

María Alejandra Larumbe

# La Idea Envolvente

La Lepra como enfermedad estigmatizante...



EDITORIAL UNIVERSITARIA



María Alejandra Larumbe

## LA IDEA ENVOLVENTE

LOS TESISISTAS



María Alejandra Larumbe

## LA IDEA ENVOLVENTE

LA LEPRO COMO ENFERMEDAD  
ESTIGMATIZANTE Y SU INCIDENCIA SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL  
PERSONAL DEL “SANATORIO COLONIA DOCTOR PEDRO BALIÑA”

EDITORIAL UNIVERSITARIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES



EDITORIAL UNIVERSITARIA

San Luis 1870 | Posadas - Misiones | Tel-Fax: (03752) 428601

*Correos electrónicos:*

direccion@editorialunam.com.ar  
produccion@editorialunam.com.ar  
diagramacion@editorialunam.com.ar  
administracion@editorialunam.com.ar  
ventas@editorialunam.com.ar

*Página Web:*

www.editorial.unam.edu.ar

Colección: Los Tesistas

Coordinación de la edición: Claudio O. Zalazar

Armado de interiores: Javier B. Giménez

Corrección: Amelia E. Morgenstern

Larumbe, María Alejandra

La idea envolvente.

- 1a ed. - Posadas: EdUNaM - Editorial Universitaria  
de la Universidad Nacional de Misiones, 2011.

108 p.; 20x13 cm.

ISBN: 978-950-579-226-9

1. Riesgos Laborales. 2. Profesionales de la Salud.

3. Enseñanza Superior. I. Título

CDD 362.196 9

Fecha de catalogación: 18/11/2011

Hecho el depósito de la Ley N° 11.723

ISBN: 978-950-579-226-9

Impreso en Argentina

©Editorial Universitaria

Universidad Nacional de Misiones

Posadas, 2011.

Todos los derechos reservados para la primera edición.

La Idea Envolvente:

*Existe una aureola de leyenda que  
envuelve a esta enfermedad.*

*Sin embargo:*

*La lepra es una enfermedad poco contagiosa,  
como te digo, no se han dado las circunstancias  
de que se hayan enfermado  
empleados del Sanatorio.*

-un sabio-





## AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo:

- *A mi director de tesis, el profesor Dr. Fernando Jaume, especialmente por su paciencia.*
- *A mi madre Salka y a mi tía Inés, hoy fallecidas, por impulsarme a seguir adelante, siempre.*
- *A mis amigos Carlos, Mucky y Luisito, por su incondicional apoyo.*
- *A los empleados antiguos y nuevos del Sanatorio Pedro Baliña, quienes me confiaron sus experiencias.*

"2012 - Año Provincial del Agua de las Misiones. Recurso Estratégico para el Futuro de los Misioneros"

*La Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones*  
*Declara*

C.R./D. 628-2012/13

PRIMERO: Su beneplácito por la publicación del libro "La Idea Envolvente", de María Alejandra Larumbe.

SEGUNDO: Remitir copia al Poder Ejecutivo provincial y a la Licenciada María Alejandra Larumbe.

Dada en la Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Posadas, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil doce.

  
Dra. CECILIA CATHERINE BRITTO  
SECRETARIA LEGISLATIVA  
A/C Área Parlamentaria  
Cámara de Representantes  
Provincia de Misiones



  
Ing. CARLOS EDUARDO ROVIRA  
PRESIDENTE  
Cámara de Representantes  
Provincia de Misiones

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	13
PREFACIO.....	17
PRIMERA PARTE .....	21
CAPÍTULO I	
Introducción .....	23
Formulación de las hipótesis.....	26
CAPÍTULO II	
Marco teórico .....	27
El prejuicio.....	27
La idea de contagio .....	34
La transferencia del estigma .....	42
SEGUNDA PARTE.....	53
CAPÍTULO III	
Historia de la enfermedad .....	55
¿Qué es la lepra? .....	55
La hospitalización en occidente .....	55

Los primeros registros en la argentina ..... 61  
El sanatorio colonia..... 64

CAPÍTULO IV

Baliña: análisis de la información..... 69  
Caracterización de la muestra ..... 70  
Infraestructura hospitalaria ..... 73  
Algunos resultados provisorios..... 81

CAPÍTULO V

Conclusiones ..... 97

ANEXO ..... 99

BIBLIOGRAFÍA ..... 103

## PRESENTACION

Los Derechos Humanos pueden interpretarse, como un conjunto de libertades esenciales de las cuales debe gozar un individuo. En su histórica y universal concepción son los derechos inherentes a toda persona por el solo hecho de serlo. También como un conjunto de normas, de explicitación de mínimos morales o como un fenómeno cultural de este presente histórico. Desde esta perspectiva, puede asumirse como reivindicación y promoción del ser humano.

Los Derechos Humanos, conquistados a través de largas luchas y laboriosa construcción históricas, son extraordinariamente frágiles. Perpetuamente condicionados por la capacidad para ejercerlos, constituyen más que fórmulas jurídicas, una concepción política. Nadie defiende lo que no conoce y además el respeto de los Derechos Humanos depende de cada sociedad, de su cultura e interpretación de la significancia de la ética social. Lo que no hay duda es de la necesaria e imprescindible acción del Estado para su promoción, protección y reparación en la garantía del cumplimiento de los mismos.

La problemática que se plantea a partir de una patología como “La lepra”, permite visibilizar el desarrollo y la construcción

de soluciones históricas a un problema social, como lo es una enfermedad con características de flagelo.

La exclusión social como estrategia para resolver un problema que escapó por mucho tiempo al poder del conocimiento, tuvo como consecuencia prejuicios hacia la enfermedad y desencadenó actitudes discriminatorias. En todo el mundo occidental, tales consecuencias alcanzaron, tanto a los enfermos, como a las personas con quienes éstos se relacionaban y los espacios físicos que habitaban aunque fuera en forma transitoria. La discriminación relacionada a enfermedades sigue presente en el mundo actual como aspecto negativo de una actitud social de aparente auto protección victimizando a los pacientes y su entorno familiar, ocurre con la tuberculosis, el sida, enfermos mentales y otras enfermedades más.

La tradición epidemiológica “positivista” dominante en Latinoamérica a principios del siglo XX, hizo que las políticas sanitarias en Argentina, privilegiaran las campañas de erradicación de enfermedades endémicas. Las mismas vulneraron derechos sociales y políticos de los enfermos. Solo se produjeron cambios en el manejo institucional de la lepra, a raíz del hallazgo de nuevos medicamentos y también con la aceptación por parte de los entendidos, su baja contagiosidad.

Actualmente, las políticas sanitarias destinadas al manejo de los nuevos flagelos, muestran nuevas concepciones humanísticas, que intentan echar al olvido la idea de la internación compulsiva y la pérdida de la libertad de los enfermos. En tanto, el Estado jurídicamente organizado garantiza a la ciudadanía los derechos y libertades. Y la comunidad organizada, a través de la militancia vigilante también custodia los deberes y derechos consignados en códigos vigentes.

Sin embargo, los instrumentos legales, son puestos en práctica en contextos donde las imposiciones morales para su cumplimiento, están sujetas a percepciones individuales.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, desde mi compromiso como político y como médico consustanciado con la vida, los convoco a asumir compromisos respecto de esta problemática, por ello valoro el estudio realizado por la Licenciada María Alejandra Larumbe por el enfoque dado y el aporte positivo a la conformación de una cultura de respeto por los Derechos Humanos y la erradicación de la discriminación como práctica agravante de las personas.

*Dr. Edmundo Ramón Soria Vieta*  
Ministro Secretario de Derechos Humanos  
Ministerio de Derechos Humanos  
de la Provincia de Misiones





## PREFACIO

Muchos son los merecimientos de esta publicación, que recoge los resultados de una investigación empírica sobre una temática escasamente transitada por las ciencias sociales de nuestro país: los miedos, prejuicios y temores que desencadena la lepra -“enfermedad bíblica”-. El miedo al contagio no solo afecta a aquellos que padecen la enfermedad, sino también a sus familiares y allegados; e incluso a los que entran en contacto con los infectados, como por ejemplo el personal sanitario encargado de su cuidado y atención.

A partir de un trabajo histórico y etnográfico, el texto de María Alejandra Larumbe analiza los modos en que los empleados del Hospital Colonia Baliña de Posadas (Misiones): profesionales médicos, enfermeros y administrativos, perciben el prejuicio de la sociedad hacia la enfermedad, cómo internalizan el estigma que irremediablemente los involucra y las variadas justificaciones, “teorías”, discursos, conductas y rutinas que implementan cotidianamente a fin de enfrentar su nueva condición descalificada.

El texto desarrolla en su primera parte la perspectiva analítica necesaria para la construcción del objeto de investigación, describe las estrategias metodológicas adoptadas y reseña los

escasos trabajos de investigación existentes sobre la condición social de los enfermos de lepra. Históricamente, el temor al contagio de una enfermedad tan deteriorante como es la lepra, redundó en el rechazo y la violenta exclusión de los infectados en prácticamente todas las sociedades. En el Occidente católico la enfermedad fue vista como castigo divino, resultado de los vicios y fallas morales de sus portadores. El mismo texto bíblico (Levítico) especifica detalladamente el trato que deberá otorgarse a los afectados de lepra a fin de alejarlos de la comunidad y evitar el contagio.

Michell Foucault reseña la historia social del padecimiento señalando que ya en la Alta Edad Media, junto con estrictos reglamentos destinados a garantizar el aislamiento de los enfermos, proliferaron los leprosarios en prácticamente todos los rincones de Europa.

En la actualidad, pese a la certeza de que se trata de una enfermedad escasamente contagiosa y relativamente sencilla de tratar, la marginación que padecen los leprosos sigue vigente. En ausencia de un tratamiento eficaz, la principal herramienta de la política sanitaria consistió en el encierro obligatorio de los enfermos en instituciones específicas, hospitales–colonias monovalentes, construidos durante la década del treinta en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Chaco o Misiones. Las leyes promulgadas sin cuestionamientos conculcaban de por vida los derechos sociales y políticos de los pacientes: se les quitaban los documentos y se les prohibía contraer matrimonio o manejar dinero. No fue hasta la década de los setenta en que la estrategia médica comenzó a recomendar tratamientos deambulatorios y el paulatino vaciamiento de los hospitales–colonia.

La segunda parte del libro retrata la trayectoria laboral y social de los trabajadores del leprosario de Posadas, reconstruyendo aquello que Goffman denominaba la “carrera moral”, en donde el manejo del estigma asociado a la enfermedad

obliga al aprendizaje y adopción de complicadas estrategias de “encubrimiento”.

En el proceso de lidiar con el desprestigio que impregna a todos los que tienen contacto con los internados, algunos asumen posiciones pragmáticas aceptando el costo del estigma a cambio de un mejor salario; otros enfatizan su vocación religiosa y aceptan la tarea como mandato divino; los más, ocultan su contacto con los leprosos o buscan relativizar el riesgo que conlleva. En cualquier caso, se trata del repertorio de conductas posibles que habilita la cultura y, un mérito significativo de la investigación de Larumbe, es dar cuenta precisamente de ese repertorio de conductas a partir de la recuperación de los testimonios directos de los protagonistas. Algunos manifiestan un miedo y un rechazo que apenas pueden disimular, otros niegan sus temores; los menos, se convierten en los “sabios”, aquellos que median entre los leprosos y la sociedad, que los defienden, que hablan en su nombre, en fin, aquellos que trascienden la dramática presencia de la enfermedad y establecen con los enfermos relaciones de igual a igual, basadas en el respeto, el afecto y la confianza.

Finalmente cabe acotar que, si bien el libro informa los resultados de la investigación sobre un caso singular, relacionado con los hechos ocurridos a los actores sociales vinculados con una institución hospitalaria particular, muchas de las afirmaciones sostenidas a lo largo del trabajo son sin dudas aplicables a otras situaciones sociales donde el prejuicio está presente a punto tal de condicionar las emociones, pensamientos y acciones de los sujetos involucrados.

*Fernando Jaume*

Octubre 2011



## PRIMERA PARTE



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

En este estudio me propongo producir conocimientos acerca de las representaciones, percepciones y prácticas derivados del prejuicio hacia los enfermos de lepra, del personal del Sanatorio Colonia Doctor Pedro Baliña de Posadas -Institución destinada a la internación de enfermos de lepra- considerando el lapso que va desde la inauguración de su infraestructura en 1938 hasta el presente.

A través de la indagación sobre las relaciones de convivencia del personal que conforma mi universo de estudio, trataré de evidenciar cuáles fueron las estrategias construidas por ellos frente al prejuicio.

A pesar de las limitaciones por consistir en el estudio sobre una sola Institución, mi propósito es contribuir a la teoría existente sobre el tema y, en particular, aportar a la implementación de políticas y estrategias para planes y programas de organización del trabajo en las instituciones de salud del Estado.

Entre las limitaciones apuntadas, este estudio no pretende analizar la conducta de todos los trabajadores de salud habiendo tomado una muestra no representativa para los testimonios.

**Comentario general sobre la cuestión:** en el año 1938, en cumplimiento de las Leyes Nacionales Nros. 11.359 y 11.410, sustentadas en la estrategia del encierro compulsivo de todo enfermo de lepra detectado, en el territorio de la República Argentina, se inauguró en Posadas el “Sanatorio Colonia Dr. Pedro Baliña”. De los cinco Sanatorios Colonia que se instalan en esa época en el país, dos de ellos se sitúan en esta región: en Posadas (Misiones) y en la Isla del Cerrito (Chaco).

El punto de partida de este trabajo estuvo estrechamente ligado a la histórica decisión de elegir la exclusión social como solución para un problema real, que escapaba al poder del conocimiento de una época, no tan lejana a la nuestra.

Los límites poco precisos respecto del alcance del contagio justificaron estas medidas, contribuyendo así a reforzar el prejuicio hacia el enfermo de lepra, hacia las personas con quienes estos se relacionaban y los espacios físicos que habitaron aunque fuera en forma transitoria.

El personal destinado a la atención de estos enfermos sufrió la extensión del prejuicio, internalizaron el estigma a través de sus praxis cotidianas y elaboraron estrategias adecuadas para afrontar su situación de estigmatizados.

**Motivo por el cual elegí el tema:** en este trabajo traté de responderme algunos interrogantes que surgieron a raíz de haber vivido gran parte de mi vida frente al Hospital y haber tenido contacto con muchos viejos empleados, sus hijos y hasta una pariente. El colectivo plateado fue para mí un lugar de encuentro habitual con estas personas durante mi época de escuela primaria. Subir al colectivo que esperaba en la vereda a los hijos del personal del Hospital, a la salida de la escuela, junto con los demás chicos, representó para mí el privilegio de hacer el largo viaje a casa, cómoda y en compañía de amiguitos. La “zona sana” del Hospital, donde vivían ellos, era un lugar mucho más



agradable para jugar que la planta fraccionadora de gas, en donde estaba mi casa. En aquellos días, lo único que yo veía diferente en mi barrio de cualquier otro de Posadas, eran los barrotes de madera torneada que se levantaban muy juntos, del piso al techo, separando un ala de la Iglesia, no dejando ver prácticamente nada de lo que ocurría del otro lado. Esta experiencia se interrumpió cuando cambiaron las condiciones de trabajo del personal a raíz del cambio en la política de salud en 1967.

**La investigación:** Cuando comencé el estudio para conocer las condiciones de trabajo del personal, lo hice a través de una historia de vida de trabajo, y surgió la siguiente cuestión: los empleados sufrían a causa del prejuicio que la sociedad sostenía hacia la lepra y sus portadores. Entonces me puse como hipótesis la extensión de este prejuicio hacia los trabajadores del Hospital. El prejuicio se internalizaría a través de la praxis cotidiana. Mi estudio se orientaría entonces a tratar de conocer las estrategias esgrimidas por estos trabajadores para afrontar su situación de estigmatizados.

La carrera moral: el prejuicio, nacido del temor, alentó actitudes discriminatorias, tanto para con los enfermos, como para con las personas con quienes estos se relacionaban y los espacios físicos que habitaban aunque fuera en forma transitoria. Incidiendo en consecuencia sobre el personal del Hospital.

Cada empleado comienza su experiencia de aprendizaje relativa a su condición, es decir su “carrera moral”, en términos de Goffman, antes de aceptar el trabajo en el Hospital. Puede decirse que el proceso de socialización parte del primer contacto con la información sobre la posibilidad de llenar una vacante. Es en ese momento cuando comienza a considerar el punto de vista de los normales sobre los leprosos y la lepra. Y luego de esa primera consideración, toma conciencia de que está por adquirir voluntariamente un “estigma” particular, por lo que se

ve obligado a evaluar las consecuencias de poseerlo. La mitad de los informantes se registra como que tuvo la experiencia de haber vivido dentro del Hospital. No se señala el ingreso al trabajo por la vía del concurso, sino que se produjeron a través de conocidos o parientes, dando como motivación, tanto el monto del salario como por las condiciones de trabajo que se les ofrecía, como ser: vivienda, comedor, transporte, etc. Una vez tomada la decisión y traspuesta la puerta del leprosario, la relación con sus iguales y en ciertos casos con los enfermos, comienza el aprendizaje sobre la situación particular que los desacredita, el manejo de la información y las posibilidades de practicar lo que Goffman llama estrategia de “encubrimiento”.

## FORMULACION DE LAS HIPÓTESIS

1. El prejuicio que la sociedad sostiene con respecto al enfermo de lepra se extiende al personal que presta servicios en las instituciones destinadas a la atención de dichos enfermos.
2. El personal de la institución de atención a leprosos internaliza el prejuicio a través de su praxis cotidiana.
3. El personal desarrolla estrategias para afrontar su situación de estigmatizado.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO. HERRAMIENTAS CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

#### EL PREJUICIO

#### ¿QUÉ SIGNIFICA PREJUICIO?

El prejuicio es un juicio *a priori*.

La Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, define así el término prejuicio:

*“La palabra prejuicio y sus equivalentes en otras lenguas europeas se refiere primariamente a un juicio o concepto formado antes de haber reunido y examinado la información pertinente y por tanto basado en pruebas insuficientes o incluso imaginarias. Esta noción es considerada por las ciencias sociales como uno de los aspectos del fenómeno complejo que es el prejuicio: el aspecto conceptual o cognoscitivo, es decir, las ideas u opiniones que se tienen sobre aquellos individuos o grupos que constituyen el objeto del prejuicio (Estereotipo). El prejuicio implica también una actitud a favor o en contra, la atribución de un valor positivo o negativo, un componente afectivo o sentimiento”* (EICS, Tomo 8:422).

Es decir que se trata de una opinión *a priori* acerca de un individuo o grupo de individuos caracterizados por alguna peculiaridad física, cultural, religiosa, moral, etc., o la combinación de las mismas. Esa opinión, que puede ser favorable o desfavorable para aquellos individuos o grupos que se constituyen en objeto de prejuicio, induce a actuar en consonancia con la misma.

## ¿CÓMO SURGE UN PREJUICIO?

El prejuicio es un comportamiento aprendido.

Si buscamos las causas que lo producen, encontramos que:

*“Incluso entre los científicos sociales se ha expuesto ocasionalmente la idea de que la naturaleza humana implica antipatía hacia lo que es diferente, si bien nunca se definió apropiadamente lo que es diferente. También se ha sugerido que los sentimientos propios del intragrupo van siempre acompañados de antipatía hacia el extragrupo, pero esto tampoco se ha demostrado nunca. Sin embargo la ausencia de prejuicios en los niños pequeños, demuestra que el aprendizaje y no la naturaleza desempeña el papel dominante de su desarrollo”* (EICS, Tomo 8:424).

El prejuicio es entonces un comportamiento aprendido, por lo que puede concluirse que las causas que lo originan y reproducen, son culturales.

Señala Eduardo Menéndez al referirse a la problemática de los condicionamientos valorativos e ideológicos:

*“...heredamos parcialmente y en ciertas dimensiones una forma de comprender y valorar la realidad que no cuestionamos; en gran medida esto es producto de dos mecanismos: I) nosotros somos en gran parte esa realidad, y II)*

*la misma funciona y siempre funcionó de alguna manera y con determinado grado de eficacia. Hay en dichos mecanismos una carencia de historicidad y una vigencia de actualización ritual que solo periódica y violentamente es cuestionada y concientizada” (Menéndez, 1979:175).*

El prejuicio es un sistema de valores que actualizamos como normalidad.

Esta descripción se basa en que toda sociedad posee un sistema de pautas y valores estructurados y en estructuración, que se difunde en todos sus ámbitos. En gran medida, los sistemas son aprendidos en forma no consciente, por lo que consecuentemente se establecen estructuras normales de percepción y conductas tipificadas. Así es como por pertenecer a un sistema, nos encontramos al nacer dentro de una situación objetiva que nos es ajena pero que nos provee de un equipo de respuestas socioculturales normales, acríticas y legitimadas. Y es con este equipamiento que aprendemos la realidad que existe objetiva y subjetivamente. El proceso de aprendizaje continúa con la educación y formación acordes a una normativa que tampoco producimos. Por lo tanto, los núcleos más acríticos y habituales que son los menos conscientes, no son cuestionados y continúan proveyéndonos de un sistema de valores que actualizamos como normalidad.

Bourdieu aborda este tema con su concepto de “hábitus”:

*“...sistemas de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “regladas” y “regulares” sin ser en nada*

*el producto de la obediencia a reglas y, siendo todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Gutiérrez, 1995:65).*

Esto se aprecia con claridad cuando al buscar explicaciones acerca del patrón de aceptación o rechazo que prevalece en el presente, en una población determinada, se toman en cuenta elementos como el miedo hacia el extranjero y factores históricos, como por ejemplo: la historia de sus contactos étnicos. Y pueden agregarse, además, otros factores que apuntan especialmente hacia la distinción entre un “ellos” y un “nosotros”, decisión que en ocasiones conlleva como consecuencia extrema la exclusión del individuo o grupo objeto de prejuicio.<sup>1</sup>

Referirse al prejuicio atemporalmente<sup>2</sup>, puede conducir a pensar que el prejuicio es inherente al ser humano y que la diversidad cultural genera naturalmente prejuicios y animosidad por razones de ignorancia; por lo tanto atendemos las sugerencias de Rosana Guber, quien afirma:

*“En cambio, si se explicitan las condiciones políticas y sociales de dicho prejuicio, no solo es posible explicar los prejuicios como formas ideológicas implicadas en procesos sociales, sino detectar distintos sentidos y consecuencias de dichos prejuicios, conforme a la coyuntura de su aparición” (Guber, 1991:282).*

El hecho es que los enfermos de lepra han sido históricamente excluidos por temor al contagio y los aspectos estéticos de una enfermedad deteriorante como la lepra. En la actualidad, la marginación de estos enfermos sigue siendo un hecho social

---

1- Entre ellos puede mencionarse el nacionalismo que separa a los individuos según su origen, idioma, tradiciones y las diferencias económicas que reducen la visión de los distintos niveles de la vida social a posturas establecidas exclusivamente de acuerdo con la variable económica.

2- Ver: Guber. 1991.

vigente a pesar de los cambios impulsados en las políticas de salud. Encerrar a los enfermos para proteger a los sanos, fue hasta hace poco tiempo la estrategia “natural”, no cuestionada adoptada desde el Estado y por la sociedad, ante las limitaciones de la ciencia médica, para prevenir o curar la enfermedad.

## ORIGENES DEL PREJUICIO CONTRA LAS PERSONAS ENFERMAS DE LEPROSIA

Al principio -de lo que se tiene noticia- confundidas con quienes padecían otros males que azotaban a la humanidad, eran consideradas enfermas de lepra las personas que tenían algún tipo de lesión de carácter destructivo, deformante, mutilante o antiestético. El nombre “lepra”, que en griego significa “enfermedad escamosa” es consecuencia de esa confusión. La enfermedad de Hansen era considerada como lepra, solo cuando se la encontraba en su forma avanzada.

Si sumamos a la confusión las referencias que sobre la lepra se hacen en el texto bíblico, el resultado es una aureola de leyenda que envuelve a la enfermedad.

En el Antiguo Testamento, el libro “El Levítico”, desde su capítulo VII hasta el XXIII, trata de los sacerdotes y levitas, de su consagración y oficios y de varias preparaciones y purificaciones que debían proceder de los animales mundos e inmundos, de las diferentes especies de pecados y modos de castigarlos y expiarlos. En el capítulo XIII legisla sobre la base de la exposición de varios rabinos antiguos y contemporáneos a esa escritura, que dicen que la lepra se pega a las vestiduras y viviendas y que se trata de un mal propio de Canaán enviado por Dios a los hebreos, en castigo de sus muchos pecados de idolatría. Se indica que el diagnóstico debe ser hecho por los sacerdotes, de acuerdo con algunas recomendaciones allí explicitadas, quienes además, tomarán las decisiones, según sea el caso que se presente. Las

recomendaciones hechas por Dios directamente a Moisés y Aarón, dicen por ejemplo:

*“El hombre en cuya piel o carne apareciere color extraño, o postilla o especie de mancha reluciente, que sea indicio de mal de lepra, será conducido al sacerdote Aarón o a cualquiera de sus hijos: el cual si viere lepra en la piel, con el bello mudado en color blanco, y la parte misma que parece leprosa más hundida que la piel y carne restante, declarará que es llaga de lepra, y el que la tiene será separado de la compañía de otros, al arbitrio del sacerdote”* (A.T. p.p. 116).

Y sigue más adelante:

*“Esto supuesto, cualquiera que fuere contaminado de lepra y separado a juicio del sacerdote, tendrá los vestidos descosidos por varias partes, la cabeza rapada y descubierta, tapando su boca con la ropa, y avisará gritando, estar contaminado e inmundo. Todo el tiempo que estuviere leproso e inmundo, habitará sólo, fuera del poblado”* (A.T.p.p.117).

Es así como el temor al contagio y la automática exclusión que conlleva la detección de la enfermedad hacen que surja el prejuicio y el consecuente rechazo por aquellos seres, víctimas del mal. El desconocimiento de la etiología de la enfermedad y del mecanismo de contagio justifican medidas extremas de exclusión que el texto bíblico legitima con su calificación de la enfermedad como “castigo divino” extendiendo su efecto negativo a toda la sociedad occidental:

*“Un vestido de lana o de lino, a que se pegare la lepra en el urdimbre o en la trama, o también una piel o cualquier otro ajuar hecho de pieles, si está infecto de manchas blancas o rojas se reputará por lepra y se hará ver al sacerdote”.*



Lo que pudo haber cubierto a un enfermo de lepra es considerado posible propagador de la enfermedad y por lo tanto, merece un tratamiento semejante al impuesto a los enfermos.

En cuanto a las viviendas dice así:

*“Cuando hubiereis entrado en la tierra de Canaán, cuya posesión os daré yo, si la plaga de la lepra hubiera inficionado una casa, irá el dueño de ella a dar parte al sacerdote y dirá: Paréceme que hay en mi casa una como plaga de lepra. Y el sacerdote antes de entrar en ella para reconocer si está contagiada mandará sacar fuera de la casa todas las cosas; a fin de que no quede inmundo todo lo de dentro de la casa. Después entrará para examinar la lepra; y si viere en las paredes unos hoyitos y lugares afeados con manchas como de color amarillo o rojo y más hundidos que los demás de la superficie, saldrá de la puerta de la casa y la dejará inmediatamente cerrada por siete días y volviendo al día séptimo la reconocerá; si hallare que ha cundido la lepra, mandará a arrancar las piedras en las que hay lepra, y arrojarlas fuera de la ciudad en un lugar inmundo, y la misma casa raerla toda por dentro y esparcir las raeduras fuera de la ciudad en un lugar inmundo”* (A.T.p.p.119).

También las personas que por algún motivo ocuparen por un tiempo determinado un lugar donde se haya detectado lepra, son tomadas en cuenta en las disposiciones legales:

*“Quién entrare en la casa mientras está cerrada, quedará inmundo hasta la tarde; y el que durmiere o comiere en ella, lavará sus vestidos”* (A.T.p.p.119).

Todo lo antes dicho muestra con claridad la extensión del prejuicio hacia las personas con quienes los enfermos se

relacionaban y los espacios físicos que habitaban aunque fuera en forma transitoria.

## LA IDEA DE CONTAGIO: LA CONTAMINACIÓN DE LA SUCIEDAD O IMPUREZA

### LA SOCIEDAD Y LOS RIESGOS

Mary Douglas (1991), afirma que de acuerdo a la interpretación que una sociedad posee acerca de una desgracia compartida, crea una serie de disposiciones destinadas a proteger a sus miembros del riesgo en cuestión. Por lo tanto la posibilidad de contagio de una enfermedad en una sociedad, desencadena acciones que se corresponden con sus normas culturales:

*“La idea de la sociedad es una imagen poderosa. Tiene potencia, por propio derecho, para controlar o para excitar a los hombres a la acción. Esta imagen tiene forma; tiene fronteras externas, márgenes, estructura interna. Sus perfiles contienen el poder de recompensar la conformidad y de rechazar los ataques. Hay energía en sus márgenes y en sus áreas no estructuradas. Para servir a la sociedad cualquier experiencia humana de estructuras, márgenes o fronteras puede ser utilizada”* (Douglas, 1991:132).

Es decir que las soluciones a los problemas que se plantean en una sociedad, solo pueden derivar de la especificidad de su estructura y sus posibilidades de incorporar experiencias propias y ajenas.

En cuanto a las diferentes actitudes que pueden tener las sociedades respecto al infortunio, y en consecuencia, las distintas formas de enfrentar el riesgo, la misma autora concluye que:

*“...en todos los lugares y épocas, el universo se ha interpretado en términos morales y políticos. Los desastres que*

*mancillan la tierra y el aire y envenenan el agua suelen recibir una explicación política: la responsabilidad de que hayan ocurrido se imputará a alguien que haya caído previamente en desgracia”* (Douglas, 1991: IX).

La percepción del riesgo orienta mecanismos para garantizar la seguridad de la sociedad. Es así como la racionalidad primitiva utilizó tabúes<sup>3</sup> como medios destinados a proteger a la sociedad contra conductas que la amenazaban; la trasgresión de un tabú exponía a la sociedad a desastres de todo tipo y por lo tanto los transgresores se hacían merecedores, como mínimo, de sanciones morales. En tanto que los actuales análisis de riesgo, con los que se busca identificar al verdadero peligro en instituciones, señalan al “factor humano” como elemento poco fiable por lo cambiante que puede ser la vida emocional de quienes operan las instituciones. Si se toma en cuenta la convención antropológica<sup>4</sup> de que los peligros corporales amenazantes son armas utilizables en la lucha ideológica por la dominación, esto lleva a que el riesgo siempre esté politizado y en consecuencia opere especialmente como factor de persuasión para el cumplimiento de normas sociales.

## LAS IDEAS RELIGIOSAS Y EL CONTAGIO

Con el fin de dar claridad a los juicios de carácter moral que resultan recurrentes en el tratamiento de la idea de contagio, creo apropiado rescatar el aporte que resulta del abordaje de la conciliación del concepto de contaminación o impureza, con el de santidad:

---

3- Tabú: comportamiento no religioso o mágico.

4- Douglas, 1991: XXII.

*“El siglo diecinueve observó en las religiones primitivas dos peculiaridades que las separaban en bloque de las grandes religiones del mundo. Una era que estaban inspiradas en el temor, la otra que se encontraban inexplicablemente confundidas con la contaminación y la higiene”* (Douglas, 1991: XXVII).

Esta construcción se basa en los siguientes aportes:

La tesis que Robertson Smith<sup>5</sup> en la que afirma que la relación de los hombres con los dioses, su comportamiento religioso, es un aspecto de comportamiento social prescrito.

Las obras de Sir James Frazer, en las que formula los dos principios de la magia simpática:

- la acción por contagio.
- la acción por semejanza.

Y además su coincidencia con Smith en que la magia es más primitiva que la religión. Su elaboración de un esquema evolutivo en el que la reflexión inicial del hombre primitivo se orienta hacia la idea mecánica del contagio. Su idea de que en forma gradual la magia dio paso a la idea de un universo dominado por seres sobrenaturales semejantes al hombre, pero superiores a este.

Con Frazer, el término tabú siguió designando a una especie de solución volátil, nebulosa, que señala a lo sagrado en forma confusa, (de tal manera que algunos miembros de un mismo grupo humano interpretan que los cerdos son impuros y otros que son sagrados).

De Emile Durkheim, que al igual que Robertson Smith, tampoco se interesó por los aspectos de la acciones simbólicas de

---

5- Quién trazó siempre una línea divisoria entre el comportamiento religioso relacionado con la ética y con los dioses y el comportamiento no religioso o mágico al que llamo tabú: primitivo, salvaje e irracional, basado en el terror, sólo consideró dignas de estudio a las reglas de conducta religiosas destinadas a proteger a los sacerdotes y los santuarios.

personas y animales (contagio remoto), resulta útil su desarrollo de la idea de que los preceptos mágicos son resultado del intento, por parte del hombre primitivo, de explicar la naturaleza del universo.

*“...Nos parece que los hombres no se han podido someter a ideas tan inquietantes para nuestra razón moderna sino por la incapacidad para encontrar otras que fueran más racionales”* (Durkheim, 1982:23).

La manera más inmediata de representar y comprender lo que se observa, quizás la desesperanza de encontrar causas, hacen que entre los ritos para conseguir la fertilidad del suelo y las modernas técnicas que impulsan los agrónomos actuales, solo exista un largo camino de trabajo científico, con aciertos y desaciertos.

Así también, Durkheim sugirió que los ritos mágicos, fueron una forma de higiene primitiva y que las prescripciones mágicas dieron paso a la ciencia médica:

*“Las cosas que el hechicero recomienda que han de mantenerse separadas son aquellas que en razón de sus propiedades características no deben ser juntadas ni confundidas sin peligro... máximas útiles, las primeras formas de interdicciones higiénicas y médicas”* (Durkheim citado por Douglas, 1991:17).

También procuró demostrar que la contagiosidad de lo sagrado es una característica intrínseca, necesaria y peculiar de la naturaleza.

*“Todas las creencias religiosas conocidas, sean simples o complejas, presentan una idéntica característica común: suponen una clasificación de las cosas, reales o ideales, que se representan los hombres, en dos clases, en dos géneros opuestos, designados generalmente por dos términos*

*delimitados que las palabras profano y sagrado traducen bastante bien” (Durkheim, 1982:33).*

De acuerdo a lo expuesto hasta aquí, las cosas y las ideas pueden ser sagradas o profanas. Y a su vez, ambas clasificaciones estarán sujetas a factores de naturaleza religiosa.

Al referirse a los sentimientos religiosos, Durkheim dice que:

*“...Son las impresiones de reconfiguración y dependencia que la acción de la sociedad provoca en las conciencias las que los origina. En sí mismas tales impresiones no están ligadas a la ideación de ningún objeto determinado, pero por el hecho de que son emociones y de que son particularmente intensas, resultan también eminentemente contagiosas” (Durkheim, 1982:301).*

El contagio, visto de esta manera, es el procedimiento mismo por el que se adquiere el sentimiento religioso. Además señala a las emociones como vehículo en el que el contagio se expande. Y completa la idea, recomendando la necesidad de la existencia de la clasificación entre sagrado y profano:

*“...Y en efecto, por una especie de contradicción, el mundo sagrado se ve como inclinado por su misma naturaleza a expandirse hacia aquel mismo mundo profano que por otro lado excluye: a la vez que lo rechaza, tiende a desplazarse hacia él a partir ya del momento en que se le aproxima. Es esta la razón de que sea necesario distanciarse y crear, de alguna manera, el vacío entre ellos” (Durkheim, 1982:296).*

Durkheim pensaba que las ideas religiosas son diferentes de otras ideas, la experiencia religiosa es la experiencia de una fuerza moral coercitiva, por lo tanto son fugaces y fluidas, flotan en la mente, sin ataduras y están siempre expuestas a

transformarse y fundirse en otros contextos, a riesgo de perder su carácter esencial. Así es como existe el constante riesgo de que lo sagrado invada lo profano y viceversa. De ahí la necesidad de cuidar los límites y esto se logra por lo general con rituales de separación y demarcación, reforzados mediante creencias en los peligros que implica franquear barreras prohibidas.

En síntesis, Durkheim señaló dos clases de contagio, el que dio origen a la higiene primitiva y el elemento intrínseco de las ideas relativas a lo sagrado.

#### LASUCIEDAD, ELORDENYLASNORMAS, COMONECESIDADSOCIAL

Siguiendo el listado de fundamentaciones acerca de las diferencias entre religiones primitivas y las actuales: Levi-Bruhl documentó un tipo especial de visión del universo en el cual el poder de obrar y la capacidad de recibir influencias, independientemente de las limitaciones de espacio y tiempo, son atribuidos a representaciones simbólicas de personas y animales (contagio remoto). Este concepto de lo “sobrenatural” puede considerarse equivalente a lo “sagrado” de Durkheim y por lo tanto de Robertson Smith.

Para Mary Douglas resulta criticable que esta representación del universo sea contrastada con el pensamiento científico sin tener en cuenta que este último es una actividad rara y especializada que se desarrolla en condiciones bien definidas y aisladas. Además con la intención de no concluir con Robertson Smith de que las normas relativas a la impureza son irracionales y no se prestan al análisis, intenta eliminar algunas barreras que dividen el campo de investigación, a saber:

Dice que el problema inicial viene planteado por la diferencia entre nuestro tipo de pensamiento moderno y el suyo antiguo. Ocurre que a raíz de que no somos radicalmente opuestos, es posible estudiar la mentalidad primitiva usando la introspección y la comprensión de nuestra propia mentalidad. Para resolver el

problema del contagio sagrado, puede partirse de ideas familiares acerca del contagio y la contaminación seculares:

En la cultura inglesa, la palabra clave es “suciedad”, que significa materia en desorden.

*“...La suciedad se originó gracias a la actividad diferenciadora de la mente, era un producto secundario de la creación del orden. Empezó a partir de un estado de no diferenciación; durante todo el proceso de diferenciación, su papel radicó en amenazar las distinciones hechas; finalmente retorna a su verdadero carácter que no está sujeto a discriminación alguna. La carencia de forma es, por lo tanto, el símbolo adecuado no solo del origen y del crecimiento, sino igualmente de la decadencia” (Douglas, 1991:190).*

Esta explicación indica la evolución hacia una estructura de ideas. Para Mary Douglas, suciedad es un concepto resumen en el que encajan todos los hechos que empañan, manchan, contradicen o alteran en otro sentido las clasificaciones admitidas. Cuestión que hace presumir una determinada ordenación de las cosas. Una revisión sobre la relación entre suciedad e higiene en la historia de la civilización occidental muestra que la idea de suciedad es anterior a la patogenia, por lo que podría tener aplicación universal. El comportamiento relativo a la contaminación es una reacción frente a cualquier hecho que pueda alterar o contradecir clasificaciones vigentes. Este problema puede abordarse desde dos perspectivas:

a) El trabajo del psicólogo: sobre la PERCEPCION, es decir el proceso por el cual el perceptor interpreta activamente sus experiencias sensoriales y en el curso de esa interpretación, las adapta e incluso complementa. El proceso constantemente vigilado por cierta protección de que dispone la estructura de supuestos existentes. Este planteamiento pue-



de extenderse al aprendizaje de fenómenos culturales. Por ejemplo el lenguaje como fenómeno social es producido por la interacción continua entre individuos. La ambigüedad en el lenguaje afecta la eficacia en la comunicación por lo que pone a prueba la tolerancia de los afectados.

b) El trabajo del antropólogo: sobre el ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA CULTURA. Ciertas presiones que influyen en la diferenciación cultural, igual que en la lingüística ponen al individuo en relación con otros y les ayuda a reflexionar sobre su experiencia y ordenarla.

Si la idea de suciedad implica un sistema, la evitación de la suciedad es un proceso de ordenación que asegura la conformidad entre el orden de los hechos materiales externos y la estructura de las ideas. Entonces las normas referentes a la contaminación pueden ser consideradas como la extensión del proceso de percepción, a partir de que ponen en orden la experiencia, contribuyen a aclarar las formas y además reducen la discordancia.

Es de suponer que una comunidad que comparte una cultura común está colectivamente interesada en ejercer presiones a favor de la conformidad de sus normas. También se supone que las creencias relativas a la contaminación guardan relación con los valores morales de la cultura de que se trate, porque forman parte de la estructura de ideas que se quiere proteger con las reglas de contaminación. Sin embargo el rigor de las sanciones que garantizan el cumplimiento de tales reglas, no se corresponde con el que se aplica a otros delitos y en ocasiones la cuestión puede solucionarse con un rito de purificación. Puede decirse entonces que las creencias referentes a la contaminación refuerzan la estructura cultural y social, mantienen a dicha cultura inmune a la contaminación cosmológica, puesto que sus conceptos son continuamente sometidos a revisión reducen activamente la ambigüedad en el orden moral.

En síntesis, las reglas de contaminación y sus sanciones guardan relación con los valores morales de la cultura de que se trate y sirven a una comunidad en la protección de su estructura de ideas.

## LA TRANSFERENCIA DEL ESTIGMA

Erving Goffman (1973), aborda la situación de los individuos inhabilitados para una plena aceptación social. Goffman formula y aplica en él, conceptos que tienen que ver con la información que los individuos transmiten directamente sobre sí mismos, en la situación de interacción social cara a cara.

*“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar”* (Goffman, 1973:12).

## ESTIGMA COMO IDENTIDAD SOCIAL

La primera apariencia del extraño nos permite prever aproximadamente en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su “identidad social”. El término es utilizado por Goffman como más adecuado que estatus social, ya que incluye atributos personales (como la honestidad) y estructurales (como la ocupación). Además, el extraño en cuestión puede mostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos aceptable socialmente. Ese atributo es un “estigma”<sup>6</sup>.

---

6- El término estigma fue creado por los griegos para referirse a los signos corporales con que se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de su portador. Durante el cristianismo se agregaron dos significados: a) signos corporales de la gracia divina; b) referencia médica indirecta de esta interpretación religiosa, a los signos

Ante un estigma, la “identidad social virtual” de un individuo, es decir la eventual caracterización en esencia, que se le otorga a primera vista, se aparta de su “identidad social real”, conformada por los atributos que realmente le pertenecen. Por lo tanto, puede decirse que estigma es una clase especial de relación entre atributo y estereotipo.

Goffman distingue tres tipos de estigmas diferentes:

- a) las deformaciones físicas,
- b) los defectos del carácter del individuo (falta de voluntad, pasiones tiránicas, creencias rígidas y falsas, deshonestidad),
- c) los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia.

Perspectivas desde las cuales el individuo estigmatizado percibe su realidad:

- “desacreditado” que se da cuando el estigma es perceptible inmediatamente y su portador no puede ocultarlo,
- “desacreditable”, cuando su estigma no se percibe de inmediato, abriendo así un campo de posibilidades de ocultamiento.

En la clasificación de Goffman, los empleados del leprosario podrían encuadrarse como “individuos estigmatizados desacreditables”.

Es decir, aquellos que cargan un estigma que no es evidente y que usualmente despliegan una serie de estrategias para mantenerlo oculto.

---

corporales de perturbación física. Actualmente se designa al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.

## LOS “NORMALES”

Para Goffman, un individuo es considerado normal cuando:

*“Daré el nombre de ‘normales’ a todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión” (Goffman, 1973:15).*

Los “normales” consideran a los estigmatizados no del todo humanos y a partir de ahí, construyen una teoría del estigma para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que constituyen esas personas. Su discurso cotidiano utiliza como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos a estigmas (inválido, bastardo, tarado), sin tomar en cuenta su significado real.<sup>7</sup> Además, perciben las eventuales respuestas defensivas de los estigmatizados, como una expresión directa de su defecto y consideran que tanto el defecto como la respuesta son el justo castigo de algo que él, sus padres o su tribu han hecho y que justifica la manera en que se los trata.

## INDIFERENCIA DEL ESTIGMA

Otra categoría social encuadra a individuos que no consiguen vivir de acuerdo con lo que los normales exigen de ellos, pero que permanecen indiferentes a su fracaso, aislados por su alienación y protegidos por creencias de su propia identidad. El individuo de esta categoría se siente un ser humano maduro y normal y que por lo contrario, siente que los llamados normales, no son del todo humanos. Lleva un estigma pero no se aflige por eso<sup>8</sup>.

---

7- Son comunes las actitudes como las de generalizar la deficiencia advertida y en consecuencia gritarle a los ciegos como si fueran sordos. Creencias aferradas a ciertos estereotipos, por ejemplo el de ciego, les hace imaginar que estos utilizan canales especiales de información, no accesibles a los demás.

8 En ciertos contextos sociales, como el caso de grupos gitanos, menonitas, judíos muy ortodoxos, etc. Actualmente este individuo estigmatizado tiende a tener las mismas

## LA ACEPTACIÓN COMO OBJETIVO SOCIAL

El rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado es la “aceptación”, que espera recibir de los normales.

*“...Las personas que tienen trato con él, no logran brindarle el respeto y la consideración que los aspectos no contaminados de su identidad social habían hecho prever y que él había previsto recibir; se hace eco del rechazo cuando descubre que alguno de sus atributos lo justifica” (Goffman, 1973:19).*

Esta situación impone al individuo estigmatizado, la elaboración de respuestas acordes a su caso particular<sup>9</sup>.

Sin embargo, sigue Goffman, el hecho de verse obligado a desarrollar estrategias para la defensa de su intimidad, daña su “identidad social” y en cierta forma lo aísla del resto de la sociedad. En su fuero interno, el individuo estigmatizado sabe que los demás pueden definirlo en función de su estigma. En una gran variedad de interacciones, prevalece la “incertidumbre” respecto de las actitudes que tomarán las personas con las cuales se enfrenta, puesto que ignora en qué categoría será ubicado y, si esta ubicación le favorecerá o será perjudicial para él.

---

creencias sobre la identidad que los individuos normales. Pero sus reclamos se basan, no en lo que piensa que se merece todo el mundo, sino solamente aquellos que pertenecen a una selecta categoría social, dentro de la cual él encaja, por ejemplo, toda persona de su misma edad, sexo, profesión, etc.

9- Las deformaciones físicas que se procuran resolver con cirugía plástica, las psicoterapias que intentan cambiar al homosexual, la educación que soluciona los problemas del analfabeto, son las maneras más directas de enfrentar el rechazo.

## LOS “SABIOS”

La especial situación del individuo desacreditable lo pone en camino de convertirse en lo que Goffman llama el “sabio”:

*“Un tipo de persona sabia es aquella cuya sabiduría proviene de sus actividades en un establecimiento, que satisface tanto las necesidades de quienes tienen un estigma particular como las medidas que la sociedad adopta respecto de esas personas”* (Goffman, 1973:43).

Este sería el caso de los médicos, las enfermeras y otras profesiones relacionadas específicamente con la enfermedad en cuestión y que por poseer una preparación especial, suelen quedar al margen del prejuicio.

*“Un segundo tipo de persona sabia es aquella que se relaciona con un individuo estigmatizado a través de la estructura social; esta relación hace que en algunos aspectos el resto de la sociedad más amplia considere a ambos como una sola persona”* (Goffman, 1973:43).

## LA DESIDENTIFICACIÓN SOCIAL

En procura del manejo de la información, aprende a reconocer signos portadores de información y a utilizar símbolos que posean fuerza suficiente, capaz de contraponerse a los símbolos del estigma.

Esos símbolos “desidentificadores” proporcionan el efecto de instalar dudas sobre la validez de la imagen virtual y establecer un reclamo especial de prestigio; es el caso de quienes pueden demostrar con eficiencia, ante iguales y extraños, su capacidad para evitar el contagio.

Para lograr el encubrimiento se hace necesario controlar diferentes situaciones o posibilidades de develamiento que se producen cotidianamente. Estas experiencias pertenecientes a la vida pública, situaciones cotidianas inevitables, pueden ser controladas en parte con la oportunidad de establecer contacto con las personas con quienes inevitablemente se tropieza y a través de una relación más íntima, hacer que estas personas conozcan cualidades personales del individuo estigmatizado buscando que la evaluación sobre su identidad social se torne más realista. A medida que se conoce al individuo estigmatizado, los soportes positivos y negativos de su “identidad personal”, lo diferencian de los demás y ponen en relieve su historia vital, efecto que puede acercarlo a la aceptación, conforme al manejo que él haga de la entrega de esa información.

En el mundo del individuo desacreditable, dividido entre los que saben y los que no saben sobre su estigma, se plantea además la restricción en el acceso a algunos lugares, puesto que encontrará algunos prohibidos, otros donde no estará muy cómodo y algunos donde pueda exponerse sin problemas: así por ejemplo un enfermo de lepra difícilmente concurrirá a un balneario y/o evitará andar con poca ropa.

El encubrimiento condiciona además las amistades, podrá continuar teniendo relaciones de amistad con las personas que conoció antes de adquirir el estigma, en función de la tolerancia de las mismas respecto a ese estigma, en caso de que se descubra. En tanto que las nuevas amistades serán seleccionadas de acuerdo a atributos que permitan al individuo desacreditable poder manejar con mayor comodidad la información sobre sí mismo.

Erwing Goffman (1973), afirma que los elementos con que el individuo estigmatizado construye la imagen de sí, son los mismos con que los normales construyen al principio la identificación personal del mismo. Por lo tanto, este puede definirse a sí mismo como igual a cualquier otro ser humano. Sin

embargo, la confrontación con los normales, ponen a prueba sus expectativas y definiciones.

*“Dado que en nuestra sociedad el individuo estigmatizado adquiere estándares de identidad que aplica a sí mismo, a pesar de no poder adaptarse a ellos, es inevitable que sienta cierta ambivalencia respecto de su yo” (Goffman, 1973:127).*

Quienes lo rodean fuera de la Institución Total<sup>10</sup> y saben de su estigma, en muchos casos lo ven como marginal. Esa “ambivalencia” hace que no desee aceptar a su grupo (sus iguales) pero que no pueda abandonarlo. Se ve entonces en la necesidad de encontrar coherencia mediante un código de manejo que le permita resolver cuestiones corrientes. Por ejemplo: las pautas deseables de la revelación o el ocultamiento del estigma en cuestión, las fórmulas para manejar situaciones difíciles, el apoyo que debe prestar a sus iguales, el tipo de fraternización que debe mantener con los normales. También deberá aprender cuales son los prejuicios contra sus iguales que debe atacar abiertamente y cuales no, hasta qué punto debe presentarse como una persona normal y hasta donde aceptar un tratamiento diferente. Por lo general, debe estar en guardia contra un intento de cubrirse completamente y de no aceptar como si le cuadraran plenamente las actitudes negativas que los demás tienen hacia él. Todas estas recetas están destinadas a lograr que el individuo consiga una actitud apropiada consigo mismo. El esfuerzo por cumplir con estos códigos pueden convertirlo en un crítico observador de las relaciones humanas, que lo hacen consciente de una determinada situación, mientras los normales están implicados dentro de ella. Su conocimiento de los códigos lo inducen a repasar clínicamente todo aquello que tenga que ver con la parte de su vida más privada

---

10- Ver apartado siguiente.



y vergonzosa, con el fin de evitar que surja el problema de una exhibición o revelación involuntaria.

Además del punto de vista personal, agregan información los grupos de individuos ubicados en una posición semejante y que sostienen que el verdadero grupo del individuo es naturalmente ese.<sup>11</sup> Este punto de vista “endogrupal” (político), lleva a una actitud militante que tiene el objetivo de suprimir la diferencia provocada por el estigma. Sin embargo la lucha lo obliga a adoptar actitudes agresivas frente a los normales que lo rechazan.

Goffman habla también de otro punto de vista: el “exogrupal” (psiquiátrico), que consiste en ver a la sociedad conformada por los normales y la sociedad más amplia, por ellos constituida. Quien adhiere a esta línea es considerado por sus pares, una persona madura que alcanzó un adecuado ajuste personal. El individuo debe considerarse un ser humano completo como cualquier otro, que en el peor de los casos es excluido de un área de la vida social. En los dos puntos de vista descriptos, un individuo estigmatizado puede encontrar una “Política de la Identidad”, una línea que le permita aceptar sus propias condiciones y convertirse en un adulto digno y respetuoso de sí mismo.

El manejo del estigma puede verse como un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce donde existan normas de identidad. El estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, en ciertos contextos y fases de la vida. Es decir que el normal y el estigmatizado no son personas sino perspectivas que se generan en situaciones sociales

---

11- Por lo tanto lo califican de acuerdo con la relación que éste mantiene con sus pares. El acercarse al grupo lo hace leal y auténtico y si se aleja es un tonto o un cobarde.

durante contactos mixtos, bajo normas no verificadas que juegan en el encuentro.

Los atributos duraderos de un individuo pueden de esta manera convertirlo en un estereotipo<sup>12</sup>.

En síntesis: a partir de las experiencias en el trabajo de campo, me propongo mostrar que los empleados del Balaña, individuos estigmatizados desacreditables por poseer un estigma que no es evidente, construyen estrategias, a partir del manejo de la información que ofrecen sobre sí mismos, a los normales, con el fin de conseguir su aceptación. La práctica de diferentes formas de ocultamiento (encubrimiento mediante el uso de símbolos desidentificadores), y posturas con respecto al estigma (políticas de identidad), creadas según las necesidades específicas de cada uno, condicionan sus actividades sociales, restringiéndoles el acceso a ciertos escenarios, y obligándolos a seleccionar a sus amistades en función de la tolerancia que estas posean hacia el estigma en caso de que éste sea revelado.

Es decir que los efectos de la extensión hacia sus personas, del prejuicio hacia la lepra y hacia sus portadores, por parte de los normales, la imagen construida por la sociedad respecto de ellos, inciden sobre su visión del mundo y sus vidas de trabajo, haciendo necesaria la elaboración de diferentes tipos de estrategias para enfrentar las múltiples situaciones que se presentan en la vida cotidiana, acordes a la posición social específica de cada afectado.

---

12- Y aquí cabe advertir sobre la función social que tiene este proceso: la estigmatización de los individuos que presentan malos antecedentes morales, funciona como un medio de control social. La estigmatización de grupos minoritarios religiosos y raciales, funciona como medio para eliminarlas de las diversas vías de competencia. Por ejemplo, la desvalorización de quienes portan algún estigma, contribuye a limitar la elección de pareja.

## INSTITUCIONES TOTALES

Erving Goffman, define como “Instituciones Totales” a aquellos lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período importante de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Este híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal, funciona como un internado en donde se transforma a las personas.

Las instituciones totales son presentadas públicamente como organizaciones racionales diseñadas a conciencia como máquinas efectivas, cuya meta es cumplir fines formalmente admitidos y aprobados. De acuerdo a cuales sean esos fines específicos, el personal se sentirá inclinado a actuar conforme a las impresiones que absorben en ese contexto. En un psiquiátrico, el personal supone que puede ser agredido sorpresivamente y sin ninguna razón. En un leproario, el personal se siente particularmente expuesto a una enfermedad contagiosa.

Uno de los fines declarados de la institución total es la protección de la comunidad general contra la contaminación u otro tipo de peligro que los internos puedan significar voluntaria o involuntariamente. Sin embargo el trabajar con seres humanos y no con objetos obliga al personal a encuadrarse dentro de ciertas normas humanitarias con los internos. El que se observen normas de humanidad, es algo que ofrece la institución, a cambio de la libertad de los internos. Estas condiciones especiales de trabajo, en las que el personal concibe al material a trabajar como criaturas razonables y responsables, susceptibles de ser objeto de interés emocional, ponen a prueba el dominio de sus emociones.

El personal procura cumplir con los fines formales y a la vez salvaguardar su integridad física, psíquica y moral. La observación de lo que sucede dentro de la institución total aporta elementos de importancia para la elaboración de estrategias destinadas a

resolver los problemas más habituales que se presentan en ese contexto. A estas observaciones además se le añaden las primeras experiencias prácticas, que el empleado capitaliza. Por ejemplo, estas teorías proveen las formas más adecuadas para conseguir fines, como el caso de tipo de bienvenida que se le debe dar a un interno nuevo, para su mejor adaptación a la institución total.

Estas observaciones proveen también de un medio sutil para el mantenimiento de la distancia social, el que está bien y que está mal, los privilegios, los castigos, etc.

## SEGUNDA PARTE



## CAPÍTULO III

### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

#### ¿QUÉ ES LA LEPROA?

La lepra es una enfermedad infecciosa que se manifiesta con la aparición de manchas en la piel, con disminución o pérdida de la sensibilidad que va desde un adormecimiento a una anestesia total.

La produce un bacilo llamado “*mycobactertium leprae*” y se contagia de persona a persona por contacto directo y prolongado, entre tres y cinco años, entre un individuo con posibilidades de transmitir y uno sano. También es importante saber que no todos los que padecen la enfermedad eliminan bacilos fuera de su organismo<sup>13</sup>.

#### LA HOSPITALIZACIÓN EN OCCIDENTE

El origen de la lepra y su desarrollo<sup>14</sup>, se consideran perdidos “en los comienzos de la historia de la humanidad”. En tanto que

---

13- (Diario Primera Edición, 16/10/00, p.p.6).

14- Folleto auspiciado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Bs. As., en 1978, con el interés de informar a los participantes de la jornada “SEMANA DE LA LEPROA”, intenta hacer una introducción al tema de la enfermedad en cuestión, comenzando con una escueta reseña histórica.

la referencia geográfica sobre la aparición de los primeros casos es atribuida a Asia, Grecia y Egipto, desde donde pudo haberse extendido posteriormente al resto del mundo.

Para una mejor comprensión de la política de exclusión de los enfermos de lepra, fijada por el Estado y considerando que los modelos organizacionales de nuestra sociedad fueron tomados de Europa en los comienzos, es imperativo hacer una escueta referencia histórica acerca de la hospitalización.

## LA EXCLUSIÓN-RECLUSIÓN

El contexto histórico que enmarca la creación de Hospitales para enfermos de lepra en Occidente, más exactamente en Europa, aparece en la obra de Michel Foucault<sup>15</sup> que señala que desde la antigüedad los leprosos eran aislados para detener el contagio:

*“Desde la Alta Edad Media, hasta el mismo fin de las Cruzadas, los leprosarios habían multiplicado sobre toda la superficie de Europa sus ciudades malditas. Según Mateo de París, había hasta 19 mil en toda la Cristiandad”* (Foucault, 1976:13).

En Francia en especial, señala que:

*“...En todo caso, hacia 1266, en la época en que Luis VIII estableció en Francia el reglamento de leprosarios, se hace un censo y son más de 2 mil”* (Foucault, 1976:13).

Y sigue más adelante:

*“...Se celebra con gusto la desaparición de la lepra: en 1635 los habitantes de Reims hacen una procesión solemne para dar gracias a Dios por haber librado a la ciudad de aquel azote”* (Foucault, 1976:14).

---

15- “Historia de la Locura en la Época Clásica I y II”.



En Inglaterra:

*“Para un millón y medio de habitantes, existía en el siglo XII, en Inglaterra y Escocia, 220 leproarios. Pero en el siglo XIV el vacío comienza a cundir; cuando Ricardo III ordena una investigación acerca del leproario de Ripon, en 1342, ya no hay ningún leproso, y el rey concede a los pobres los bienes de la fundación” (Foucault, 1976:15).*

Y por último, Alemania:

*“...En 1542, los bienes de los leproarios de Schleswig-Holstein son transferidos a los Hospitales. En Stuttgart, el informe de un magistrado, de 1589, indica que desde cincuenta años atrás no existen leprosos en la casa que les fuera destinada. En Liplingen, el leproario es ocupado rápidamente por incurables y por locos” (Foucault, 1976:16).*

Los aislamientos se realizaban fuera de las ciudades, en edificios destinados para tales fines y durante los períodos en que la enfermedad mermaba, eran alojados allí otros enfermos contagiosos. Se llegó a pensar que las enfermedades venéreas serían las que heredarían el lugar del azote que constituía la lepra, pero fue la locura.

Por turno, primero los portadores de venéreas y luego los locos invadieron aquellos edificios y se hicieron acreedores de una herencia sagrada:

*“La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa. Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leproarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de*

*su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado”* (Foucault, 1976:16-17)<sup>16</sup>.

La práctica de la internación sin procurar tratamiento, que solo excluye y castiga, tiene como sustento la siguiente postura respecto de la pobreza:

- La miseria es desorden y la caridad es peligrosa porque promueve la pobreza y el vicio.
- Dios los ha castigado por algo y ellos deben conformarse. El no poder sostenerse a sí mismos es algo predestinado.

En 1656 se funda el Hospital General de París, lugar de internación no médico, con estructura semi jurídica, que confunde el deseo de dar asilo con la necesidad de reprimir. También se mezclan la Iglesia, los mandatos reales y el apoyo burgués. Allí se cumple con el dictado de eliminación de los asociales. En Inglaterra se crean las “Houses of corrección” para el castigo de los vagabundos y el alivio de los pobres (1575) y las “Workhouses” (1670), con la misma finalidad y donde se excluye a los enfermos para que no se conviertan en hospitales.

*“En 1780, una epidemia se había extendido por París: se atribuía el origen de la infección al Hospital General; se hablaba incluso de ir a quemar las construcciones de Bicêtre”* (Foucault, TomoII, 1976:29).

---

16- Según Foucault, analizadas estadísticas alrededor de la Revolución Francesa, la densidad demográfica no aporta un dato importante respecto a la cantidad de internos a encerrar, más bien, las variables causales son la miseria y el rigor de la represión. Cierta recuperación económica, la guerra en las Américas, los destierros, pudieron disminuir la población asilada. Esto hace pensar que la emigración hacia las colonias, por diferentes causas, y especialmente por la económica, habría estado incidiendo desde tiempo atrás en la caída del número de internos.

En Alemania se construyeron casas especiales y la razón es que las venéreas, a diferencia de la lepra, se han vuelto cosa médica, aunque sujetas a toda clase de juicios morales, para las venéreas existen tratamientos.

Este informe recupera los fantasmas del miedo asociados a la mezcla de la corrupción y los vicios, aún sin tomar en cuenta el que la locura fuera un problema patológico. Las viejas confusiones sobre la lepra, siguen vigentes. El médico es llamado para contener lo que la población imagina: la fermentación, la corrupción, las exhalaciones viciadas, las carnes descompuestas.

*“...Si se ha llamado al médico, si se ha pedido observar a los enfermos, es porque se sentía miedo” (Foucault, Tomo II, 1976:31).*

Se espera que el médico contribuya a preparar las casas de encierro por medio de la purificación. La ventilación de los Hospitales se relaciona sobre todo con la comunicación moral. El Hospital debe contener la enfermedad y a la vez ofrecer un espectáculo que no amenace a los espectadores.

*“...En resumen, un asilo restituído a su realidad de jaula. Este confinamiento “esterilizado”, si se puede emplear ese término anacrónico, será el que imagine todavía en 1789 el abate Desmonceaux, en un opúsculo titulado de la Beneficencia Nacional; proyectara hacer de él un instrumento pedagógico, un espectáculo altamente demostrativo de los inconvenientes de la inmoralidad: “Los asilos forzosos... son retiros tan útiles como necesarios... El aspecto de esos lugares tenebrosos y de los culpables que encierran es bueno para preservar a una juventud en exceso licenciosa de cometer los mismos actos que merecen una justa reprobación; es, pues, prudente que los padres y las madres hagan conocer a tiempo a sus hijos esos lugares, donde la vergüenza y la ignominia se unen con el crimen, donde el hombre degradado en su esencia a menudo pierde para siempre los derechos que había adquirido en la sociedad” (Foucault, Tomo II, 1976:31).*

El mito moral hace que las “jaulas” estén abiertas al público para que pueda observarse el resultado del pecado. Sin embargo, se procurará curar, aunque la terapia es más bien moral, purifica el alma castigando el cuerpo.

Existe rigor inhumano para con el loco y aunque la internación deja de ser obligatoria, la conciencia de internamiento persiste en la población que sueña con casas correccionales privadas, en las que el trabajo los mantenga ocupados y el producto del mismo sirva a los hombres honrados. Ya no se interna por causa de “orden-desorden”, la cuestión se resuelve libremente en función de la libertad de los hombres sanos para circular sin peligros.

## LA CURA

Sin embargo es en la época clásica cuando comienza a ser sustituida la “panacea” por la “cura” de las enfermedades. La cura tiene etapas que se articulan sobre la naturaleza visible de la enfermedad. La cura es una práctica y una reflexión sobre sí misma y sobre la enfermedad. El resultado no es solo verificación sino experiencia. Aquí la teoría médica cobra vida.

En cuanto a la locura, la medicina rechazaba obstinadamente la internación. Sin embargo las curas dieron lugar a que el internamiento fuera del tipo hospitalario. Del diálogo entre médicos y locos, aparece un vocabulario:

*“...Y es por esto por lo que toda la psiquiatría del siglo XIX converge realmente en Freud, el primero que haya aceptado en serio la realidad de la pareja médico-paciente, y que haya consentido en no apartar de allí ni sus miradas ni sus investigaciones, que no haya intentado ocultarla en una teoría psiquiátrica que tanto bien o mal armonizaba con el resto de la ciencia médica; el primero en haber sacado ri-*

*gurosamente las consecuencias de la realidad”* (Foucault, Tomo II, 1976:261).

Es el trabajo de Freud, que reagrupa los valores y los coloca en manos del médico, el que consigue callar las instancias de condenación hacia el loco y la locura.

La enfermedad, bajo la tutela del especialista, habla de límites a la incertidumbre. Cabe la idea de asociar esta nueva situación con la posibilidad de que el prejuicio nacido a raíz de la ignorancia respecto de enfermedades como la lepra, pierda un terreno que es ganado por la ciencia y sus posibles prodigios.

## LOS PRIMEROS REGISTROS EN LA ARGENTINA

No se conoce con certeza el momento de la aparición de los primeros enfermos de lepra en la Argentina. Se señalan los primeros años del siglo XVII, pero recién en el año 1773 se citan enfermos de lepra en el documento por el cual se creó el Protomedicato del Río de la Plata.

Hasta 1930, las políticas de salud en Argentina privilegiaban las campañas de erradicación de enfermedades endémicas. La red hospitalaria y los servicios respondían al criterio imperante en la tradición médica francesa, y los centros hospitalarios que se edificaban en el país presentaban una estructura semejante a la de los hospitales europeos. En este contexto, en 1926, la Ley Nacional Nro. 11.359, impone la “denuncia obligatoria de los enfermos de lepra” en todo el territorio nacional. Las denuncias de carácter reservado, debían llegar al Departamento Nacional de Higiene, institución responsable de la aplicación según los casos, del tratamiento sanitario obligatorio. Las medidas a tomarse pasaban desde la “inspección preventiva a sospechosos”, hasta el “aislamiento y tratamiento obligatorio en asilos o colonias destinadas a este fin”.

Para que la internación fuera posible, se preveía la creación de varios Sanatorios Colonia para leprosos, en el territorio nacional del Chaco y Río Negro. Más tarde, en 1928, una nueva Ley Nacional, la Nro. 11.410 “Profilaxis de la Lepra”, modifica a la Nro. 11.359, en lo que respecta a los lugares donde se establecerían los Sanatorios Colonia. Estos debían ser construidos en los lugares donde la enfermedad se encontraba más extendida.

Posadas se constituyó en uno de esos sitios. Una placa de bronce colocada a la entrada del hoy Hospital de Enfermedades Transmisibles de Posadas, tiene inscrita la fecha de inauguración del “Sanatorio Colonia, Ley 11.359 y 11.410”, el 6/02/1938.

Esos Sanatorios Colonias debían ofrecer además, atención estatal a enfermos que tuvieran recursos suficientes con los que construir sus propias viviendas en parajes inmediatos al núcleo principal de la población sanitaria. También debían promover entre los enfermos, la práctica de ciertas artes, industrias, trabajos agrícolas o ganaderos, con el fin de que pudieran ser fácilmente restituidos a la “vida común”.

La pérdida de la libertad y de sus derechos civiles y políticos por parte de los afectados por la lepra en estado contagioso, encontraba su justificación en que esta medida contribuiría a evitar la diseminación de la enfermedad.

Se prohibía el matrimonio entre leprosos y de estos, con personas sanas. Los cónyuges leprosos y sus hijos también enfermos, debían ser alojados en la Colonia, separados de los componentes de la familia que resultaren sanos, luego de la “inspección preventiva”. En tanto que sus hijos recién nacidos debían ser colocados en asilos comunes y concurrir a escuelas y talleres comunes, siempre bajo la observación insistente y prolongada de la autoridad sanitaria.

Un registro general y regional secreto debía ser confeccionado con los datos personales de los enfermos y la evolución del tratamiento, con el fin de realizar censos periódicos

y permitir el cumplimiento y el control de las medidas profilácticas generales que, para cada caso, eran entregadas a los enfermos en formularios impresos en donde también se les recordaba la correspondiente sanción en caso de no cumplimiento.

Se autorizaba a cualquier persona para detener y llevar al Sanatorio Colonia a asilados que se fugaran.

Las empresas de transporte que hubieran transportado a un leproso estaban obligadas a realizar una desinfección especial.

Los jefes de Registros Civiles de toda la República debían comunicar al Departamento. Nac. de Higiene los casos de defunción por lepra para que se efectuara la comprobación acerca de si se habían tomado las medidas profilácticas en el domicilio del difunto.

Las medidas hasta aquí descriptas, alcanzaban a personas pertenecientes a instituciones<sup>17</sup> como las Fuerzas Armadas y la Iglesia.

Quedaba prohibida la entrada al país de extranjeros leprosos, en tanto que los argentinos que adquirían la enfermedad en el extranjero eran admitidos en el país y puestos desde su llegada a disposición de las autoridades sanitarias.

Además se establecían multas por dar asilo y no denunciar a un enfermo de lepra, impedir de alguna manera el trabajo de las autoridades sanitarias, por asilar o vender la vivienda en la que se hubiera alojado un leproso sin antes cumplir con la desinfección obligatoria.

Puede decirse que la promulgación y puesta en práctica de las Leyes Nacionales N° 11.359 y 11.410, contribuyó a reforzar el concepto prejuicioso que ya se tenía de la lepra, en parte por causa de ciertas referencias bíblicas que envolvieron a esta enfermedad, en una aureola de leyenda y especialmente por falta de información adecuada respecto de sus características, su

---

17- Muchos de los internados compulsivamente, eran remitidos por las FFAA y la Iglesia, al ser detectados en las revisiones de rutina, durante la incorporación al servicio militar o a un seminario.

muy baja contagiosidad, su tratamiento y la posibilidad cierta de recuperación de los pacientes.

## EL SANATORIO COLONIA

Siguiendo esta larga tradición histórica surge el “Sanatorio Colonia”. Esta Institución Sanitaria durante el período histórico en que existió cumplió con la premisa básica de separar y recluir a los enfermos, para proteger a los sanos. Las Leyes Nacionales de 1926 y 1928, en donde se impone la “denuncia obligatoria de los enfermos de lepra” en todo el territorio de la República Argentina, procuraron evitar la diseminación de la enfermedad en cuestión, a costa de la pérdida de la libertad y de los derechos civiles y políticos, de los enfermos. Hasta el cambio en las políticas de salud en 1967, a raíz de los avances científicos de la medicina, las internaciones compulsivas fueron una práctica cotidiana.

## DESARROLLO HISTORICO

En los años 30, Posadas constituyó en uno de aquellos sitios adecuados para instalar un “Sanatorio Colonia”, conforme a las Leyes Nacionales Nro. 11.359 y 11.410. En la publicación del Boletín Oficial 1930/31, aparece en el listado de dependencias nacionales el “Leprosario Nacional de Posadas” y el nombre de su director el Dr. Juan Parola. Sin embargo hasta ese momento no existía lugar físico adecuado para la internación de los enfermos. Según un antiguo empleado entrevistado para este trabajo, los primeros internos se alojaron en un “ranchito cerca del arroyo Mártires”, y fueron abastecidos por “el hombre del carrito que proveía de todo lo necesario”, es decir ropa, comida y medicina. Pero el 24/07/1937, la nota que acompaña al informe solicitado por el secretario administrativo de presidencia de la nación, so-



bre la obra constructiva realizada en “este territorio” durante el período presidencial del Gral. Agustín P. Justo, dice adjuntar un clisé que reproduce el plano del Leprosario Nacional. Y finalmente, una placa de bronce colocada a la entrada del hoy Hospital de Enfermedades Transmisibles Dr. Pedro Baliña de Posadas, tiene inscrita la fecha de inauguración del “Sanatorio Colonia, Ley 11.359 y 11.410”, el 6/02/1938.

Otras notas remitidas desde Casa de Gobierno, muestran el movimiento regular de la institución en funcionamiento:

El 16/12/38, el secretario de gobernación, en nombre del gobernador que dice encontrarse en la capital, agradece a Doña Hercilia Casares de Blaquier, Presidenta del Patronato de Leprosos, su invitación a las Jornadas de Asistencia Social de la Lepra a realizarse en esa institución, cita en Capital Federal y se compromete a nombrar un delegado para que concurra.

El 13/03/39, el señor gobernador, acusa recibo de la nota enviada por Doña Hercilia C. de Blaquier, informando la próxima habilitación del primer hogar para hijos sanos de padres enfermos de lepra, que llevara el nombre de “Academia Esperanza”. Así mismo, el gobernador le hace saber que ya se ha comunicado con el Director del Leprosario local en donde se hallan asilados esos niños y que “tan pronto se hallen en poder del suscrito los datos de referencia, les serán remitidos”.

Según recuerdan algunos de mis informantes la flamante infraestructura ofrecía comodidades que en muchos casos superaban a las que los internos habían conocido en sus hogares y una asistencia médica en constante desarrollo. La internación sin embargo, siguió exigiendo compulsión policial. Evidentemente el eficiente cumplimiento de lo dispuesto en las leyes, sumado a la asistencia social de instituciones solidarias, no compensaban para los enfermos, la pérdida de sus derechos y su libertad al transponer el portón de entrada del Leprosario.

En el Boletín Oficial del 28/02/1939, aun bajo la denominación de “Leprosario Nacional de Misiones”, aparece el listado del personal jerárquico, Todos profesionales del medio en aquel entonces, cumpliendo con las políticas oficiales: como Director Interino, el Dr. P. Osvaldo Ruiz. Como médicos internos, los doctores Cesar B. Acardi (h) y Oscar S. Burgos. Como administrador, el Dr. Carlos E. Cambell, como Secretario el Dr. Jorge R. Escalada y como Ecónomo el Dr. Luis Nosiglia. Y solo un mes después, en el Boletín Oficial del 31/03/1939, bajo la denominación de “Sanatorio Colonia de Posadas, Ley Nro. 11.359”, se confirma el mismo listado de personal jerárquico.

En tanto que el reclutamiento del personal en los demás niveles, se realizó a partir de 1938. Siempre dentro del esquema nacional, los primeros empleados fueron seleccionados y formados por otros provenientes del Hospital R. Madariaga y de la Asistencia Pública.

Para encuadrar la evolución del Hospital en el tiempo, he optado por la siguiente periodización:

1. El período que va desde la promulgación de las Leyes Nacionales 11.359 en 1926 y 11.410 en 1928, hasta 1938<sup>18</sup>, año en que se inaugura la infraestructura del “Sanatorio Colonia Pedro Baliña” en Posadas.

2. El período que se extiende a partir de 1938 hasta el cambio en las políticas de salud en el año 1967, alberga una evolución en el discurso y las prácticas de los especialistas que instruían al personal sobre las medidas de profilaxis necesarias para la actividad cotidiana en la institución, en función de los avances científicos de la medicina.

---

18- Ley Nacional N° 11.359, “Profilaxis de la Lepra” (18/10/1926) y la N° 11.410 que es una modificación de la anterior en lo referente a donde debían construirse los Sanatorios Colonia, fechada el 6/8/1928.

El cambio en las políticas de salud consistió fundamentalmente en el paso de la mayor parte de los enfermos, de la situación de internos compulsivamente reclusos y despojados de sus derechos, a ambulatorios y el freno a nuevas internaciones, debido a nuevos medicamentos, las sulfamidas y también a la aceptación por parte de los entendidos, de la baja contagiosidad de la lepra.

A raíz del cambio en el manejo institucional de la lepra, el plantel de personal se redujo drásticamente y además, quienes trabajaban y vivían dentro del Sanatorio Colonia tuvieron que comenzar a buscar dónde vivir. En consecuencia, las instalaciones del Sanatorio Colonia comenzaron a tener una progresiva capacidad ociosa<sup>19</sup>.

3. El período que se inicia en el año 1967 y se extiende hasta el día de hoy, se caracteriza por los cambios lentos. En 1973, gran parte de las instalaciones del Sanatorio Colonia, es ocupada por el “Hospital Psiquiátrico Dr. Ramón Carrillo”. En 1983, una nueva Ley Nacional<sup>20</sup>, deroga las Leyes de 1926 y 1928 y establece que las autoridades sanitarias nacionales deberán formular nuevas normas técnicas aplicables en todo el país y elaborar, ejecutar y controlar los programas de lucha contra la lepra.

En 1988, el holgado espacio aún disponible para la lepra, permite la ampliación de la atención a otras enfermedades transmisibles, lo que motiva el cambio en el nombre de la institución, que pasa a llamarse “Hospital de Enfermedades Transmisibles Dr. Pedro Baliña”<sup>21</sup>.

---

19- Información basada en la entrevista realizada al Dr. Julio César Lafuente, Director del “Hospital de Enfermedades Transmisibles Dr. Pedro Baliña”, el día 7/7/1997.

20- Ley Nacional N° 22.964, “Control y Tratamiento de la Lepra”, Buenos Aires, 4/11/1983. Y publicación del Boletín oficial de la Provincia de Misiones, 8/11/1983 (Derogación de las leyes nacionales N° 11.359 y 11.410).

21 -Decreto Provincial N° 1947, Posadas, 26/8/1988.

En 1999 la lepra no ha desaparecido, pero ya no es más la enfermedad que motiva comportamientos como protegerse la cara con un pañuelo al pasar en automóvil por la Ruta, frente al Sanatorio. Sin embargo, es difícil conocer a alguien que confiese tener lepra, o ser pariente cercano de un leproso. Hay, asimismo resistencia a internar a un familiar con alguna enfermedad infecciosa en un leprosario, por tal motivo los primeros internos que ocuparon el lugar dejado por los leprosos, fueron los pacientes con enfermedades mentales.

El año 2000 encuentra al “Hospital de Enfermedades Transmisibles Dr. Pedro Baliña”, en plena transformación en un “Hospital regional”, basado fundamentalmente en la parte clínica, con guardia de 24 horas, para la atención de la gente que vive en la zona sur de la ciudad de Posadas.

## CAPÍTULO IV

### BALIÑA: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Esta investigación comenzó buscando sistematizar historias de vida de trabajo, por lo que opté por la perspectiva etnográfica. Esto determinó que el trabajo de campo se realizara básicamente a través de entrevistas abiertas a empleados del Hospital. Algunos de ellos fueron visitados en la institución, en tanto que aquellos que están actualmente jubilados, fueron entrevistados en sus viviendas particulares.

El primer contacto con una informante clave sentó las bases para la confección de un listado de personas que conformó la muestra definitiva. En un principio, los criterios para la conformación de la muestra fueron: el haber trabajado un tiempo prolongado en la Institución y en lo posible, haber transitado por diferentes cargos y lugares de la estructura institucional.

La metodología empleada fue eminentemente cualitativa, siendo las dos hipótesis principales, las ya mencionadas en la Introducción.

Las Variables Independientes consideradas están referidas a:

1. La Estructura de la Organización del Trabajo en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, escalafón, funciones, disciplina, etc.

2. La Estructura Social de la Ciudad de Posadas, Provincia de Misiones.

3. Estigma: como una variable independiente en tanto componente cultural que precede al individuo.

3.1. Como asignación de un atributo por “los otros”.

3.1. Como aceptación del atributo.

En el Análisis de la Información recogida en el Trabajo de Campo se procedió a organizar los datos agrupándolos en base a las siguientes variables:

Ideas y Prácticas

a) Ideas: asignación de un atributo negativo por los otros.

b) Prácticas: padecimiento por asignación de un atributo negativo por los otros: discriminación.

c) Ideas: asignación de atributos propia: internalización.

d) Prácticas: las estrategias propias.

Los informantes fueron clasificados en cuatro grupos:

1. PROFESIONALES: incluye médicos especialistas, clínicos, nutricionista, trabajadora social.

2. ENFERMERAS: incluye tanto las idóneas, auxiliares y las de carrera.

3. TÉCNICOS: incluye los empleados que prestan servicios como mantenimiento y reparación, cocina.

4. ADMINISTRATIVOS: incluye al personal encargado de efectuar trabajos de oficina, el control del funcionamiento de la Institución.

## CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo constituida por las personas que trabajan/ron en ese lugar, sus características, las relaciones sociales entre ellos.

Asimismo, distinguimos dos situaciones laborales: los que trabajan/ban en contacto directo y los que no trabajan/ban en contacto directo, con los enfermos, dependiendo de que su función se cumpliera en las diferentes zonas del Hospital - Colonia.

## OBJETO O POBLACION EN ESTUDIO

Caracterización de los actores sociales:

- a. Elijo el concepto de Actor Social, en contraposición al de agente social- definido aquel en función de acciones y relaciones
- b. Rol del actor social seleccionado: 1. como agente público, o empleado del Estado -primero nacional, luego provincial. 2. como voluntariado en una institución del Estado.
- c. Muestra seleccionada según criterios de:
  - c.1. supervivencia: pertenecen a la 1ª Etapa de la cronología de la Institución que presentó.
  - c.2. permanencia: continúan o no siendo agentes, habiendo comenzado en la 2ª Etapa de dicha cronología.
  - c.3. actuales: prestación de menos de 5 años.

*Cuadro N° 1: Caracterización de la Muestra según edad y sexo*

<b>Edad en el momento del trabajo de campo</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
18 a 29 años (actual)		1 (8%)	1 (8%)
30 a 45 años (Permanencia)		3 (25%)	3 (25%)
46 a 65 años			
Más de 65 años (Supervivencia)	5 (42%)	3 (25%)	8 (67%)
Total	5 (42%)	7 (58%)	12 (100%)

*Fuente:* Elaboración propia. Trabajo de campo de la Tesis de Grado. 2000.

COMENTARIO: esta muestra se caracteriza por el predominio de personas que pertenecen a la primera etapa de la cronología de la institución que se presentó (supervivencia), y que se encuentran ya jubiladas. En su conjunto, la cantidad de mujeres en la muestra supera a la de hombres.

El cuadro anterior permite ver que la muestra está conformada por un alto porcentaje (67%) de entrevistados hombres y mujeres de más de 65 años, mientras que el rango que va de 30 a 45 años está representado por mujeres y alcanza un 25% de la muestra. Por último, con menos de 29 años, solo tenemos una entrevistada que representa apenas un 8% del total.

En tanto que el rango que va de 46 a 65 años, permanece en el cuadro sin representación, con el objeto de señalar un período significativo en cuanto a la renovación del personal.

*Cuadro N°2: Caracterización de la Muestra. Reclutamiento al trabajo, por vía de acceso s/ sexo.*

Vía de acceso	Varón	Mujer	Total
Por conocidos	4 (33%)	3 (25%)	7 (58%)
Por parientes	1 (8%)	1 (8%)	2 (17%)
Otros		3 (25%)	3 (25%)
Total	5 (42%)	7 (58%)	12 (100%)

*Fuente:* Elaboración propia. Trabajo de campo de la Tesis de Grado. 2000.

COMENTARIO: esta muestra se caracteriza por el predominio de personas que fueron reclutadas a través de conocidos, un 58% del total que se compone de un 33% de hombres y un 25% de mujeres. En tanto que personas reclutadas a través de parientes, tenemos un 17% conformado por partes iguales de hombres y de mujeres. Mientras que el acceso a través de otras vías está representado por mujeres y alcanza un 25% del total de la muestra. Debe señalarse que ninguno de los informantes ingresó a la Institución por vía de concurso.



Cuadro N°3: Motivación para el ingreso.

<b>Categorización</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Comodidades y buen salario	3 (25%)	2 (17%)	5 (42%)
Otras motivaciones:	2 (17%)	5 (42%)	7 (58%)
Total	5 (42%)	7 (58%)	12 (100%)

*Fuente:* Elaboración propia. Trabajo de campo de la Tesis de Grado. 2000.

COMENTARIO: este cuadro muestra que de acuerdo a la motivación para el ingreso, las comodidades y el buen salario fueron las razones elegidas por un 25% de hombres y un 17% de mujeres, en total el 42% de la muestra. En tanto que el 17% de hombres y el 42% de mujeres, en total el 58% del total de la muestra argumentaron otras motivaciones.

## INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Debido a la importancia de la ubicación espacial de las distintas secciones de la Institución con respecto al tema del presente estudio, describo a continuación la infraestructura edilicia que estaba destinada a cumplir con determinadas funciones.

En el año 1938 se inaugura en Posadas la infraestructura del “Sanatorio Colonia Pedro Baliña”, construido especialmente para cumplir la función de colonia de internación para enfermos de lepra.

El trazado edilicio que aún conserva, fue apenas modificado con el fin de anexar otros servicios de acuerdo a las necesidades que se fueron presentando con el correr del tiempo.

La construcción fue emplazada a una distancia de alrededor de 10km de la ciudad de Posadas. Esta ubicación fue elegida por razones profilácticas, buscando aislar a los enfermos lo más lejos posible de la ciudad.

En la construcción se tuvo en cuenta en la realización del proyecto, la particular necesidad de delimitar zonas que debían cumplir con funciones específicas: La “infecta”, la “intermedia” y la “sana”.

La zona “infecta”, destinada a aislar a la población de enfermos, debía tener además de buenas condiciones higiénicas, ciertas comodidades que contribuyeran a hacer soportable un tratamiento muy prolongado. A tales fines, además de los pabellones que tenían la función de dormitorios y el comedor, se contempló la construcción de lugares de esparcimiento como el teatro.

Una zona “intermedia”, en la que se emplazaron edificios con funciones duplicadas, como los casos de la cocina, el lavadero, la Iglesia, los locutorios. Además, la enfermería y laboratorio.

La zona “limpia”, con el frente sobre la Ruta Nacional N° 12, consta de una entrada o portería, con dormitorio y baño para el guardia. Viviendas destinadas a los empleados según sus jerarquías, edificios para administración, usina, taller de mantenimiento y depósitos.

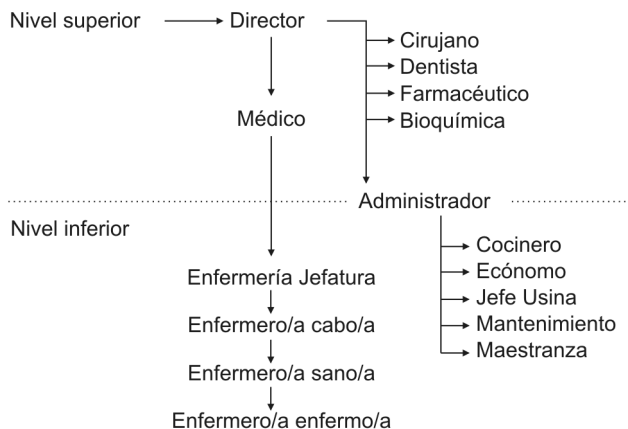
## EL TRABAJO DE CAMPO

Los resultados obtenidos en el Trabajo de Campo, constituyen construcciones de mi autoría, según la información procedente de las entrevistas realizadas, debe entenderse que el trabajo de análisis que efectué, permitió dos tipos de resultados: uno de carácter descriptivo, para caracterizar la situación y condiciones de trabajo de mis informantes, y otro, explicativo, para señalar, la puesta a prueba de las hipótesis.

## ESCALA JERARQUICA DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

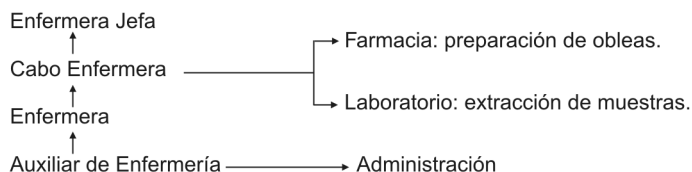
A través del análisis de la información obtenida, fue posible reconstruir la escala de jerarquías que constituye la estructura orgánica del Hospital Dr. Pedro Baliña.

Esta escala podría no coincidir con los escalafones oficiales, pero pretende evidenciar la manera como este personal percibe las jerarquías en el campo laboral.



## TRAYECTORIAS LABORALES:

La reconstrucción de las trayectorias laborales es también un constructo, resultado del análisis de la información; en este caso sólo logré elaborar una trayectoria (ideal) de las enfermeras.



## PROCESOS

El análisis de procesos permite la sistematización dinámica de los datos recogidos en campo.

En una síntesis lograda de la transcripción de las entrevistas, fue posible reconstruir procesos en las historias de vida de trabajo, según sigue:

Procesos de internalización o aceptación del atributo

Ejemplo 1- Entrevista 1:

Etapas:

- a) ingreso al mundo de la lepra por azar (no programado); comienza a sentir su trabajo en el Baliña, como una “misión”;
- b) comienza a ir más seguido a la zona enferma “para ver de cerca el dolor” (que no conocía);
- c) descubre la verdadera identidad de los enfermos de lepra (que ingresaban con seudónimo);
- d) participa del pacto de silencio entre el personal del Sanatorio Colonia Dr. Pedro Baliña (no hablar de los enfermos con personas que no pertenecían al Hospital).
- e) establece una relación afectiva con los enfermos de lepra: escribe sus cartas; contacta parientes (con recato);
- f) se convierte en intermediaria entre los enfermos de lepra y sus parientes;
- g) se convierte en la esposa del hermano del Administrador;

- h) quiere salirse y el marido no le deja;
- i) se convierte en la Jefa;
- j) recibe regalos de los enfermos en agradecimiento por el buen trato;
- k) se retira;
- l) está en la Comisión del Patronato de la Lepra;
- m) sigue considerando su vocación como misión divina.

#### Ejemplo 2 - Entrevista 7:

- a) ingresa por necesidad económica aprovechando que “nadie quería ir a trabajar allí”;
- b) se aplica el “test Mitsuda” que le da cierto grado de seguridad; frente a la posibilidad de contagio.
- c) afronta el rechazo a la contaminación a través de la rutina;
- d) adquiere experiencia en quirófano; (todo tipo de intervenciones, a raíz de la imposibilidad de conseguir especialistas que quisieran trabajar allí, como por ejemplo: dentistas. Además en el Hospital Madariaga, los leprosos eran rechazados).
- e) experimenta el rechazo de los “normales”: familiares y amigos; (un amigo que se entera que trabaja en el Baliña, se aleja de él cuando está en rueda de amigos. Su esposa le llama la atención sobre lo que escucha de otros familiares acerca del contagio).
- f) entra en el pacto de silencio;
- g) experimenta cambios en la estructura familiar; (se divorcia).
- h) experimenta el cambio institucional del año 1967;
- i) se retira por incompatibilidad de cargos. Elige salir del mundo de la lepra;

- j) presenta trabajos en Congresos rompiendo el pacto de silencio, y en un ámbito especializado y exterior a la Institución y aún la ciudad;
- k) mantiene el contacto con viejos pacientes externalizados, en otra institución.

#### Ejemplo 3 - Entrevista 8:

- a) ingresa al mundo de la lepra teniendo en cuenta la recomendación de su madre: callarse;
- b) pasa la primera prueba y asciende al nivel de empleado y en consecuencia a los consejos sobre cómo cuidarse;
- c) tiene contacto con enfermos manteniendo las pautas aconsejadas sobre profilaxis;
- d) trabaja en el exterior de la Institución;
- e) experimenta el rechazo de los “normales” en la actividad laboral fuera de la Institución y la recriminación de los amigos;
- f) experimenta la aceptación de sus amigos y su esposa;
- g) experimenta la transformación del Hospital y la privatización del servicio en el que trabaja;
- h) se retira.

#### Procesos de trabajo: Jornada Laboral de enfermeras/os sanos

Los procesos en la jornada laboral permiten visualizar las condiciones y medioambiente de trabajo en la Institución Total.

En este caso, se hace necesario separar en dos etapas temporales, coincidentes con los cambios institucionales apuntados en el desarrollo histórico de la Institución.

#### Primera Etapa: (1938 - 1967)

- 1) Transporte especial de la Institución (colectivo plateado);
- 2) Ingreso por portería: revisión de bolsos;
- 3) Un médico les coloca gotas en la nariz;

- 4) Se coloca un delantal;
- 5) Sobre ese, otro delantalito (“como los de carniceros”);
- 6) Guantes “ataditos”;
- 7) Visten al médico;
- 8) 8 hs. visita a las Salas de enfermos (zona enferma), diferenciados por sexo (día por medio): a) enfermeras mujeres= salas de mujeres (6);b) enfermeros varones= salas de varones (6);
- 9) al lado de cada cama una/un enfermero/a enfermo/a parado/a;
- 10) la/el enfermero/a enfermo/a da reporte de su Sala (“tal cama, le duele el estómago, ...etc.”);
- 11) el médico dicta la receta a la enfermera sana;
- 12) salida de la zona enferma; lavado de manos y cambio de ropa;
- 13) dictado al médico de anotaciones en zona enferma para la confección de la receta;
- 14) la/el enfermero/a sano/a prepara la medicación para el tratamiento, en enfermería (zona sana);
- 15) aplicación de inyecciones, mechar y curar, lavado de enfermos;
- 16) egreso por portería: revisión de bolsos.

Segunda Etapa a partir de 1967:

- 1) ingreso por portería (no hay revisión);
- 2) se coloca un guardapolvo;
- 3) prepara las bandejas de píldoras para repartir;
- 4) se dirige a la sala y se pone en contacto con los enfermos;
- 5) hace curaciones o solo los escucha;
- 6) vuelve a la sala de enfermería atendiendo a parientes de los enfermos -en especial de los nuevos- dando educación sanitaria;

- 7) extrae muestras para laboratorio en enfermería e informa los resultados al médico;
- 8) egreso por portería (sin revisión).

Procesos de trabajo de las enfermeras en Farmacia:

- 1) preparación de obleas;
- 2) esterilización de frascos;
- 3) elaboración de pomadas, jarabes, limonadas;
- 4) confección de planillas de medicamentos;
- 5) elaboración de planillas de consumo y presupuesto.

Procesos de trabajo de las enfermeras en Laboratorio:

- 1) extracción de muestras;
- 2) distribución de muestras;
- 3) limpieza y esterilización del material e instrumentos.

Procesos de trabajo en general:

Este Ítem engloba a todos los empleados con jornada completa.

Primera etapa:

- 1) Vivían dentro de la Institución;
- 2) La Institución proveía desayuno, almuerzo y cena;
- 3) Queda a las 21 horas;
- 4) Día franco 1 vez por semana, salida al exterior.

Segunda Etapa:

- 1) Consiguen por reivindicación la jornada de 6 horas.
- 2) Trabajo de lunes a viernes;
- 3) Turnos= mañana, tarde, noche;
- 4) Vivienda afuera de la Institución;
- 5) Eliminación del baño de enfermos, se transfiere al enfermero/a enfermo/a.



## PROCESOS DE CIRCULACIÓN ENTRE ZONA “SANA” Y ZONA “ENFERMA”

Se destacan estos procesos debido a la enorme significación que tienen con respecto al tema en estudio, como se desarrolla más adelante.

Da origen a dicotomías en la concepción del mundo de trabajo:

SANO/ENFERMO: sin enfermedad o peligro / que padece enfermedad

LIMPIO/INFECTADO: interpretación de la dicotomía anterior, por parte de los empleados que componen la muestra.

ALTA/BAJA: categorías referidas a la ubicación espacial, “la zona sana” es para mis entrevistados también “zona limpia” y “zona alta” / por oposición, la zona infecta será impura y baja.

PERSONAL SANO/PERSONAL ENFERMO: empleados del Hospital / enfermos que realizaban trabajos dentro de la zona infecta, de los cuales algunos de ellos, luego de cierto adiestramiento, se desempeñaban como enfermeros.

## ALGUNOS RESULTADOS PROVISORIOS

De la información recogida en las entrevistas abiertas a mis informantes, rescaté aquella que me permitió desarrollar la sistematización que detallo a continuación. Las categorías están constituidas por constructos de mi autoría según las contrastaciones y comparaciones realizadas a partir de las distintas expresiones de mis informantes agrupados a estos efectos y descriptas al comienzo de este capítulo.

## IDEAS: ASIGNACIÓN DE UN ATRIBUTO NEGATIVO POR LOS OTROS

Defino esta categoría como: la asignación por otros, los “normales”, de un estigma que se refleja en las ideas, valores y sentimientos.

Categorizo como los “normales”, a aquellos miembros de la sociedad para quienes, internalizada la letra de la ley<sup>22</sup> hoy abolida, sienten que sus atribuciones aún están vigentes. Son ellos quienes asignan atributos negativos hacia los distintos niveles del personal del Hospital para la atención de enfermos de lepra, según se deduce de los testimonios obtenidos.

La sociedad ha creado normas referentes a la contaminación para reducir la discordancia. También ha instituido un “sitio” aislado para que esas normas sean cumplidas; ha destinado un transporte especial: el “colectivo plateado” como canal de comunicación entre la sociedad y la zona contaminada, donde el personal y solo ese personal, circulará.

En tanto que los actores interpretan dicha asignación por los otros, las adaptan, e incluso complementan como hecho cultural.

De acuerdo a lo que expresa Goffman (1973), existirían dos perspectivas desde las cuales un individuo estigmatizado percibe su realidad: el primer caso es el del “desacreditado”, se da cuando el estigma se percibe inmediatamente y su portador no puede ocultarlo; el segundo, es el caso del individuo “desacreditable”, que se da cuando el estigma no se percibe de inmediato, por lo que su portador puede tratar de ocultarlo. Mi propuesta es que dado lo que expreso en este punto, los empleados del Hospital se encuadran en el segundo caso, puesto que su estigma tiene que ver específicamente con el lugar en que trabajan. Es decir que mientras los “normales” no lo sepan, su estigma permanece oculto, como es el caso del encubrimiento.

---

22- Leyes Nacionales 11.359 y 11.410.

Las formas de asignación de un atributo negativo por parte de los “normales” hacia los empleados del Hospital, registradas en las entrevistas, se han dado: a) por miedo al contagio, b) por rechazo de la impureza<sup>23</sup>, considerada esta categoría como núcleo de representaciones que actúa como idea envolvente y que impulsa a los actores a tomar decisiones que no operan en el plano de reflexión.

#### Los profesionales

a) Por miedo al contagio: como por ejemplo cito un relato en el cual me manifestaron los reclamos por parte de un familiar de mi informante, a raíz de comentarios que le hacían acerca de la peligrosidad de ese trabajo; en especial por el daño que podía causar en su hija. De esta manera, lo señalaban como culpable de un posible contagio.

b) Por rechazo a la impureza: como un proceso de ordenación que asegura la conformidad entre el orden de los hechos materiales externos y la estructura de las ideas. Los testimonios “...*Nadie más, nadie quería ir*”. “...*No había mucha gente que se quería presentar para ir a trabajar en el Sanatorio...*”. Los profesionales que no estuvieron dispuestos a trabajar allí, no estarían dispuestos a asumir ese rol que les asigna Foucault (1979), del médico que va al Hospital a imponer el orden.

#### Las enfermeras

a) Por miedo al contagio:

Se advierte en sus discursos que la causa del alejamiento de amistades se da por miedo al contagio:

*“Sí, se alejaron. Decían: No, no vamos a ir más a lo de W. Porque eso es muy peligroso”.*

---

23- Impureza: La “suciedad” o “materia en desorden”; aquello que es según Mary Douglas, lo que contradice o altera las clasificaciones admitidas por los “normales”.

*“Me decían: pero ¿pensaste un poquito lo que vas a hacer?, mirá si tenés problemas, ¿vos sabés lo que es un enfermo de lepra?, es tan peligroso”.*

La idea que se tenía sobre la contagiosidad de la lepra producía temor hacia quienes se vinculaban de alguna manera con sus portadores.

b) Rechazo de la impureza: el caso de la enfermera diplomada que luego de la entrevista con el director del Hospital, en la que presumiblemente se entera de los pormenores del trabajo, y lo rechaza, dando paso a alguien que no tenía preparación alguna y a quien inclusive se le pide que pruebe por lo menos por quince días; da la pauta de que la elección de una enfermera es parecida a la del médico que adhiere o no a ir a poner orden en el Hospital.

Los técnicos

a) Miedo al contagio: El informante que dice haberse enterado a cinco años de trabajar en el Hospital, que allí se trataba exclusivamente a enfermos de lepra, se siente sorprendido por la atribución de una responsabilidad de la cual hasta ese momento no se había hecho cargo: su trabajo, conllevaba la posibilidad de un contagio. Ejemplo:

*“Me dijo, vos tenés que tener cuidado del contacto con ellos...”.*

b) Rechazo a la impureza: en este grupo se evidencia el problema de la falta de comunicación (capacitación-información) adecuada para la seguridad en el trabajo posiblemente a causa de la presunción de que una persona sana que en ocasiones, tiene contacto con enfermos contagiosos, toma eventualmente medidas para protegerse:

*“...Usted se tiene que desinfectar, las herramientas, todas las cosas que toca, tiene que desinfectar. ¿Cómo voy a desinfectar si no teníamos nada?”.*

Los administrativos

a) Miedo al contagio: El hecho de que su trabajo no los exponía necesariamente a incursionar en la “zona infecta”, no los ponía a cubierto de la clasificación que hacían los normales de los empleados del Hospital en general:

*“...Te aseguro que la gente nos tenía miedo a nosotros que trabajábamos allá...”.*

b) Rechazo a la impureza: El que los “normales” vean al estigmatizado como a alguien, no del todo humano, inferior y peligroso, hacen que se sorprendan y lleguen a rechazar la idea de inclusión en esa categoría, de aquellos estigmatizados, a quienes tienen la oportunidad de conocer más de cerca y constatar la evidencia de que no se ajustan a la idea preconcebida. Como ejemplo cito:

*“Es una lástima que ella esté trabajando en el leprosario, ella sabe hacer cosas tan lindas y está trabajando en el leprosario”.*

Se observa en este ítem que a mayor información disponible por parte de los postulantes, es menor la motivación para el ingreso al trabajo en el Hospital. En especial, el umbral a transponer requiere de razones que posean el peso suficiente, para impulsar la decisión de enfrentar el punto de vista de los normales, quienes los consideran iguales en peligrosidad potencial, sin diferenciar el tipo de trabajo que realiza cada empleado según el sector en el que se desempeña y la necesidad de contacto o no con los enfermos para realizar sus tareas. Ejemplo: el médico cirujano, que en sus prácticas específicas debe tocar a los enfermos y el empleado administrativo cuya labor no requiere de ningún

contacto con ellos, comparten en igualdad de condiciones la asignación de atributos negativos, por parte de los normales.

## PRÁCTICAS: PADECIMIENTO POR ASIGNACIÓN DE UN ATRIBUTO NEGATIVO POR LOS OTROS: DISCRIMINACIÓN

Defino el concepto discriminación como: la acción de distinguir, diferenciar una cosa de otra. Respecto de las personas, esta acción consiste en dar trato de inferioridad o desfavorable a una persona o colectividad por motivos raciales, políticos, religiosos, etc. Es decir, tratar en forma desigual a los iguales, por poseer un atributo negativo, capaz de volverlo diferente de los demás y convertirlo en alguien menos aceptable socialmente. Y, en consecuencia, provocar en los afectados un padecimiento físico o moral.

El trato desfavorable que reciben las personas que poseen un estigma va desde la sospecha de que pueden ser discriminados, pasan por experiencias de discriminación y llegan a sufrir por causa de hechos que afectan sus vidas con carácter terminal.

En general, puede decirse que la discriminación que hacen los otros hacia el personal del Hospital, no tiene en cuenta el tipo de trabajo que realiza cada empleado, por ejemplo, los espacios por los que se mueve en su rutina dentro del Hospital: entre zona sana y zona infecta. Como señala uno de mis entrevistados: “... *Basta que decíamos: estoy en el leproscario, nos dejaban de un lado. Te aseguro que la gente nos tenía miedo a nosotras que trabajábamos allá*”.

La práctica de la discriminación muestra sus distintos grados de incidencia en los hechos relatados por los informantes.

Los profesionales

a) Discriminado: la discriminación registrada se refiere a lo espacial: como ejemplo cito: un médico que al aceptar el trabajo

se encontraba consciente de que ese puesto había sido rechazado por muchos de sus colegas (“*Nadie más, nadie quería ir*”), relata lo siguiente: un amigo que en ciertas ocasiones lo llevó hasta el Hospital con su auto, luego:

*“...vos te dabas cuenta que nos sentábamos a tomar algo, así en grupo y él en la parte opuesta, como si vos llevaras en la ropa”.*

Y como corolario de sus experiencias: *“Me costó un matrimonio”.*

b) No discriminado: la discriminación se manifiesta en este grupo con algunas características diferentes del resto. La posible atribución de la clasificación de sabios, preserva de la discriminación a quienes pueden sostener ese estereotipo, ante los “normales”.

Las enfermeras

a) Discriminado: en este grupo también se manifiesta la discriminación como en el siguiente caso: *“Se retiraron todos los vecinos, de miedo a la enfermedad”.*

b) No discriminado: en este caso para evitar la discriminación el actor trata de construir su estereotipo de sabio, a imitación de los profesionales.

Ejemplo: *“...Por ejemplo un paciente que negativizó y se curó, yo les cuento. Vos no vas a creer, le digo. Porque mi marido trabaja y yo le digo que les diga a sus compañeros de trabajo, que yo pude comprobar que la lepra se cura”.*

3. Los técnicos:

a) Discriminado: una discriminación es laboral; otra tiene la forma de una propuesta de cambio laboral. En el primer caso, señalo el siguiente testimonio: recuerda que en cierta ocasión fue a trabajar a un hotel en el que ya había sido contratado anteriormente y no lo tomaron porque trabajaba en el leproario.

En el segundo caso, la propuesta de cambio: *“Los primeros, unos amigos me reprochaban”*. Hay una amenaza velada de apartarse en caso contrario.

b) No discriminado: a través del encubrimiento sobre su puesto de trabajo.

Los administrativos

a) Discriminado: se perciben incluidos en un grupo que es discriminado en forma global, aún siendo conscientes de no tener contacto con los enfermos, dando como resultado dos resignificaciones:

1. se victimiza. Ejemplo: por causa de un hecho ocurrido en el Hospital y que según él, debía ser tratado por sus superiores: *“Usted me llama a mí porque yo soy un pobre tipo”*. Pone así en evidencia la facilidad para asignar un atributo negativo a aquellos que no poseen las características del sabio.

2. Mistifica: argumenta que las facilidades que tuvo para conseguir ese trabajo la inducen a pensar que la misión que luego llevaría a cabo, una vez consciente de su situación de estigmatizada. Ejemplo: *“...En dos días conseguí toda la documentación, quiere decir que Dios estaba preparándome el camino y estaba todo ya predispuesto...”*.

b) No discriminado: no encontré casos en mis registros.

Lo que se observa en este ítem es que siguiendo las jerarquías señaladas, a mayor jerarquía, menor percepción de la discriminación. Por el contrario, en los niveles inferiores dicha percepción es más manifiesta.

IDEAS: asignación de atributos propia: internalización

La internalización es entendida en este estudio como un proceso de socialización en el cual la persona estigmatizada aprende a incorporar el punto de vista de los “normales” y las consecuencias de poseer un estigma. Por otro lado, este proceso se produciría



a través de la incorporación de pautas de comportamiento que cristalizan en *habitus*<sup>24</sup>.

La infraestructura hospitalaria tiene importancia en este caso, ya que su imposición espacial determina zonas hacia las cuales el acceso o no del empleado denota mayor o menor internalización del estigma. Las zonas a saber son las siguientes: la “zona sana” o “limpia” situada sobre la Ruta Nacional Nro. 12, a la que se ingresaba a través de una portería con comodidades para el guardia, albergaba las viviendas del personal, la administración, usina, taller de mantenimiento y depósitos. La “zona intermedia”, en la que los edificios allí emplazados tenían doble función: la cocina, el lavadero, los locutorios, la Iglesia, la enfermería y el laboratorio. Y por último, la “zona infecta”, en la que estaban los pabellones que tenían la función de dormitorios, el comedor y el teatro.

La consideración del acceso a las zonas, las jerarquías y trayectorias laborales, como también los procesos de trabajo cotidianos, permitieron describir los procesos de internalización a través del análisis de las subjetividades de los informantes, expresadas en sus discursos:

Los profesionales

a) El miedo al contagio: un médico confesó haber tenido aprehensiones y hasta cierto temor en un principio, cuenta: *“Entonces, como no convivía con ellos, me empecé a concientizar de que no me iba a contagiar”*. Y con esta reflexión, una sensación de control sobre lo que ocurría en aquel contexto.

---

24- “...el *habitus* es producto de la interiorización de los principios de una arbitrariedad cultural capaz de perpetuarse una vez terminada la acción pedagógica y, de este modo, perpetuar en las prácticas los principios de la arbitrariedad interiorizada” (A. Gutierrez, 1979:64).

Entonces: acción pedagógica (como violencia simbólica) es trabajo de inculcación que tiene duración suficiente como para producir un *habitus* capaz de perpetuarse.

b) El rechazo a la impureza: 1) el planteo toma la forma de ordenamiento de las ideas. Ejemplo: una Trabajadora Social descarta cualquier tipo de planteo estigmatizante, en virtud de la ubicación que posee su profesión dentro de la sociedad en general: *“...Porque el material de trabajo del Trabajador Social es la gente pobre...”*. Los enfermos a los que asiste, poseen esa característica: son pobres, además de estar enfermos. 2) acepta el estigma resignificando las razones por las cuales trabaja. A través de este mecanismo, se hace cargo del estigma. Ejemplo: *“...Pero es que hace tantos años que estoy en la espiritualidad que yo pienso que todos somos uno, entonces si algo le hacen a mi hermano, me están haciendo a mí”*. *“...Yo feliz, trabajo acá en mi oficina con mucho amor, a pesar de que en algunas ocasiones, alguna vez me dolió algo en enfermería, pero hay que comprender lo que están absorbiendo y que es el grupo humano al que le cuesta más abrir su corazón y tienen que bañarles y vestirles...”*. *“Es porque tienen que pasar por esto, enténdes desde el punto de vista espiritual”*. Esta manera de interpretar la realidad, la coloca en un sitio particularmente cómodo, desde el cual elabora sus estrategias para la acción.

Las enfermeras:

a) El miedo al contagio: una ayudante de enfermera, cuyo trabajo le impone la obligación de visitar regularmente la zona infecta, pone la responsabilidad del posible contagio en manos de los propios enfermos. Ejemplo: *“Eso sí, pero hay que ver como me querían los enfermos”*. El ser bien aceptada en ese contexto, la hacía inmune.

b) El rechazo a la impureza: el ordenamiento se traduce en la asimilación a un grupo. Ejemplo: el hecho de que hubiera personal de enfermería enfermo, ponía distancia entre los enfermeros sanos y los enfermos. Ejemplo: *“...Era un trabajo*

*muy limpio, muy ordenado, se trabajaba bien con todos los compañeros, no se trabajaba con los enfermos”.*

Los técnicos:

a) El miedo al contagio: la información que la institución sanitaria brindaba al personal sobre los cuidados que debían tener para no contagiarse, promueve el clima adecuado para la toma de conciencia sobre el estigma en cuestión. Como ejemplo cito: *“...No, yo miedo no tenía... Porque venían leprólogos de Buenos Aires a darnos instrucciones, hablarnos de cómo eran los bacilos y todas esas cosas...”.*

b) El rechazo a la impureza: se traduce en la adopción de mecanismos ya en vigencia dentro del Hospital. Ejemplo: *“...me dijeron: vos tenés que cuidarte del contacto, no tener contacto”.*

Los administrativos:

a) El miedo al contagio: no encontré en mis registros elementos testigos de esta categoría.

b) El rechazo a la impureza: una administrativa recuerda la experiencia de trasponer el límite de la zona sana, hecho que la impulsa a conocer con más detalles aquel contexto específico y así mismo entrar en un proceso de internalización del estigma: *“...Y yo me encontré con ese dolor. Bueno, me dio como una... Como te voy a decir, me bajó la presión, una cosa muy desagradable y me puse a llorar al grito. ¿Qué pasa con G., qué pasa con G.?, me dieron una aspirina, me hablaron... Bueno, después de ahí me pasó, entonces ya empecé a ir más seguido para ver de cerca el dolor, porque no conocía el dolor”.* La confrontación con los normales, en escenarios mixtos, contribuye a formar una idea clara de su situación y tomar decisiones: *“Mire, yo prefiero trabajar en el leprosario, vivir con el dolor, con la gente, acompañando ese prójimo que sufre y no estar con la gente rica llena de cosas, que no tiene ni sentimiento humano”.* Como resultado de este proceso, G. resignifica el porqué trabaja en el

Hospital y se atribuye una misión divina: llevar noticias de los enfermos a los familiares, que en muchos casos los consideraban muertos.

De lo expuesto en este ítem, puede decirse que los grados de internalización del estigma están íntimamente relacionados al pasaje o no de la zona limpia a la zona infecta.

## PRÁCTICAS: LAS ESTRATEGIAS PROPIAS

Entiendo por estrategia a la elección individual y consciente, guiada por el cálculo racional o motivaciones estéticas y afectivas, que llevan al desarrollo de prácticas sociales que preceden a la participación en actividades sociales. Estas prácticas requieren de la actividad de invención permanente, de manera que puedan adaptarse a situaciones muy variadas. Para lo cual se hace necesario el dominio práctico de la lógica desarrollada con la experiencia y que funciona sin que el individuo necesariamente sea consciente de este mecanismo, porque lo tiene internalizado. Una vez internalizado el estigma y tomadas las decisiones, resultantes de reflexiones individuales, en las que primaron las características propias de cada uno de los afectados, surgen las estrategias para la acción.

Los profesionales:

En el grupo de los profesionales se pueden encontrar algunos que poseen las características que los asimilan a la categoría que Goffman llama: sabios, en oposición a otros que por situaciones particulares de su historia personal y familiar, se ven afectados por la extensión del prejuicio, que aún siendo profesionales no se encasillarían en esa categoría.

De tal manera en este grupo, hay algunos de ellos que internalizan el estigma y otros que no, independientemente de su condición de profesionales.

De acuerdo a la clasificación lograda de que algunos profesionales internalizan y otros no, las estrategias que esgrimen también son diferenciadas.

Aquellos profesionales que internalizan el estigma, evidenciaron una estrategia de **encubrimiento**. Como ejemplo cito:

\* Un cirujano cuya actividad profesional no se limitaba solamente a la labor que realizaba en el leprosario, se afirma en ciertas pautas de conducta: “...*Usaba guantes, camisolín, todo como cualquier ser humano normal*”. “*Y nunca comenté con ningún paciente privado*”.

Estrategia de **negación**: indiferencia del estigma.

Estrategia de **desafío**: algunos profesionales adoptan un punto de vista, política de identidad que se evidencia durante los contactos mixtos en los que estos individuos estigmatizados procuran exaltar sus valores y contribuciones especiales dada su calificación como sabios. Logran construir un estereotipo que les permite enmascarar el estigma. Ejemplo: “...*en otros lados se ponían guantes para tocar a los enfermos, nosotros no, nunca más nos hemos puesto un guante para tocar enfermos. Así que todo eso, ha hecho cambiar la mentalidad de la gente, yo ya venía con la mentalidad cambiada. La lepra es una enfermedad poco contagiosa, como te digo, no se han dado las circunstancias de que se hayan enfermado empleados del Sanatorio...*”.

Una bioquímica actual, cuyo entrenamiento práctico en la Universidad incluye el uso de elementos profilácticos, dice: “*Aparte porque me da como una cosa no trabajar con guantes*”. Ella no necesita elaborar una estrategia de defensa, su formación contempla reglas profilácticas a seguir y elementos de trabajo que le resultan indispensables.

Las enfermeras:

En este grupo puedo clasificar dos tipos de estrategia: un sub grupo evidencia la identificación con la profesión de enfermera, con el tipo de actividad que desarrolla. Identificación por su grado de involucramiento con el trabajo de atención a leproso. La estrategia de este sub grupo es la de **involucramiento**. El otro sub grupo sería el que esgrime una estrategia de **evasión** -no de rechazo- que implica un proceso en su historia laboral que va alejándose de la zona infecta.

Como ejemplo cito: la identificación es evidenciada en el relato de una enfermera cuya estrategia consiste en demostrar que su actividad es meramente profesional.

*“Al llegar ya, teníamos que ponernos el guardapolvo y porque teníamos que ir a recorrer las salas con los médicos, teníamos que ponernos el delantalito ese como el de carnicero”.*

Hasta aquí se refiere al trabajo especialmente en la zona infecta, para el cual debía protegerse usando ropa especial. Y luego: *“En la zona sana, la zona limpia, teníamos un comedor con mesas, todo en la zona sana, en la zona alta. Y teníamos nosotros, el personal así aparte y los superiores separados”.*

Eduardo Menéndez señala que el prejuicio es un sistema de valores que actualizamos con normalidad. En el párrafo precedente, la enfermera deja claro que cumple con su deber, desarrollando las actividades para las que se preparó. Ella responde a un orden moral.

Una entrevistada que en su trayectoria laboral pasó por distintos sectores del Sanatorio Colonia, esgrime como argumento de defensa ante el estigma, su gusto por aprender cosas nuevas: *“Me gusta aprender, cuando estaba en enfermería por ejemplo en las horas de operaciones.*

*También cuando estuve en la administración”.*

Los técnicos:

En este grupo detecto dos tipos de estrategias: a) la de **encubrimiento**, que consiste en callar acerca del lugar donde trabajan. Ejemplo: *“Yo nunca dije nada y la pasé”*.

b) la de **negación**, que consiste en la indiferencia del estigma. Ejemplo: Uno de ellos dice obedecer un consejo: *“Lo que me aconsejó mi mamá: lo que ves, ves, lo que olés, olés, pero boca cerrada. Y yo hacía”*.

Los administrativos:

En este grupo se evidencian dos estrategias: La estrategia de **negación**: indiferencia del estigma. Como ejemplo: el relato del administrador que a raíz del cambio en la política sanitaria, en el año 1967, debe dejar de residir en el Hospital, lugar en el que se sentían muy a gusto, tanto él, como su familia: *“el que vive bien, nunca piensa que le va ha ir mal”*. b) La estrategia de **desafío**: La empleada administrativa que decide convertir su trabajo en una misión divina cuenta. Ejemplo: *“...Traté de acostumbrarme con ellos y después los enfermos empezaron a quererme a darme, me decían que yo les lleve noticias de ellos a sus parientes, me pedían que yo les escribiera cartas a los parientes...”*.

En este ítem se evidencian los resultados de cada proceso: La elección de la estrategia, involucra todos aquellos elementos a considerar en la formación de políticas de identidad particulares, de los estigmatizados.





## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

#### LA IDEA ENVOLVENTE

La exclusión de una población particular, afectada por una enfermedad incurable hasta ese momento, con el fin de proteger al resto de la sociedad del posible contagio, me llevó a considerar la necesidad de buscar y analizar conceptos que se enmarquen dentro de este particular planteo ideológico, por estar inserto en la conciencia colectiva; cultural, porque reproduce lo ideológico y simbólico, porque existe en símbolos. Mi contribución al conocimiento estaría referido a este concepto de idea envolvente que debe entenderse como: se trata de una idea de carácter religioso, por lo que posee fuerza moral coercitiva. Sirve a la protección de la estructura de ideas que sustentan los valores de una cultura. Es fugaz, fluida, flota en la mente, como fantasmas del miedo asociados a la mezcla de la corrupción y los vicios, azotando a la población de los “normales”, que para ser exactos, solo atinan a imaginar: la fermentación, las exhalaciones viciadas y las carnes descompuestas de los leprosos.

La Aceptación Social como Objetivo de vida: para el empleado del Hospital Baliña -dada su situación desacreditable- el problema de la aceptación o el rechazo depende directamente

del manejo que él haga de la información sobre su trabajo. Los intercambios sociales cotidianos, tanto dentro como fuera del Hospital, le ofrecen la posibilidad de elaborar respuestas y adoptar actitudes con que resguardarse de posibles rechazos por parte de los normales.

El aspecto explicativo de mi estudio se orientó a partir de cuatro categorías, aplicadas a cuatro grupos en que se dividió la muestra. El criterio de selección estuvo en base a la profesión/ocupación de los informantes. En tanto que las categorías con las que trabajé arrojaron las siguientes respuestas a mis interrogantes:

1. Asignación de un atributo negativo por los otros:

las normas relativas al contagio que existen en la sociedad de Posadas, incidieron en la motivación para el ingreso de aquellos que tuvieron la oportunidad de acceder a puestos de trabajo en los distintos niveles del personal del Hospital.

2. Padecimiento por asignación de un atributo negativo por los otros: discriminación.

Las prácticas discriminatorias que incidieron en la toma de conciencia sobre el hecho de poseer un estigma, en los miembros del personal del Hospital, fueron menos percibidas por los empleados de mayor jerarquía.

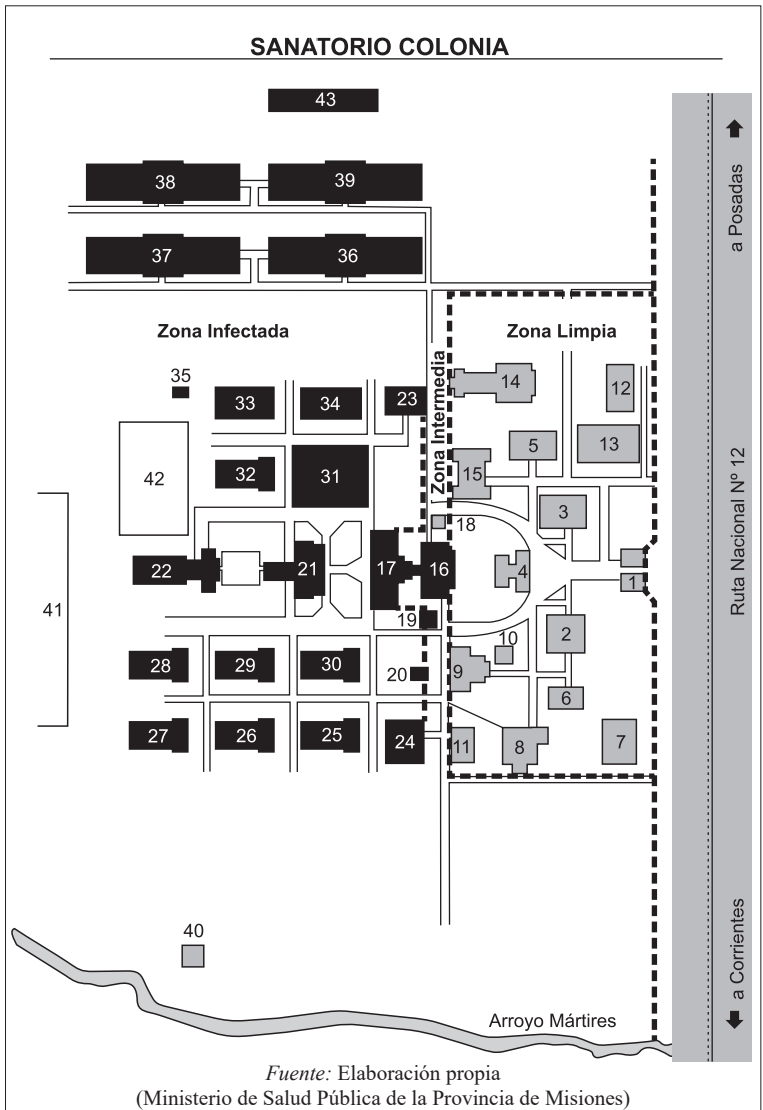
3. Asignación de atributos propia: internalización.

El grado de internalización del estigma estuvo íntimamente relacionado con el pasaje entre zonas limpia e infecta, durante la praxis cotidiana.

4. Las estrategias propias:

Las prácticas resultantes de las estrategias creadas a partir de la internalización del estigma, son resultados de cada uno de los procesos de formación de políticas de identidad particulares de los estigmatizados.

# ANEXO

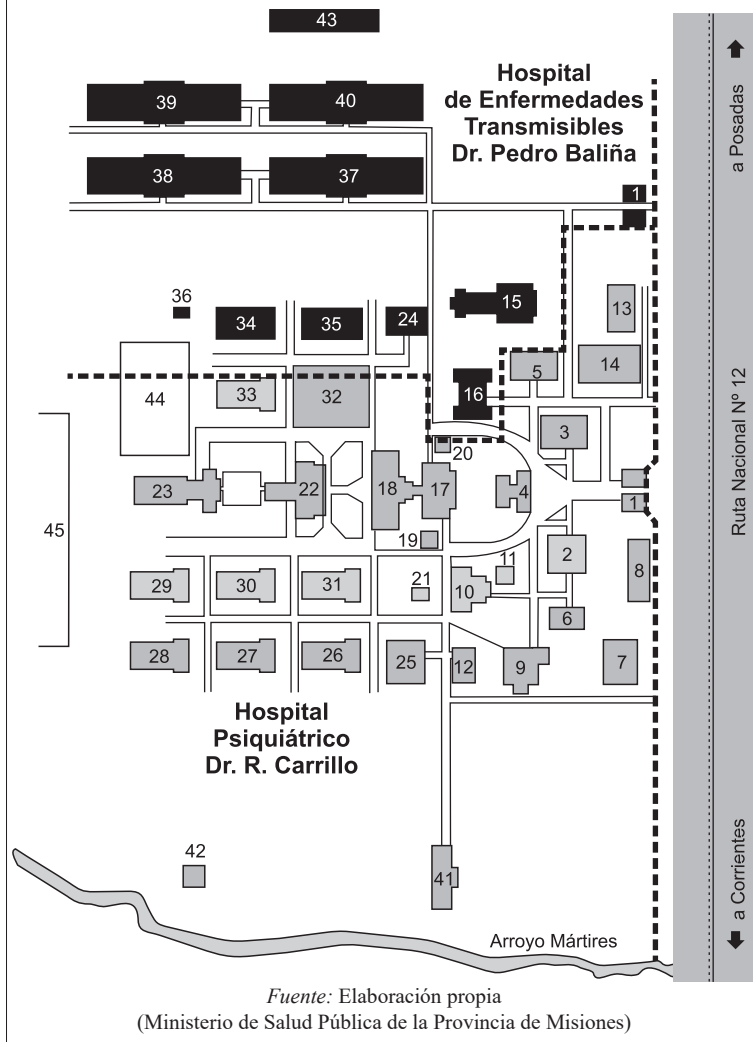


Fuente: Elaboración propia  
(Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones)

## Referencias Sanatorio Colonia

1. Entrada Portería.
2. Administración.
3. Dos viviendas para el personal.
4. Comedor para el personal.
5. Dos viviendas para el personal.
6. Lavadero de personal y enfermeros.
7. Economato y Depósito.
8. Taller de Mantenimiento.
9. Usina Eléctrica y Tanque de Agua
10. Tanque
11. Depósito de Combustibles y lubricantes.
12. Viviendas para administrador.
13. Dos viviendas para Médicos.
14. Capilla y vivienda para Capellán.
15. Casa de Religiosas
16. Cocina.
17. Comedor Lepra.
18. Locutorio.
19. Locutorio.
20. Incinerador.
21. Enfermería, Consultoría Médica, Laboratorio y Farmacia.
22. Servicio Odontología, Biblioteca, Salón de Actos, Cine-Teatro.
23. Comisaría Con Internacion.
24. Lavadero Lepra.
- 25 a 34. Tres pabellones de Internación Lepra de 40 camas cada una.
35. Piletas de Lavar.
- 36 a 39. Tres Pabellones de Internación Lepra de 40 camas cada una.
40. Tratamiento de Afuentes Cloacales.
41. Huerta.
42. Cancha de Futbol.
43. Cancha de Bochas

## DISPOSICIÓN ACTUAL



## Referencias Hospitales Dr. P. Baliña y Dr. R. Carrillo

1. Entrada consultorio y enfermería, administración, estadística y servicio social.
2. Administración.
3. Internación de Psiquiatría (12 camas).
4. Comedor de Psiquiatría, terapia ocupacional y recreación.
5. Internación de Psiquiatría (12 camas).
6. Lavadero de personal y enfermos de Psiquiatría.
7. Departamento General 3/4- 1ra Zona de Salud.
8. Cochera (Consultoría Externa).
9. Taller Mantenimiento.
10. Usina Eléctrica y Tanque de Agua.
11. Tanque.
12. Depósito de combustibles y lubricantes.
13. Vivienda Médica
14. Dos viviendas para Médicos.
15. Capilla y vivienda para Capellán.
16. Casa de Religiosas.
17. Cocina.
18. Comedor Lepra.
19. Servicio Alimentación Dietista
20. Servicio Electroencefalografía.
21. Incinerador.
22. Enfermería, Consultorio Médico, Laboratorio, Farmacia.
23. Servicio Odontología, Biblioteca, Salón de Actos, Cine Teatro.
24. Comisaria con Internación.
25. Lavadero Lepra.
- 26 a 35. Pabellones Internación de 12 camas cada uno.
36. Piletas de Lavar.
37. Laboratorio de Salud Pública y Departamento de Saneamiento Ambiental.
- 38 a 40. Tres Pabellones de Internación Lepra de 40 camas cada una.
41. Taller de Saneamiento Ambiental.
42. Tratamiento de Afluentes Cloacas.
43. Cancha de Bochas.
44. Huerta.
45. Cancha de Fútbol.

## BIBLIOGRAFÍA

Chirico Magdalena (1992)

*Los relatos de vida, El retorno a lo biográfico.* Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Douglas, Mary (1973)

*Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.* Editorial Siglo XXI. Buenos Aires.

Durkheim, Emile (1982)

*Las Formas Elementales de la Vida Religiosa. El Sistema Totémico en Australia.* AKAL Editor. Madrid.

Foucault, Michel (1979)

*Historia de la Locura en la Época Clásica I y II.* Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México.

Goffman, Erving (1992)

*Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Amorrortu Editores, Buenos Aires.

- Goffman, Erving (1973)  
*Estigma, La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.  
Buenos Aires.
- Guber, Rosana (1991)  
*El Salvaje Metropolitano*. Editorial Legasa, Buenos Aires.
- Gutiérrez, Alicia (1995)  
*Pierre Bourdieu. Las practicas sociales*. Editorial Universitaria. UNaM, Posadas, Misiones.
- Menéndez, Eduardo (1979)  
*Cura y Control, La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Editorial Nueva Imagen. México.
- Menéndez, Eduardo (1981)  
*Poder, Estratificación y Salud, Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Editorial de la casa chata. México.
- Taylor, S. J. y Bogdan (1986)  
*Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación, La búsqueda de significados*. Paidós.

#### DOCUMENTACION CONSULTADA

LEY NACIONAL N° 11.359, “PROFILAXIS DE LA LEPRO”,  
18/10/1926.

LEY NACIONAL N° 11.410, “PROFILAXIS DE LA LEPRO”,  
6/8/1928. Modificación de la Ley 11.359.



BOLETIN OFICIAL 28/02/1939, “LEPROSARIO NACIONAL DE MISIONES”, su personal.

BOLETIN OFICIAL 31/03/1939, “SANATORIO COLONIA DE POSADAS (Ley 11.359)”, su personal.

LEY NACIONAL N° 22.964, “CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA LEPRO”, BUENOS AIRES, 04/11/1983. Publicación del BOLETIN OFICIAL 08/11/1983. (Derogación de la Leyes Nacionales N° 11.359 y 11.410).

DECRETO PROVINCIAL N° 1947, Posadas 26/08/1988. (Se amplía la atención a otras enfermedades transmisibles, cambia el nombre del Hospital).

DECRETO PROVINCIAL N° 1948, Posadas 26/08/1988. (Reconocimiento público a profesionales).

Provincia de Misiones: “Concreciones de Gobierno 1992/93/94/95” (Publicación de la acción de Gobierno, dónde se menciona al “HOSPITAL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE POSADAS”, su mantenimiento general).







Esta publicación, recoge los resultados de una investigación empírica sobre una temática escasamente transitada por las ciencias sociales de nuestro país: los miedos, prejuicios y temores que desencadena la lepra -"enfermedad bíblica"-.

El miedo al contagio no solo afecta a aquellos que padecen la enfermedad, sino también a sus familiares y allegados; e incluso a los que entran en contacto con los infectados, como por ejemplo el personal sanitario encargado de su cuidado y atención.

A partir de un trabajo histórico y etnográfico, el libro de María Alejandra Larumbe analiza los modos en que los empleados del Hospital Colonia Baliña de Posadas (Misiones - Argentina): profesionales médicos, enfermeros y administrativos, perciben el prejuicio de la sociedad hacia la enfermedad, cómo internalizan el estigma que irremediablemente los involucra y las variadas justificaciones, "teorías", discursos, conductas y rutinas que implementan cotidianamente a fin de enfrentar su nueva condición descalificada.

ISBN 978-950-579-226-9



9 789505 792269



**REUN**  
RED DE EDITORIALES  
DE UNIVERSIDADES  
NACIONALES

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MISIONES**