 1965:49).
 - c- El supuesto de la homogeneidad cultural y por ende el no reconocimiento de la diversidad cultural. En la cultura mapuche, las ideas, percepciones y prácticas de curación revisten una cosmovisión que el médico desconoce y no entiende.
 - d- Los aspectos burocráticos en la atención y el control social sobre las comunidades de raíces indígenas.

Desde esta concepción, donde lo biológico es unilateral, no contiene lo sociocultural y niega la vigencia de 'otra cultura'; el 'modelo médico es dominante', y la práctica médica es autoritaria e impositiva.

Existen dos grandes problemas sin resolverse; el primero se refiere a la visión 'reduccionista de las relaciones sociales'. Son concebidas como relaciones interpersonales, en un marco de 'intercambio recíproco', a través de redes y soportes sociales estructurales. Ejemplo de ello es la propuesta de Kleinman (1980) sobre aspectos de negociación en la relación médico-paciente. Tanto médicos como pacientes están en una relación más simétrica y por lo tanto dialógica, y son los pacientes los que deciden o no las prescripciones médicas (sistema social diádico). No se reconoce que la relación médico-paciente se estructura desde relaciones de poder, entre las que se incluye la clase, el género y los grupos étnicos.

El segundo problema se refiere a la focalización del significado cultural de la enfermedad. Los pacientes y médicos tienen diferencias semánticas y de significaciones. La biomedicina necesita de estrategias para

- enfrentar problemas más pobremente contenidos por los modelos tradicionales.
- colocar conceptualmente los problemas de relación con los pacientes y la comunidad en el ámbito de 'educación en salud',
- explorar aceptación y cumplimiento de las prescripciones, y
- articular las prácticas con los pacientes negociando con otras terapias.

Este es a nuestro criterio el núcleo del problema: no se exploran los procesos de producción de sentidos culturales, no se indaga en las ideas que atraviesan los procesos de significación. Las culturas están revestidas de una 'mistificación', por lo que deben ser 'situadas' en su contexto histórico, económico y político.

Dos peligros aparecen como relevantes

- uno general que se refiere al avance de las teorías biológicas 'explicativas' de la subjetividad, la sociedad y la cultura. Representadas por los discursos referentes a la ingeniería genética, algunas teorías referentes a enfermedades mentales y trastornos del comportamiento y aprendizaje., priorizan como eje analítico condiciones biológicas-genéticas- de grupos étnicos y sociales .
- el segundo es más específico: fortalecimiento del

modelo médico hegemónico y de los procesos de 'medicalización' en formas de vida humana y del viejo rol de auxiliar- intermediaria- de la antropología. Una antropología no cuestionadora del paradigma biomédico, que termina fortaleciendo a la práctica médica con 'recetas' frente a los otros.

En el campo educativo el estudio de la desigualdad social y el papel que la escuela desempeña en su transformación o conservación ha sido de especial interés para las teorías de la reproducción, de igual modo las experiencias de educación popular en América Latina a partir de la Pedagogía de la Liberación han desmascarado procesos de colonización que la escuela moderna ha llevado adelante. Las teorías críticas en educación están retomando en América Latina en el presente a las teorizaciones de la Reproducción, considerando asimismo los aportes que desde el poder ha planteado Foucault, de este modo señalan que la escuela no sólo reproduce estructuras sino que también produce estructuras sociales y sujetos. Los trabajos de Da Silva resultan de gran relevancia para nuestro continente. Desde los estudios de género los teóricos críticos, también están realizando interesantes aportes al campo de la educación (Yanoulas, C.; 1992; Fernández, A.; 1993; Morgade, G.; 1996; 1997;).

Es de especial interés para nosotras aportar al conocimiento y transformación en el campo educativo a partir de la deslegitimación de procesos de desigualdad basados en la etnicidad (Hernández y Visotsky; 1999). Consideramos que la escuela moderna ha llevado a cabo en la Argentina un proceso de etnocidio y consideramos que la diversidad cultural sigue siendo una cuestión negada en las escuelas bajo la falacia de la igualdad que sigue negando las diferencias. Diversas experiencias tanto académicas como desde movimientos sociales están dando cuenta de este proceso llevado adelante por la escuela proponiendo acciones transformadoras en Estados Unidos y Europa con los movimientos migratorios contemporáneos (Juliano, D; 1993; Coock-Gumperz, J; 1988; Macedo, D; 1994) y en América Latina que es de especial interés para nosotros, y resultan de gran reconocimiento las experiencias que se están llevando a cabo en educación popular en Brasil, en el marco del Movimiento de Trabajadores Rurales Sin Tierra, donde la alfabetización a partir de la cultura popular, de las tradiciones étnicas que han constituido al Brasil contemporáneo y recientemente la inclusión de las consideraciones de género en los análisis resultan relevantes y en México, en la región de

Chiapas, donde los estudios sobre la educación intrafamiliar y el "impacto" de las escuelas en las comunidades y en la cultura local son de especial interés (Mc Caa y Mills; 1999; Pérez Pérez, E; 1999; Primer Encuentro de la Educación Autónoma por la Paz y la Humanidad; 1999). En la Argentina desarrollan acciones en este sentido las agrupaciones indígenas (Confederación de Organizaciones Mapuche; 1994; 1997; 2000). Pretendemos a partir de un enfoque que vincule educación y salud desde el análisis de la cultura de los sujetos y realizar aportaciones que permitan implementar acciones transformadoras.

En el campo de la salud y en nuestra región resultan relevantes los aportes de Kalinsky y Arrúe, ellos proponen el trabajo a partir de la medicina popular en talleres (1993).

A través de un trabajo etnográfico hemos podido indagar en cuestiones de vinculadas a este conflicto entre la cultura hegemónica y la cultura popular. La metodología empleada es básicamente cualitativa, empleamos la estrategia del taller con madres, hemos participado en talleres con niños, realizamos entrevistas informales con mujeres en la institución educativa, en la unidad sanitaria, y en la casa, con maestras, integrantes del equipo de orientación escolar, directivos de la rama especial del sistema educativo.

Asimismo empleamos la auxología para indagar acerca del crecimiento y desarrollo de los niños de las instituciones educativas en tanto es uno de los argumentos esgrimidos para dar cuenta de las dificultades de aprendizaje de los infantes, tanto por documentos oficiales como por quienes trabajan en distintas dependencias del sistema educativo.

La Medicalización en el Hospital

¿En qué momentos, frente a que situaciones, las madres de sectores populares deciden recurrir al Servicio de salud? .

Traigo a colación comentarios recogidos en la consulta pediátrica. Ellos reflejan, explícita o implícita, el hecho que desencadena la decisión de recurrir al médico/a., una madre de 35 años recordaba:

"... la maestra de la escuela me dijo que usted me derive al neurólogo porque el chico no aprende, está distraído, no la escucha a la maestra..."

Otra, hablando de su sobrino:

"...La maestra me dice que "E", no come la comida de la escuela, se aburre, habla poco y no juega con los otros chicos..."

A la consulta pediátrica acuden madres desesperadas porque a su hijo se le han realizado en la escuela test psicológicos porque "no aprende". La derivación realizada por el equipo psicopedagógico escolar tiene la finalidad de que el médico dictamine si el niño tiene alguna enfermedad o trastorno por la cual no aprende con lo cual se presume que a través de la realización de estudios neurológicos y psiquiátricos se podría dictaminar la "anormalidad", para su posterior derivación a clases especiales. Esta práctica, que no es más que una práctica de control social de los sectores populares, es una práctica de exclusión del sistema educativo "normal" por medio de la medicalización. Es una práctica cotidiana en contextos de pobreza.

Lo que quizás distingue a los sectores populares de otros es que la búsqueda de consulta médica parece estar hegemonizada por circunstancias disparadoras como el temor de que el niño sea excluido de la escuela, o se lo derive a "especial". El modelo médico oficial interactúa e impacta en las prácticas culturales, provocando cambios de acuerdo a normativas de la Pediatría, que no son las usadas muchas veces por las madres. Esto desencadena una ambivalencia de actos que muchas veces derivan en disminución de la sanidad de la prescripción.

La enfermedad como construcción social

Peter Conrad (1982) realiza una relación entre la construcción social de la enfermedad y la relación entre ésta y la anormalidad. En el sentido común se halla la idea de la existencia de dos referentes: el afuera y el adentro del morbo y la enfermedad. Esto es la existencia separada de ambas entidades. Este sentido común está asentado en la filosofía positivista de la ciencia. En contraste a esta posición está la cultural relativista: un morbo es enfermedad si es reconocida como tal por la sociedad y la cultura. Fuera de sus significaciones no hay enfermedades ni morbos en la naturaleza para esta postura, es el hombre el que le da la categoría tanto de morbo como de enfermedad. Existen acontecimientos que se producen naturalmente, incluyendo virus, tumores...etc. pero no constituyen enfermedades ipso facto el significado social que los hombres le dan los constituyen en enfermedades y morbo. Los fenómenos biofisiológicos en sí mismos no son enfermedad o morbo pero son los que utilizamos como base para etiquetar una condición u otra como enfermedad o morbo. Las enfermedades para los relativistas culturales

son juicios "negativos" que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son construcciones sociales, hipotéticas creadas por nosotros mismos. La construcción social de la enfermedad está definida por la anormalidad del comportamiento, sujeta a mayor ambigüedad e interpretación que los problemas biofisiológicos. De este modo las definiciones de enfermedad reflejan en gran medida los valores e ideosincracia de una sociedad.

Enfermedad y anormalidad fueron vinculados por Parsons. Conceptualizó la criminalidad y la enfermedad como anomalías en tanto amenaza para la estabilidad de un sistema social a través de su impacto sobre el desempeño del rol. Las causas son distintas: en la criminalidad la anormalidad es "intencionada", y es definida como delito; en ser esta anormalidad no intencionada y es definida como enfermedad. Se distinguen en función de los mecanismos de control social. Al criminal se lo castiga para alterar sus motivaciones y llevarlo al convencionalismo. Al enfermo se lo trata, para alterar las condiciones de enfermo que impiden su convencionalismo. Parson plantea que existe culturalmente un rol de enfermo que sirve para legitimar la anormalidad de la enfermedad y encauzar al enfermo a la relación reintegradora doctor - paciente. Para Parson el rol de enfermo tiene 4 componentes: dos exenciones de las responsabilidades normales y dos nuevas obligaciones. A la persona enferma se le exige de las responsabilidades normales momentáneamente además no se le juzga responsable de su condición, no puede recobrase voluntariamente. En tercer lugar la persona "debe" reconocer que estar enfermo es un estado indeseable y debe desear el reestablecimiento; en último lugar el enfermo debe buscar la cooperación con quién lo someta a tratamiento. En el rol de enfermo está implícita la idea de que la medicina es "una institución de control social". El médico funciona como agente de control social.

La definición de "anormal" es siempre una facultad asumida por personas cuyo poder social o político es mayor que el "del anormal" e implementan medios basados en ese "poder" para ponerle remedio. Se presenta como una modernización humanitaria de las redes de control social el desplazamiento del control religioso al del estado y luego al médico y social. La medicalización tiene lugar cuando las formas tradicionales de control social dejan de ser eficientes o aceptables. En opinión de Conrad (1982) en nuestra sociedad "moderna" y "tecnológica" las nuevas formas de control social serán médicas o se adscribirán en una forma de

psicotecnología tal como la modificación del comportamiento. Medicalizar la anormalidad puede ser "beneficioso" para las instituciones sociales, tales como escuela, hospital, médicos, compañías farmacéuticas.

¿Educación y cultura popular: Existe la cultura popular?

Este es un estudio sobre el impacto que la cultura hegemónica ha tenido sobre la cultura de las clases populares, pero nuestra perspectiva considera la necesidad de legitimar la cultura popular, aquella elaborada por los estratos no dominantes, sumergida, casi clandestina. Aquella que no es una elaboración sistemática, políticamente organizada y centralizada, sino que es fragmentada, que resguarda los particularismos, que es conjunto cultural en el cual lo indígena es uno de sus componentes (Duran, L., 1991: 68). Dar legitimidad a la cultura que caracteriza a las clases dominadas, aquella cuyos creadores y portadores son campesinos, trabajadores rurales, obreros industriales, marginados urbanos, subempleados y estratos bajos de la clase media. Dar un status de "cultura" a aquella creada por el pueblo, "por el conjunto de las clases subalternas e instrumentales de toda forma de sociedad que ha existido hasta ahora" (Gramsci, A. citado por Duran, L.; 1991: 69), a la cultura que es dinámica, que se apoya en la riqueza de una diversidad de tradiciones, creencias e ideas, hábitos, conocimientos empíricos que son la expresión de "otra" sensibilidad, a aquella cultura que es mayoritariamente oral.

En tanto la conquista y colonización española no logró eliminar totalmente la cultura indígena, (pero sí la alteró), es posible hallar rastros de esta en las prácticas sociales de los pobladores mestizos, productores y reproductores de una cultura también en proceso de mestizaje.

En los talleres es un presupuesto el respeto por una sabiduría que se ancla en un sistema cultural. Consideramos que la preocupación de los seres humanos por la vida y la restauración de la salud es universal. Consideramos que ha habido una oposición entre el saber cotidiano o de sentido común y el científico. Esta oposición o polarización se basa en la construcción de pares antitéticos en torno a la fundamentación al método a la sistematicidad y a la rigurosidad del lenguaje, esto es la CRITICIDAD de uno frente a la acriticidad del otro. Esta oposición se fundamenta en el planteo de que el conocimiento científico es la norma que define qué es el conocimiento y el conocimiento de sentido común es definido

por la ausencia de caracteres del conocimiento científico. Se lo denomina también vulgar o ingenuo. Esta oposición no nos permite visualizar la relación e intercambio entre ambos tipos de conocimiento y desarraiga la ciencia de su inserción en la comunidad. No hay actividad social alguna -la actividad científica lo es- que no responda a intereses, fines que coexisten y luchan en la comunidad. Esta oposición parte de una ideología que tiende a desarraigar la ciencia de la comunidad y que legitima la pérdida de conciencia de la función social y del compromiso ético de la labor. La oposición entrafia jerarquía.

Entendemos que hay una dependencia entre ambos tipos de conocimiento y que el conocimiento de sentido común es un hecho universal que no se suprime en el científico y es fuente y condición de posibilidad del científico, surge como modificación de la actitud natural en actitud teórica (Lasala; 1997); todo conocimiento (aunque crítico) tiene arraigo en una cosmovisión determinada. El conocimiento cotidiano es un conocimiento basado en:

- Clasificación- orden
- Método: observación, experiencias repetidas
- Hay una transmisión: oralidad-memoria.

Ambos tipos de conocimiento se sustentan en operaciones mentales semejantes. Levi Strauss lo plantea en base a un extenso estudio de campo, que el hombre de comunidades consideradas "salvajes" construye sistemas clasificatorios de lo real tal como lo construye la ciencia, esto es, ordena el mundo circundante, por lo que él plantea en este estudio que el siempre pensó bien, lo que cambió fueron las cosas a las que aplicó este pensamiento (Levi Strauss, C.; 1997). Es necesario no obviar una consideración temporal y espacial, esto es contextualizar lo que los hombres y mujeres "dicen" y "saben". Conocimiento cotidiano y científico constituyen diferentes formas de acercarse a un hecho, en este caso la enfermedad y la restitución del estado de salud (curación).

Entendemos que las concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre la normalidad y la anormalidad están ancladas en Representaciones Sociales, entendiendo a éstas como al conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los sujetos de un grupo social comparten en relación a la realidad social (Moscovici, S., 1993, Sirvent, M.T., 2000). Estos fenómenos son culturales y compartidos, y condicionan las necesidades grupales, la elección de los elementos para su satisfacción y las prácticas cotidianas. Las representaciones y prácticas sociales son condicionadas por

factores socioculturales, históricos, económicos y políticos. Son construcciones acerca de determinado aspecto del mundo circundante mediante la estructuración de una amplia gama de informaciones, percepciones, imágenes, creencias y actitudes vigentes en un sistema social. La representación social es una producción mental. Cumplen una doble función: establecer un orden que permite orientarse en el mundo a los sujetos y también permiten establecer una comunicación entre los miembros de un grupo o comunidad. El estudio de éstas nos permite comprender como los sujetos teorizan acerca de sus experiencias. El estudio de las representaciones sociales deriva de la tradición Durkheimiana. La psicología social francesa desarrolló una perspectiva diferente, ampliando las representaciones como mecanismos explicatorios para entender que los mecanismos son internos e intentaron captar la vitalidad de las mismas. Bourdieu, Moscovici y Kaës profundizaron y teorizaron en torno de las representaciones sociales.

Entendemos que las relaciones sociales contemporáneas deben ser entendidas a partir de la noción de hegemonía, acuñada inicialmente por Gramsci. Las relaciones de hegemonía construyen un sentido común y este es el anclaje de la economía (Williams, R.; 1980). La hegemonía es una relación social de poder que articula coerción y consenso, y coerción no sólo es represión, puede ser un manejo político de relaciones de desocupación. La relación entre coerción y represión no es directa, es compleja. Consenso implica adhesión no libre definida porque hay una estructura de la desigualdad. Es una relación activa y el poder implicado en estas relaciones es productivo: produce sujetos. Estas relaciones no suponen aceptación pasiva sino que se dan relaciones de contra - hegemonía: resistencia, impugnación, esto es hegemonía alternativa o poder paralelo. En las relaciones de hegemonía hay mutuas apropiaciones entre dominantes y subalternos. Se dan procesos de apropiación y de reelaboración: las clases subalternas pueden desarrollar prácticas autónomas, no funcionales al sistema o suelen impugnar, generar procesos críticos fuertes sobre la base de consensuar ciertos modelos hegemónicos, todas las prácticas políticas son contradictorias.

En este proceso de construcción de hegemonía los medios de comunicación ocupan un lugar destacado. Existen programas de salud contribuyentes a modificar prácticas que son nocivas. Intereses comerciales de los medios de comunicación, de empresas auspiciantes. Estos medios sean gráficos, escritos, audiovisuales y

electrónicos generan un discurso que opera como un arbitrario cultural dominante en la sociedad (Bourdieu y Passeron; 1970). Estos medios juegan un papel tanto mistificador como desmistificador en relación a la biomedicina. Consideramos necesario introducir el concepto de conciencia práctica en oposición a conciencia oficial. La conciencia práctica se vincula con el sentido común, y es necesario vincularla con los procesos de producción de hegemonía. "La conciencia práctica es casi siempre diferente de la conciencia oficial...es lo que realmente se está viviendo y no sólo lo que se piensa que se está viviendo... un tipo de sentimiento y pensamiento efectivamente social y material" (Williams, citado por Tamarit; 1999:11). Se dan relaciones de poder, de hegemonía y subalternidad en las que el discurso sanitario transmitido por los medios opera como conciencia oficial en momentos de la consulta.

Aprender o no aprender en la escuela cómo la escuela medicaliza la cultura popular

Existe una idea generalizada, que conforma las representaciones sociales de quienes se desempeñan en el sistema educativo de que habría problemas nutricionales y/o de falta de estimulación en la casa de los niños que tienen "problemas de aprendizaje y/o lenguaje": "Chicos que no les hablan, los dejan tirados en un cajón de manzanas", "Son chicos mal alimentados..." son frases que no es raro escuchar en diversas dependencias del sistema educativo formal.

Estos planteos son sostenidos desde instancias oficiales como desde los docentes. La familia, las madres en especial son consideradas un "problema" en los documentos de la Dirección de Educación Inicial de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires .

Según dan cuenta en dependencias de la Rama Especial del Sistema Educativo Provincial "los criterios biológicos" empleados hasta hace un tiempo para definir "el riesgo" han sido desplazados por "criterios sociológicos", y se intenta dar cuenta "que esa población está en peligro, por la cantidad de hijos que tienen por ejemplo".

En las Ciencias de la Educación esta apelación a criterios biológicos para dar cuenta de la normalidad y la anormalidad o de lo normal y lo patológico es fundante del mismo sistema educativo.

Desde las concepciones sociológicas de la niñez ideas de Durkheim se legitima la institucionalización de la mis-

ma, siendo la escuela la institución relacionada con la vigilancia, el control y distribución del orden para la infancia y Senet y Mercante desde la psicología aplicada a la educación y la didáctica respectivamente. El ámbito de la niñez como ámbito jurídico biológico (Foucault, M.; 1992:83; 1999:61) da lugar a la constitución de la escuela, constitución que vincula las nociones de niñez y anormalidad. El anormal se funda en las concepciones de monstruo humano (Foucault, M.; 1992: 83; 1999:61) como excepción de la naturaleza, como equívoco, y en la noción de individuo a corregir (Foucault, M.; 1992:85; 1999:63) entendido como el que se resiste o el incorregible, que legitimaba las instituciones de corrección que basarían su actividad en técnicas de adiestramiento. Asistimos en el presente a un debate acerca de la normalidad y anormalidad que se dirime en los espacios de los gabinetes psicopedagógicos y de las aulas pero que tiene sus fundamentos en las ciencias y en las políticas educativas.

En los documentos analizados se habla de población en riesgo social. El calificativo "social" adjetiva una situación de la que la responsable es la familia y situación de la cual no hay un contexto social e histórico que de sentido. "Riesgo Social", y no exclusión social, "desocupación", de "opresión" son los calificativos que definen a los sujetos de aprendizaje. En estos documentos la exclusión social aparece naturalizada y "peligrosa" para los "no excluidos".

Evitando definir un sujeto en término de hombres y mujeres la DGCyE plantea como desafío "la atención a la diversidad y en especial en contextos de pobreza", la pobreza aparece como el "circunstancial" que define la población a "atender". La declamación de una diversidad que define como que "los itinerarios de aprendizaje son mayores y múltiples comparados con el repertorio de estrategias de enseñanza que contamos", limita el planteo a la cantidad y variedad de experiencias obviando el análisis profundo de la diversidad cultural, de los usos de esta diversidad en la escuela y sus vinculaciones con la desigualdad social.

Entendemos que actualmente se conjugan argumentaciones de tipo sociológico funcionalistas (la pérdida de lazos sociales, de cohesión social, la anomia, falta de estímulos, de afectos, etc) con argumentos biologicistas (mala alimentación, problemas genéticos) para dar cuenta de "dificultades" de aprendizaje o de "lenguaje". Consideramos que es necesario avanzar en estudios sobre la cultura para poder entender a los sujetos considerados "en riesgo social" por la DGEyC, o como chi-

cos que no aprenden, o no hablan por los maestros. Consideramos que es necesario, tal como lo planteaba Menéndez, revisar los conceptos desde los que la Antropología está abordando la cultura, esto es, replantear los criterios biologicistas que están siendo retomados en la Antropología contemporánea (Menéndez, 2000).

En charlas informales realizadas con integrantes de equipos de orientación escolar que atienden a los niños de las instituciones educativas con que trabajamos manifestaron que hay un 50% de niños con problemas de aprendizaje y lenguaje, (dislalias múltiples, vocabulario muy limitado, pobre, etc.), sostienen que no es un problema de capacidad intelectual, y atribuyeron a la falta de estimulación en la familia la causante de estas dificultades. Han realizado actividades con padres de diseño de juegos, charlas sobre lectoescritura, etc. Manifestaron que los niños que son hijos de padres bolivianos "el principal problema que tienen es que no hablan. No hablan". Respecto de sus madres que son colaboradoras, trabajadoras, respetuosas... ellas te escuchan...". Respecto de los niños hijos de padres chilenos y/o mapuches manifestaron que también tienen problemas de aprendizaje y de lenguaje; en general señalaron la "pobre" o deficiente estimulación. También señalaron que, dada las condiciones materiales de vida, cantidad de hijos, las madres son muy trabajadoras, están todo el día limpiando la casa y a los chicos, porque "vienen limpios" y que no tienen tiempo de dedicarle atención a los chicos, entonces están mucho afuera, y vuelven tarde. Nos encontramos con testimonios que señalan a la afectividad-estimulación como "problema", que merece ser sujeto a disciplinamiento-normativización-medicalización. En las representaciones de docentes o integrantes de los equipos orientadores, las madres no hablan con sus hijos. Dicen que "carecen de vocabulario básico, las maestras empiezan de cero en sala de tres años".

Respecto de las derivaciones a especial manifestaron que cuanto más pobres son los padres más asumen como "normal" la derivación, "es como que esperan que lo pasen a especial como al resto de sus hijos, porque no va a aprender...". En la rama de especial nos informaron que la población atendida por la dependencia es mayoritariamente de origen social pobre, especialmente quienes asisten a escuelas para niños con retardo mental leve. Respecto de escuelas especiales los mandan a la 510 especialmente o a la 503 y en algún caso 508. La matrícula de la rama especial es de 3.989 niños habiendo además 917 denominados "Integrados"

que son niños de la Rama Especial que reciben temporariamente atención especial en la escuela "normal". De estos 5006 niños la mayoría provienen de hogares con padres desocupados o subocupados (según dieron cuenta en la Jefatura de la Rama Especial). De estos 5006, 1551 son niños con retraso mental leve, 951 están en escuelas especiales y 600 integrados (Estadísticas de la Jefatura de la Rama Especial; 2001). En las instituciones el personal manifestó que mandaban a los chicos a la escuela 24 y 36 que les correspondía por zona, pero desde que se dejaron de implementar los radios de influencia, los padres hacen grandes esfuerzos para llevarlos a otras escuelas donde "fracasan", estas son la 3, la 6, la 2, la 1, la 63, 61, 11, 22. La escuela del barrio, la 24 está estigmatizada como una escuela donde no se aprende, tanto por el testimonio de niños como de adultos, padres de chicos "Dicen que los chicos se la pasan jugando, las maestras toman café y fuman todo el día... Fuimos a conocerla a principio de año todas con el jardín y parece una cárcel, toda enrejada... Cuando la pintan, aparece enseguida toda escrita de nuevo. Es una lástima porque queda en el barrio... queda cerca..."

Cuando indagamos no había considerado la escuela del barrio, comenzó a enumerar otras escuelas alternativas a la 61 como la 3 o la 22 pero a esta no la nombraba... De la misma forma otra mamá envía a su hija a la 63. "Yo voy a la escuela 3, en la calle Terrada" decía una nena de 11 años y conversaba con otra nena que va a la 24, dijo que no le gusta ir ahí porque "no enseñan nada". Le preguntamos si había comparado con alguien, no tenía referencias del mismo grado en otra escuela qué contenidos estaban viendo. De cuatro madres, que participaron de un taller donde realizamos antropometría, dos se estaban por mudar por lo que no saben a qué escuela mandarán a los nenes. En general comentaron desear inscribirlos en otra escuela, buscan "sacar" a los chicos de la escuela del barrio, ir a una escuela céntrica pareciera que opera como una forma de salir de "la villa".

Según trascendidos, en una de estas escuelas céntricas se formaron "grados de Maldonado".

La institución y la cultura de los sujetos que atiende

A partir de un trabajo de tipo etnográfico en el barrio, tanto en la unidad sanitaria, como en las instituciones educativas y en talleres con madres hemos intentado aproximarnos a la problemática que nos convocaba: la

interculturalidad como situación "invisible" en las instituciones.

Las docentes entienden que en sus instituciones no hay discriminación por cuestiones de nacionalidad, origen social o cultural. Entendemos que está vigente aún la idea de que la argentina es un país que no discrimina, que alberga a todos... Los instructivos oficiales para el registro de asistencia de alumnos consigna en el punto dos que "la nacionalidad se hará constar con una A para los Argentinos y una E para los extranjeros", sin considerar que dentro de extranjeros puede haber una amplia gama de posibilidades.

Situaciones de agresión vinculadas a la nacionalidad son frecuentes: "por qué en tu casa usan la bandera de Chile, ahora están en Argentina..." o "ellos no respetan nuestras fiestas..." son verbalizaciones presentes pero "invisibles sociales"... En los talleres con niños hemos escuchado que se acusan ofensivamente diciendo "vos sos negro".

Los docentes saben de la situación de pobreza en que viven y son muy considerados en muchas situaciones cotidianas que se viven, pero esta categoría de pobreza aparece homogeneizando a todos los sujetos, se suele ignorar gran parte de la vida cotidiana de las familias de los niños y lo que se sabe está estigmatizado: que comen ñaco, locro, mote, por ejemplo si se sabe, está estigmatizado.

La comida. Alimentación - nutrición

Las pautas de alimentación es uno de los aspectos de la cultura que más se resiste al cambio cultural. Hernández ha indagado acerca de las pautas alimentarias de los grupos migrantes de la patagonia argentina y de Chile en Bahía Blanca planteando la necesidad de

"Investigar sobre las pautas de cocina, es decir, ¿qué come determinado grupo social? ¿cómo elabora lo que come? ¿qué lugar ocupan los alimentos en el proceso de producción simbólica? Nos lleva a hacer una serie de planteos teóricos. El primero de ellos es analizar cómo funciona la relación historia, espacio y recursos naturales... qué importancia tiene el estudio de lo cotidiano ... qué se significa a través de las comidas" (Hernández, G.; 1999:216).

Desde un estudio diacrónico señala algunos alimentos y la elaboración que realizan, entre ellos señala el amplio empleo del trigo como materia prima básica en las dietas que reviste otro empleo que el tradicionalmente

empleado por los pobres en general, se consume tostado y molido (ñaco, harina tostada o morqué que en lengua mapuche significa molido) y se lo prepara salado o dulce, frito o hervido, el principal uso es que se lo agregan a la leche de los niños, o también se lo come crudo con especias (Hernández, G; 1999:220-224); se lo consume molido o partido (loco) en guisos; también se lo hierve y se lo muele (catuto); también se lo suele pelar con cenizas (mote). Hernández ha realizado un estudio de fuentes escritas que dan cuenta del procesamiento similar del maíz y luego del trigo (cereal foráneo) entre los mapuche en el siglo XVIII (1999:232-234). Consumen la harina con zapallo, huevo, este preparado lo incorporan en sopas, se preparan fritos. El pan cocido en agua es muy común, las tortillas o pancito achatado elaboradas con harina de trigo es otro de los alimentos que elaboran y por supuesto el pan casero, sea común o integral o con salvado. El maíz es otro de los cereales que consumen, en humitas, con papas y zapallo. Hay un amplio consumo de la papa, que también es elaborada de maneras alternativas a las empleadas en la ciudad receptora por no migrantes, se la ralla para hacer tortillas, se sirve con miel o con leche, se la prepara en "pancitos" (milcao) también se lo calienta en un palo (milcao en palo), se prepara chuño (con el jugo de la papa) (Hernández, G; 1999:242). Hernández pudo documentar que la carne es un alimento que denomina como "exococina", esto es que se la emplea para los "banquetes especialmente". La arveja, habas, piñones, diversas variedades de hongos, el cohayuyo también son alimentos que aún se consumen (los últimos cuando viajan o algún conocido viaja a Chile).

Es parte de la cultura popular las redes de ayuda mutua, la reciprocidad y la solidaridad, tanto a nivel familiar como grupal e institucional. Ayudarse a cuidar niños, intercambiar alimentos, llevar y pedir ropa en iglesias de cultos diversos pero en especial evangélicas son algunas de las fuentes que sostienen la supervivencia en los barrios de mujeres y hombres desocupados o subocupados.

Es posible observar que las pautas alimentarias tradicionales, que hasta el momento les han servido para alimentar a los niños y adultos aún en las situaciones más apremiantes no son consideradas por los planes alimentarios ni por las dietas de los comedores escolares. Una señora nos decía en un taller "Yo no entiendo cómo hay gente que se muere de hambre, con todo lo que se puede hacer con una bolsa de trigo...". Estudios

realizados por el Dr. Rodríguez, Director de la Carrera Lic. En Industrias Alimentarias de la Universidad Tecnológica Nacional, Facultad Bahía Blanca dieron resultados comparativos de gran interés respecto del valor nutricional del ñaco y del loco por sobre la harina común que es el principal alimento distribuido en los planes asistenciales. De los planes alimentarios sabemos que reciben alimentos como fideos, polenta, harinas, azúcar y leche fresca de "las manzaneras" del plan vida, que les dan una dación por día por madre y huevos. Hay muchos alimentos que no los saben cocinar, tales como la polenta, o reemplazan productos que estaban incorporados a su alimentación y que eran muy nutritivos tales como las diversas moliendas de cereales que son reemplazadas por harina común o fideos.

Trabajos presentados recientemente en el II Congreso de la Salud de Bahía Blanca dan cuenta de que en la ciudad no hay aún graves problemas nutricionales (incluso de hierro), lo cual es confirmado por el trabajo iniciado en la Unidad Sanitaria por nosotras. Desde las instancias oficiales en Salud observan que los planes alimentarios son de gran ayuda y además "la gente todavía se las ingenia", pero la situación es más grave que el año pasado. Coinciden en esto las docentes de las instituciones educativas: "Este año se nota más que los chicos vienen a comer... tienen hambre...".

Un medio periodístico local planteaba que los niños que asisten a comedores degustan de la comida de los comedores escolares y que dicen gustarle más que la que hace la mamá, titulaba que la pizza era la comida preferida de los niños de barrios periféricos que van a comedores escolares (Cuchereno, C.; 5-08-2001:10). En las instituciones educativas en que trabajamos los alimentos frecuentes son pizzas, tartas, fideos con manteca, sandwiches de fiambre, salchichas.

Las madres de los niños manifiestan que de chicas han comido ñaco, pero muchas a sus hijos ya no les han dado. Otras si preparan sus alimentos con ñaco lo suelen hacer "cuando no ven qué le pongo..."

Según el testimonio de algunos padres a los niños no les gusta comer fiambre que les dan en la merienda reforzada del jardín.

Estas pautas alimentarias que Hernández ha documentado es posible observar que se van perdiendo en las mujeres más jóvenes lo cual si es preocupante a la hora de pensar la nutrición, y los planes alimentarios no han tenido en cuenta este aspecto hasta el momento.

La lengua

Las mujeres y hombres con que hemos trabajado son muy conversadores. Incluso hemos conocido hablantes de lenguas indígenas, madres y abuelas que hablan quechua (migrantes bolivianas recientes), madres, padres, tíos que hablan la lengua mapuche (mapudugun) o un español mapuchizado.

Se habla mucho de cuestiones cotidianas, los chicos conversan en la casa de actividades que realizan con familiares o juegos con amigos, por lo general no hablan de la escuela.

Los niños saben adivinanzas, cuentan cuentos que les han contado sus padres o abuelos, cuentan de actividades que realizan sus padres, elaboran pequeños relatos y pueden comunicar sus deseos y sentimientos en los talleres de diseño popular.

Entendemos que la capacidad de simbolizar, de representar es la característica por excelencia que define a la cultura (White, 1959:3; Geertz, C.; 1973:20) y que el lenguaje es una de las posesiones distintivas del Homo Sapiens. Es interesante revisar El pensamiento Salvaje de Levi Strauss; el antropólogo francés refiere acerca de los términos que en distintos pueblos (considerados "salvajes" o "primitivos" frente a "lo civilizado") se hace de las variedades vegetales y animales, él sostiene la necesidad de indagar en el vocabulario de aquellos pueblos que no emplean al palabra "árbol" ni "animal" pero que conocen cientos de palabras que designan a otros tantas variedades de árboles y de animales. Además plantea la necesidad de indagar en el discurso y en la sintaxis, ya que "en toda lengua, el discurso y la sintaxis proporcionan los recursos indispensables para suplir las lagunas de vocabulario" (Levi Strauss, C.; 1997:11). Sin haber realizado un estudio lingüístico en la comunidad en que trabajamos, nuestro trabajo de campo nos ha permitido conocer y hablar con las mujeres y hombres padres, abuelos o tíos de los niños que asisten a las instituciones escolares, hemos trabajado historias de vida, y testimonios sobre la crianza de los niños, sobre el trabajo, sobre las trayectorias vitales y sobre la salud y la enfermedad, encontrándonos con que el vocabulario que emplean es muy rico sintácticamente y desde el punto de vista léxico, conocen variedades de lugares, de animales (y denominan diferente en cada especie, como por ejemplo las víboras (Visotsky, J.; 2000), de vegetales, pueden clasificar en comestibles y no comestibles, clasifican en función de la parte del vegetal que se utiliza, si la raíz, el tallo o la corteza o la hoja, sea para alimentación, para curaciones o para tinturas, describen de ac-

ciones, como el procesamiento de la lana (pueden clasificar tipos de lana según el animal, si es guanaco u oveja, según la parte de la oveja que se esquila; el teñido, clasifican tipos de vegetales utilizados y colores que forman; describen la cría del ganado en función de las estaciones del año, hablan de las variedades de comidas que elaboran y de los recursos que utilizan, describen el procesamiento del trigo y los usos culinarios del mismo, describen herramientas de trabajo y el uso que les dan, construyen relatos de vida, expresan sentimientos y situaciones vividas, discuten y confrontan.

La comunicación intercultural como factor obstaculizador de los aprendizajes escolares es una preocupación para la sociolingüística por ejemplo en Estados Unidos, que se hallan indagando en el problema de las interacciones docente-alumno como analizador (Cook Gumperz, J.; 1988); en Argentina, etnolingüistas y lingüistas están trabajando con migrantes indígenas en contextos urbanos (Tobas en Rosario), vinculando lengua y cultura en el trabajo escolar (Fernández, A., y otros; 1997; Beltrán y otros; 2000). Estos trabajos indagan en aspectos cognitivos en pos de facilitar el aprendizaje escolar reconociendo a la lengua como un factor de "incomunicación" de la comunidad receptora. Hachén plantea que el punto de partida puede serlo una postura que

"rescata la complejidad del desarrollo psíquico y que concibe al lenguaje como una capacidad eminentemente humana de construir sistemas simbólicos y comunicativos, nos conduce a pensar que lo innato, lo social y la dinámica neurofisiológica, no son términos excluyentes sino complementarios... Esta postura nos permite pensar en una teoría amplia que, sin ser contradictoria, trate, desde diferentes perspectivas, de dar cuenta de un objeto que, por plural, requiere de un abordaje interdisciplinario" (Hachén, R. en Fernández, A. y otros; 1997:33).

El caso de M

M tiene 5 años, asiste a la última sala del nivel inicial. En conversaciones con la familia es este niño que es uno de los considerados "faltos de estimulación, con lenguaje pobre", manifestaron que el niño va con gusto a la escuela, ellos saben que el niño no habla en la escuela, tampoco cuenta lo que hace allá. Hala mucho en su casa, con su tío (que lo lleva y lo busca del jardín), su tía (que es estudiante terciaria de Profesorado de Inglés) y su abuela que vive en la ciudad para estar con él cuando su madre trabaja (es portera en una escuela). Son migrantes de la provincia de Neuquén y allí está durante la veranada M con su abuelo.

En las paredes de la casa la única decoración son números y objetos y el nombre de M en papeles, dicen que lo pusieron bajo sugerencia de las maestras.

Manifiestan que a M. no le gusta la comida que comen, "se trae en el bolsillo el fiambre, la mortadela no le gusta, no le gusta el fiambre...".

A M le gusta ir con su tío al mar y estar en Neuquén con su abuelo. Habla mucho de esto y cuenta todo lo que hizo al regresar, según su tía y su abuela.

La familia es mapuche y migraron en la década del 60 a Bahía Blanca.

El caso de S

S es un niño de 10 años que vive con su abuelo paterno, que es mapuche chileno, su madre y dos hermanos. Su padre es adicto. Han tenido problemas con la tenencia, el juez de menores le quitó la tenencia a su padre hallando a los niños pidiendo en la calle. La madre es cartonera en una bicicleta con carrito. Las condiciones de la vivienda son muy precarias, sólo hay una mesa y una salamandra en la cocina, con piso de tierra, tienen una sola habitación y el baño afuera.

Los hermanos de S asisten a escuela especial y S asiste por tercera vez a primer año. Según manifestó su mamá el niño tuvo epilepsia, el año anterior tuvo un accidente muy grande cuando se cayó de un árbol. Según su mamá el niño no hablaba, hasta que un día en la Iglesia Evangélica donde asistían (primero los niños y después fue la madre), una señora encargada de el pequeño templo, una mujer también chilena (conocida por nosotras) "lo ungió" y el niño empezó a hablar. Este testimonio fue comentado tanto por la "sanadora" como por la madre del niño. Pudimos verlo en la humilde iglesia cantando, tocando el bombo (está aprendiendo) y conversó algo con nosotras. Hasta donde sabíamos estaban tramitando la derivación a especial en la EGB. No hemos tenido contacto con la escuela hasta el momento.

Es preciso profundizar en estudios que den cuenta de los procesos que influyen en los usos del lenguaje y en su realidad social más allá de la escuela. En el caso de S, la "eficacia simbólica" (Levi Strauss, C.; 1961) habría operado en este "retomar el habla" del niño, en un ámbito donde gente muy humilde del barrio, migrante, va a compartir sus necesidades (de trabajo, de restauración de la salud, piden por familiares que están en la cárcel, etc.), también en un ámbito donde la música tiene un lugar privilegiado y donde los niños son los principales "músicos" (Hernández, G. y Visotsky, J.; 2000 (b)).

Concluyendo... Algunos puntos de partida

- 1) Proponer las problemáticas de salud-enfermedad-atención como núcleos primordiales de la vida social y como problemáticas complejas.
- 2) Es necesario reconocer, primero, las particulares articulaciones, como las especificidades entre procesos orgánicos y psicológicos. Segundo los procesos de construcción social, como las representaciones y prácticas sociales en torno a la salud, la enfermedad, la alimentación y a otras situaciones de la vida cotidiana, incluso las representaciones y prácticas de especialistas, de los comunicadores sociales y docentes. Tercero, los factores y procesos socio económicos, históricos y políticos relacionados al campo de la salud y de la educación.
- 3) Considerar el concepto de poder y de relaciones de poder, que permita explicar los procesos de producción y reproducción de la desigualdad, los modos de resolver las disputas en el campo, así como las relaciones con la construcción de formas de manejo, interpretación y problematización de la vida social. La categoría hegemonía en el campo de la salud, es una relación social contradictoria que debe ser revisada.
- 4) Nuestro interés debería centrarse en los procesos que sustentan, impugnan o modifican las relaciones de poder, etc. El problema no es sólo generar un marco conceptual crítico a las dimensiones biológicas de salud-enfermedad, sino también captar el impacto global de las mismas en las formas de vida de los sujetos.
- 5) Tener una mirada de que la 'comunidad es heterogénea y conflictiva, atravesada por procesos permanentes de fragmentación y disgregación'. En acuerdo con Singer (1990), algunos conceptos claves a trabajar son los de 'rectificación' (aceptación de la construcción clínica como hecho médico), privatización (la transformación clínica de los conflictos sociales en patologías individuales), responsabilización (victimización de los individuos, ocultamiento de la etiología social de las relaciones sociales en el origen de las enfermedades), hegemonía del sistema médico (construcción médica de reconocimiento social), medicalización (la absorción de áreas de prácticas sociales como problemas médicos), el control social médico (rol médico para mantener nor-

mas y valores), relación médico paciente (micropolítica de la medicina), las relaciones de clase, género, etnia y la medicina.

- 6) Implementar unidades de análisis más allá del individuo, desde la familia, grupo doméstico, de trabajo, redes de parentesco que vinculen etnicidad, género y clase social.
- 7) Incluir las problematizaciones de las interacciones culturales en el ámbito de los trabajadores de la salud y de la educación.
- 8) Recuperar el saber y la experiencia histórica, la memoria y las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales, en especial en lo que hace al uso de la palabra (oralidad), a la alimentación y a la salud.
- 9) Crear espacios de participación y participar desde la perspectiva antropológica en salud y en educación en instituciones y actividades sociales relevantes para la vida de la gente, en los Centros de Alfabetización, en los Jardines, Escuelas a través de talleres donde se trabajen las historias de vida de la gente de la comunidad, observación participante, entrevistas en profundidad.

Bibliografía

- BAYCE, Rafael. El devenir histórico del poder y prestigio sociales del médico pg 209. La medicalización de la sociedad. 1993. Editorial Nordam-Comunidad. Montevideo Uruguay.
- BELTRÁN Y OTROS, 2000, Lenguaje y metacognición en las puertas del conocimiento, Serie Lingüística y Educación, Vol. 5, Univ. Nacional de Rosario, Rosario.
- BENVENUTTO, Adriana, 1997, La salud de los descendientes de Mapuche en Bahía Blanca, ponencia presentada en XXXI Congreso Nacional de Pediatría de Mendoza.
- BENVENUTTO, Adriana y HERNÁNDEZ, Graciela, 1997, La salud y la enfermedad entre migrantes chilenos-mapuche y no mapuche de la Patagonia Argentina, en tres barrios de Bahía Blanca, ponencia presentada en II Simposio La salud de los pueblos indígenas.
- _____, 2000, Salud materno-infantil: un espacio de debate y abordaje socio-cultural a la problemática del género. Ponencia presentada en el I Congreso de la Salud en Bahía Blanca.
- BORDIEU, Pierre Y PASSERON, La Reproducción, Laia, Madrid, 1970.
- COOK-GUMPERZ, Jenny (Comp.), 1988, La construcción social de la alfabetización, Paidós, Madrid.
- CONFEDERACIÓN MAPUCHE NEUQUINA, 1994, ¡Marici Weul!, Búsqueda de AYLLU, Concepción del Uruguay.
- _____, 1997, NORGVLAMTULEAYIN, Educación Autónoma Mapuche, Neuquén.
- _____, 2000, Educación para un Neuquén Intercultural, en Werken Fvrvf-Mensajero del viento, Neuquén.
- CONRAD, PETER, 1982, "Sobre la Medicalización de la Anormalidad y el Control Social" en *Psiquiatría Crítica: La Política de la Salud Mental*, INGLEBY, D. ed., Barcelona, Ed. Crítica-Grijalbo.
- DIAZ, R. La neo-narrativa de la educación intercultural y la refiguración del para qué de la escuela, en *Papeles de Trabajo. Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-Sociales*, N°7, 1988, p.73.
- DURAN, Leonel, 1991 (6ta edición), *Cultura popular y mentalidades populares*, en: *La cultura popular*, compilado por Adolfo Colombres, La red de Jonas Premia Editora.
- DURKHEIM, Emile, "La educación, su naturaleza y su papel", en Nartorp, Dewey y Durkheim, *Teoría de la educación y sociedad*, 1977, CEAL, Bs.As.
- FAINHOLC, Beatriz, 1996, *Hacia una escuela no sexista*, Aique, Bs.As.
- FERNANDEZ, Ana María, 1993, *La invención de la niña*, Unicef, Bs.As.
- FOUCAULT, Michel, 1992, *La vida de los hombres infames*, Caronte Ensayos, Ed. Altamira, Bs.As.
- _____, 1999, *Los anormales*, FCE, México.
- GEERTZ, Clifford, 1995, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona (1º edic. 1973).
- GRIMBERG, Mabel, 1992, *Proceso de salud-enfermedad-atención y Hegemonía*. Documento de trabajo, ICA-UBA.
- HACHÉN, Rodolfo y Otros, 1997, *Lenguaje, cognición e identidad en el ámbito escolar*, Serie Lingüística y Educación, Vol. 2, Univ. Nacional de Rosario, Rosario.
- HERNANDEZ, Graciela, 1999, *Relato oral y cultura*, Tesis doctoral en Historia, UNS, Bahía Blanca, (en prensa).
- HERNANDEZ, Graciela y VISOTSKY, Jessica; 2000, *La 'Cultura' y 'las culturas'. Una propuesta de educación intercultural en un barrio popular de Bahía Blanca*, ponencia presentada en: *II Congreso Internacional de Educación. "Debates y Utopías"*. Facultad de Filosofía y Letras. U.B.A. Buenos Aires.
- _____, 2001, *Cultura popular-Cultura indígena. Una experiencia de educación popular en escuelas de adultos*, Ediciones del Museo Histórico, Bahía Blanca.
- _____, 2001 (b), " 'Dorcas' o 'Señoritas', el lugar de las mujeres en las iglesias evangélicas en barrios pobres de Bahía Blanca", en *Voces en Conflicto, Espacios de Disputa*. Actas del I Congreso Latinoamericano de Estudios de

- las Mujeres y de Género, FFyL, UBA., Bs.As. (Versión C.D)
- IMEN, Pablo "Para la desigualdad educativa", en Rev. Propuesta, N°507, Set. 2000, p.5.
- JULIANO, Dolores, 1993, Educación Intercultural. Esucela y Minorías étnicas, EUDEMA.
- KLEINMAN, Arthur, M., 1974/75, Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad, Ethnomedizin III, 1-2.
- LASALA, Malena, 1997, Relaciones entre el conocimiento natural y el conocimiento científico, Documento de trabajo, U.N.C.
- LEJARRAGA, Horacio, Hospital Garrajhan. Auxología. Estudio epidemiológico. 1996.
- LEVI STRAUSS, Claude, 1961, Antropología Estructural, Eudeba, Bs.As.
- _____, 1997, El pensamiento salvaje, FCE, Bs.As., (1ª edic 1974).
- LLOVET, J.J., "Transformaciones en la profesión médica..." , ponencia presentada al IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, Mexico, 1997.
- MACEDO, Dondaldo, 1997, "Nuestra cultura común: una pedagogía engañosa", en Manuel Castells y otros, Nuevas perspectivas críticas en educación, Paidós, Bs.As (1ª edic. 1994).
- MC CAA, R. Y MILLS, HEATHER, 1999, "Is education destroying indigenous languages in Chiapas?", en Anita Herzfeld y Yolanda Lastra (eds.), Las causas sociales de la desaparición y del mantenimiento de las lenguas en las Naciones de América, Ed. Unison, Universidad de Sonora, Hermosillo.
- MENEDEZ, Eduardo, 1990, " Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica". Editorial Alianza, México.
- _____, 1992, Eduardo, Cuadernos médicos sociales, UNAM, México.
- _____, 1.994, La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?, en: Alteridades UAM-Iztapalapa, año 7, nº 7
- _____, 2000, Presencias y ausencias en la Antropología actual, Conferencia Inaugural del VI Congreso Argentino de Antropología Social, en Actas del VI CAAS, UNM.delPlata, (Versión C.D).
- MERCANTE, Víctor, 1932, Metodología especial de la enseñanza primaria, Cabau, Bs.As.
- MORGADE, Graciela, 1996, Mujeres y educación formal: de la lucha por el acceso a la lucha por el currículum, En Propuesta Educativa, 1996.
- _____, 1997, Mujeres en la Educación, Miño y Dávila, Bs.As.
- MOSCOVICI, Serge, 1993, (Psicología social II, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales, Paidós, Barcelona
- NEUFELD, M.aria R y THIESTED, Jens., 1999, "El crisol de razas hecho trizas. Ciudadanía, exclusión y sufrimiento", en María R. Neufeld y Jens Thiested (Comp), 'De eso no se habla'. Los usos de la diversidad sociocultural en la escuela, Eudeba, Bs.As.
- PEREZ PEREZ, Elias, 1999, Educación endógena e impacto de los servicios educativos en los Pueblos Tsotsiles de los Altos de Chiapas, Universidad Pedagógica Nacional Subsede San Cristóbal, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
- PORTANTIERO, Juan C. e IPOLA, Emilio, 1987, Estado y Sociedad en el penamiento clásico, Ed. Cántaro, Bs.As.
- PRIMER ENCUENTRO DE LA EDUCACIÓN AUTÓNOMA POR LA PAZ Y LA HUMANIDAD, 1999, Conclusiones de la mesa de trabajo de las caravanas e invitados especiales, Aguascalientes, Chiapas, México.
- Programa Materno Infantil, de Guiraldez y Ruiz, Buenos Aires Argentina 1998.
- SIRVENT, María T., 2000, Cultura Popular y Participación Social. Una investigación en el Barrio Mataderos, (1989-1989), Miño y Dávila, Bs.As.
- SENET, Rodolfo, "Psicología infantil: Prefacio, 1911", en VEZZETTI, Hugo, 1988, El nacimiento de la psicología en la Argentina, Puntosur, Bs.As.
- TADEU DA SILVA, Tadeu., 1995, Escuela, Conocimiento y Currículum, Ensayos Críticos, Muiño y Dávila Edit., Buenos Aires.
- TAMARIT, J., Prólogo a La escuela en el cuerpo, de Diana Milstein y Héctor Méndez, Miño y Dávila, Buenos Aires, 1999.
- VISOTSKY, Jessica, BENVENUTTO, Adriana y Otros, 2001, Educación Popular y Arte en Salud: El taller como espacio de acción, Ponencia presentada en 1º Congreso Internacional de Educación Artística, Tandil, Argentina.
- VISOTSKY, Jessica, 2001, " 'LA ESCUELA' en el relato. Testimonios de grupos migrantes que asisten a Centros de Alfabetización en la ciudad", en Actas de las Jornadas de Histotria Oral, IHCB, Bs.As. (Versión C.D)
- _____, 2001(b), "Mapuches en la ciudad y su presencia en Escuelas de Adultos. Historia de vida de una mujer mapuche", en Actas de las IV Jornadas de Etnolingüística, Rosario (Versión C.D).
- WILLIAMS, Raymond; 1980, Marxismo y literatura, , Península, Barcelona.
- YANOULAS, Cristina, 1992, Meninas de/na rua y la socialización en la calle, en Propuesta Educativa., Octubre de 1992.
- DOCUMENTOS
- BANCO MUNDIAL, 1996, Prioridades y estrategias para la educación, Washington, D.C.
- DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN INICIAL, (a) s/f, Programa: Infancia y Salud.
- _____, (b)s/f, Los docentes del Conurano Bonaerense del Nivel Inicial. Su

problemática y especificidad, Dirección de Educación Inicial.
Estadísticas de la Rama Especial de la DGyC, Región XIV, 2001.
PERIODICOS
Pedro Lipcovich, El alto costo de la pobreza, en PAGI-

NA 12, 24-08-01.

Cucherenó, Karina, Cuando la crisis no sirve de excusa, en La Nueva Provincia, 5-08-01.

Costumbres y Cambios. Pluralismo médico en Antofagasta de la Sierra, provincia de Catamarca, Argentina

Mariana López*

Este trabajo intenta recuperar y problematizar las nociones de salud, enfermedad, cuidado, prevención y curación, atendiendo a las definiciones de los propios sujetos. La dinámica entre conocimientos y acciones médicas derivadas de diversas fuentes ponen sobre el tapete el pluralismo cultural de esta región de la puna meridional andina.

La población cuenta con una gran cantidad de conocimientos y prácticas populares referidas a la prevención, cuidado y restablecimiento de la salud.

Por otro lado, en la zona prácticamente no se cuenta con servicios de la medicina oficial. En la capital del departamento, está ubicado el mini hospital "O. Barrionuevo" y en el resto del departamento hay tres postas sanitarias. En estos establecimientos sólo se realiza atención primaria de la salud. Los pacientes son derivados hacia los hospitales de las ciudades.

En su vida cotidiana, los pobladores van y vienen, combinan y prueban, entre diferentes opciones médicas construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de salud.

El departamento de Antofagasta de la Sierra se encuentra ubicado al norte de la provincia de Catamarca, distante 590 Km. de San Fernando de Catamarca, capital de la provincia. Tiene una superficie de 28.098 km² y está escasamente poblado: una densidad de 0,03 habitantes por Km².

Introducción

El tema general de esta exposición es el proceso de cambio de las prácticas y saberes médicos en el marco de una población rural andina, en el departamento de Antofagasta de la Sierra. Esta ponencia se enmarca en una investigación mayor, donde el objetivo general fue introducir una perspectiva socio antropológica al análisis de los asuntos de salud y enfermedad, a partir de la conceptualización del ámbito médico como un espacio de pluralismo cultural.

La localidad de Antofagasta de la Sierra, capital del departamento del mismo nombre, se encuentra ubicada al norte de la provincia de Catamarca, distante 590 Km. de San Fernando de Catamarca, capital de la provincia y a unos 550 Km. de la capital de Salta.

El departamento tiene una superficie de 28.098 km² y está escasamente poblado: 1042 personas en 1998 (según las estimaciones de la Municipalidad), lo que significa una densidad de la población de 0,03 habitantes por Km². En 1978, se abrió una ruta vehicular de ripio que une la capital del departamento con la ciudad de Catamarca. Actualmente, la Villa de Antofagasta está vinculada a otros pueblos y a la capital provincial por un servicio público de ómnibus que realiza el trayecto una vez por semana.

En la zona prácticamente no se cuenta con servicios de la medicina oficial. En la capital del departamento, está ubicado el mini hospital "Omar Barrionuevo". En éste se atienden generalmente gripes, resfríos, diarreas,

* Licenciada en Ciencias Antropológicas - Universidad de Buenos Aires.