

Estrategias terapéuticas, un análisis de las prácticas en salud en la zona de Villa Cabello-Posadas-Misiones, Argentina.

Avalos, Miguel Alejandro
miguelavalos.012@gmail.com

Resumen:

Siguiendo a Menéndez (2005) entendemos que el hecho de enfermarse, desde la lectura de ciertos síntomas pasando por la consideración de que se trate o no de una enfermedad o un mal determinado, cruzando por la elección de una –o varias- formas de tratarla/o, implica un proceso complejo que a los fines de desentrañarlo es necesaria una mirada que vaya más allá de las causales anatómofisiológicas y de la propuesta de atención de la medicina oficial. Realizamos aquí un análisis de las formas de atención a la salud que operan en el asentamiento “El Trigal” (nombre ficticio que le hemos asignado a nuestra población), con el fin de contribuir al trazado del perfil epidemiológico sociocultural de esta población. Sirviéndonos del método etnográfico, consideramos los padecimientos dominantes, describiendo cómo construyen sus acciones, técnicas e ideologías frente a los problemas de salud según son formulados por los diferentes curadores y el conjunto social de referencia.

Proponemos en este trabajo un enfoque que incorpore además de los “determinantes en salud”, ampliamente tratados por la tradición sanitarista desde la primera mitad del siglo XIX, al conjunto de actores sociales que viven, sufren y actúan respecto de dicho proceso (Menéndez, 2008), ofreciendo la oportunidad de que los padecientes narren sus experiencias y que los especialistas también den cuenta, en tanto que actores, de la entramada que significa hacerle frente a una enfermedad/padecimiento en el contexto de padecer una dolencia -o enfermedad- en un asentamiento precario en la periferia occidental de la ciudad de Posadas, Misiones.

Palabras clave: estrategias terapéuticas, antropología médica, epidemiología sociocultural.

Introducción

“El Trigal” es un asentamiento informal ubicado en la zona oeste de la ciudad de Posadas, allí residen entre 100 y 130 familias (según datos relevados por el centro de salud en el año 2013). Es mediante un trabajo de voluntariado que llegamos a la zona y tomamos un primer contacto con los pobladores y su realidad. Problematizando el (no) acceso a los bienes y servicios necesarios para una vida digna es que comenzamos a adentrarnos en la complejidad del proceso de salud-enfermedad-atención, y de cómo son encaminadas las estrategias ante los problemas de salud.

Ya desde este punto de partida queremos señalar el espacio teórico dentro del cual hemos pensado a nuestra investigación. Siguiendo las propuestas analíticas de Pierre Bourdieu y de Eduardo Menéndez, trataremos de pensar esto que el mismo Menéndez ha denominado el proceso de salud-enfermedad-atención abordándolo desde

la idea de “estrategias” en torno a dicho proceso, en el campo de la atención a la salud de los pobladores del asentamiento “El Trigal”.

Proponemos realizar una investigación etnográfica integral de las condiciones de vida de la población de este asentamiento situado en la periferia occidental de la ciudad de Posadas, focalizando en los padecimientos y las formas de atención médica que adoptan las familias, con la finalidad de trazar un perfil epidemiológico sociocultural que registre cómo esos padecimientos y prácticas son comprendidos y expresados por el conjunto social de referencia y sus diferentes curadores locales.

Problematicando el proceso de salud/enfermedad/atención, desde un abordaje etnográfico efectuamos un estudio en pequeña escala para identificar las variables críticas de interés, ponderando, tanto la perspectiva de los actores, como el impacto de las políticas sanitarias, del Modelo Médico Hegemónico, como expresión concreta de la intervención del Estado en la salud de los ciudadanos, y la presencia de otras formas alternativas de curar probablemente relacionadas con cuestiones económicas, culturales y que en algunos casos constituyen formas no del todo conscientes de resistencia en el ámbito de la salud a ese modelo hegemónico.

Guían nuestra investigación éstas y otras preguntas más que invitan a argüir en la problemática del proceso salud-enfermedad-atención con la finalidad de trazar el perfil epidemiológico-sociocultural de esta población: ¿Cómo enfrentan los problemas de salud de sus niños los pobladores del asentamiento seleccionado? ¿De qué se enferman cuando éstos se sienten enfermos?, ¿Cuáles son sus modos de curar? ¿Qué otros actores intervienen/toman parte en sus estrategias de cuidado, mantenimiento y recuperación de la salud?; ¿Cuáles son las relaciones que establecen a la hora de hacer frente a una enfermedad? ¿En qué medida sus condiciones de vida, sus historias, implican otros procesos (migratorios) e inciden en sus estilos de curar? ¿Qué rol tiene el sistema público de salud? ¿Qué programas o planes sanitarios operan efectivamente en la comunidad? ¿De qué manera entra en juego la medicina oficial en las estrategias terapéuticas?

Ya desde la Declaración de Alma Ata (1978) a la declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas (2013), el modo de interpretar la salud ha pasado desde una perspectiva predominantemente biológica al reconocimiento relativo de los factores socio-culturales implicados en el proceso salud/enfermedad, y que por tanto reconoce la necesidad de participación de los sujetos y conjuntos sociales como parte activa de las políticas de estado, las cuales adquieren nueva significación cuando se pretende dar a los sujetos, destinatarios de dichas políticas, una nueva forma de participación.

Partiendo del dinamismo y la complejidad de las tramas que teje hacia sus adentros (comunidad, familia, individuo) el proceso de salud-enfermedad-atención, nos interesan las perspectivas de todos los actores involucrados: profesionales y técnicos, curadores, usuarios/consumidores, padecientes y familias (Mira y Aranaz, 1992); poniendo de relevancia el concepto de agencia que le otorga a los sujetos un papel activo, aunque esté siempre inmerso en la lógica de la práctica (Bourdieu, 2013) la cual enmarca las posibilidades y oportunidades que pueden darse en el campo de la salud. A este respecto, Menéndez nos invita a pensar, y a poner en práctica, una “epidemiología sociocultural” (2008) estableciendo de esta manera un enfoque multicausal, que entrelaza la epidemiología –cuyo eje de causalidad se encuentra en lo biológico o bioecológico- y la antropología –cuyo eje está enfocado en los factores socioculturales-. El prestar atención sobre cuáles son los modos de atención más usados y cuáles revisten mayor eficacia, cuáles son los componentes económicos, técnicos y simbólicos que se contraponen o posibilitan el entrelazamiento de las diferentes configuraciones médicas, nos daría un diagnóstico de la situación de cómo atiende realmente la gente sus

padeceres (Menéndez, 1998; 2003) “prácticas que deben ser analizadas como parte del sistema sanitario” (OMS, 2002:58) porque conforman en sí los modelos reales de atención, las formas reales en que las personas hacen frente al proceso de salud-enfermedad-atención.

Partimos del supuesto de que los sujetos con los cuales hemos emprendido este camino de comprensión del proceso s-e-a, son partícipes de la entramada biopsicosocial que implica una enfermedad. Su participación es vista como un rol activo, sujeto a estrategias (Bourdieu, 2013), las cuales a su vez son enmarcadas en ese contexto de lo que “es para nosotros/no es para nosotros” (Bourdieu, op. Cit.), que le posibilita moverse dentro de los márgenes que su entorno cultural le permite, usufructuando las herramientas ofrecidas, aceptando algunas formas de curar, rechazando otras, a veces combinando unas con otras, en este “campo” de la atención a la salud.

Metodología:

Las técnicas prioritarias para el trabajo de campo serán la observación participante y las entrevistas semi estructuradas (Guber, 2004; 2011; Hammersley y Atkinson, 1994; Taylor y Bogdan, 1994), a los actores que conforman nuestra muestra, teniendo en cuenta aquello de lo que nos habla Cardoso de Oliveira acerca de la investigación en salud: “...en el caso de la investigación con seres humanos, diferentemente de la investigación en seres humanos, el sujeto de la investigación deja la condición de conejillo de indias (o de objeto de intervención) para asumir el papel de actor (o de sujeto de interlocución).” (Cardoso de Oliveira, 2004:34 traducción nuestra).

En relación a la investigación en salud, la antropología y el método etnográfico en sí (en tanto que permite recabar no solo lo que la gente dice que hace, sino que también lo que la gente hace) permite “captar niveles de constante confrontación en términos de transcripción oculta” (Grimberg, 2009). Reconocer que los grupos subalternos cuestionan la hegemonía de ciertas formas de entender la salud y de atenderla, y que dicha resistencia podría evidenciarse en el hecho de recurrir a otras terapéuticas, en especial a la curanderil. La medicina oficial, atravesada por una “crisis” (Menéndez 1998 b; Thompson, 1990), en tanto detentora de la legitimidad para sanar a los ciudadanos, debe ser pensada en términos de derechos; las garantías que son ofrecidas por las leyes en materia de salubridad ¿llegan a cumplir su cometido?

Condiciones de vida y salud.

La caracterización de nuestra población de análisis nos ocupará en una primera instancia, dando cuenta allí de sus condiciones de vida, atendiendo dimensiones como las relaciones familiares, ocupacionales, migratorias, habitacionales, educacionales y de seguridad social.

“Cuando uno es pobre viste... cuando uno vive en la villa...” (n.c. 24/05/2014) Pensamos la “pobreza” del conjunto social de referencia en relación a la posición que ocupan en el espacio social local, considerando la posesión de capital económico y cultural, recursos de los que disponen para la reproducción social (pertenecer o no a un hogar con NBI o el hecho que una familia se ubique o no debajo de la línea de pobreza, son variables que intervienen) sumado a otros tipos de capitales (culturales, sociales, simbólicos). Se ha complejizado así la mirada de la “realidad” (Bourdieu, 2001), pensando en términos de “lo que se tiene” y no únicamente de necesidades, de “lo que se carece” (Gutiérrez, 2002), dejando de lado aquí la discusión sobre pobreza y/o la

perspectiva de la marginalidad, trabajada décadas atrás (Germani, 1973; Bartolomé, 1985; Jaume, 1989; entre otros).

Las condiciones medioambientales, la tenencia o no de una vivienda digna, el contar con el acceso al agua potable, hoy son elementos entendidos como “determinantes en salud”, como factores que deben ser atendidos para lograr una “equidad sanitaria” (OMS, 2009). Retomando a Barrero quien expresa: *“la salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales... personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse.”* (2006: 10) Podemos comentar que de las 100 a 130 familias que residen en “El Trigal” la gran parte no cuenta con acceso formal a la red de agua potable, al tendido eléctrico, al sistema de cloacas, y la liberación de excretas se realizan mediante sistemas de letrinas. Las edificaciones son en algunos sectores de elevada precariedad, paredes de pino –tipo costero- techos de lona o chapas de cartón. Estas características son visibles en las zonas más cercanas al arroyo que atraviesa una de las chacras.

Estos bolsones de pobreza se encuentran muy arrinconados en función del crecimiento urbano y representan remanentes de otros barrios; ya sobre esta porción de la zona oeste de la ciudad, hablaba el Informe POBUR 2000 cuando lo caracterizaba como uno de los bolsones de pobreza: algunos están asentados en terrenos privados, otros son propietarios, otros asentados sobre terrenos correspondientes a calles y veredas; aquí la provisión de agua es a través de canillas públicas, la mayoría posee conexión –clandestina- a la luz eléctrica, solo contando con alumbrado público y servicio de recolección de residuos las viviendas que se encuentran bordeando el perímetro (sobre las avenidas). (POBUR, 2000:287-290)

Los pobladores de El Trigal tienen su historia, sus formas de entender a la salud y a la enfermedad, cuentan con un capital del tipo cultural que les permite leer ciertos eventos de la vida cotidiana como enfermedades, males o dolencias, y no solamente esto sino que también cuentan con elementos para hacerles frente. Cuentan también con relaciones sociales que les permiten tejer redes, en las cuales las contribuciones o las ayudas ante el proceso de salud-enfermedad-atención son importantes y podemos señalarlas aquí como parte de un capital social que condensan. Algunos van más allá, y es así que dentro del mismo asentamiento nos encontramos con que cuentan con capital simbólico, sabiendo no solamente diagnosticar las enfermedades sino también curarlas.

La salud y la enfermedad.

“Cuando veo que algo no anda bien...” (n.c. 16/08/2014) suele ser el inicio de un proceso, a veces largo y hasta agotador, en el cual se ven inmersos los pobladores de “El Trigal”. Urdimbre de relaciones sociales, malla de significaciones y de prácticas que se entretajan en torno a eso que “no anda bien”, alrededor de lo patológico, del mal o males, de la enfermedad, la dolencia; proceso que a nosotros nos interesa tratar en esta oportunidad y que siguiendo a Menéndez llamamos de salud/enfermedad/atención.

Las familias que residen en “El Trigal” “no se quedan” como refería Inés, la promotora de salud del barrio (n.c. 26/06/2014), no permanecen pasivos sino que organizan –en mayor o menor medida- sus vidas en función de sus necesidades, y el campo de la salud es incluido dentro de dichas movilizaciones (Guber, 2004). Además de recurrir al hospital de la zona que se encuentra a doscientos metros del asentamiento, también recurren a los servicios ofrecidos por los curanderos allí dentro. A éstos los consideramos como actores importantes, en tanto que especialistas que entran en juego ante un proceso de s-e-a entre las familias que residen en este sector de la ciudad; en

esta urdimbre de saberes y técnicas, donde algunas pueden ser opositoras y hasta cuestionadores, “aunque por lo general son complementarias” al Modelo Hegemónico. (Menéndez, 1984: 44).

Que es estar sano, qué es estar enfermo, cuándo se encienden las alertas en torno a la salud-enfermedad. De qué se enferman, cómo se enferman y porqué. Todas preguntas que buscan contribuir a la construcción –o deconstrucción- de la entramada biopsicosocial que implica lo que intentamos desentrañar al pensar las estrategias terapéuticas, porque éstas suceden a todos estos elementos y otros tantos más, que conforman no solo el hábitus sino también el campo de la atención a la salud. Las ideas en torno a lo normal y a lo patológico, a la salud y a la enfermedad, funcionan como movilizados de las estrategias de acción frente a aquello que “no anda bien”. Toda la contextualización, caracterización de la vida cotidiana y su relación con la salud, que nos ocupó en el apartado anterior, nos lleva a complementar la lectura de la realidad en torno a una pregunta: porqué se establecen dichas estrategias, entendiendo que estas se dinamizan por disparadores socio-culturales complejos.

Retomando a Wellin (1977), decimos que la enfermedad es un hecho universal, para enfrentarla se desarrollan métodos y se distribuyen roles; y las personas desarrollan creencias, experiencias y percepciones, de acuerdo con sus modelos culturales. Es decir que frente a un padecimiento particular, los hombres le adjudican causas, le atribuyen denominaciones, también desarrollan creencias, experiencias y percepciones, que están íntimamente relacionadas con sus modelos culturales, los cuales determinan esta maraña de experiencias personales y de relaciones sociales que operan dinámicamente ante un proceso de “salud/enfermedad/atención”. Esto ya nos ofrece una amplia posibilidad de estudio a lo cual nos abocamos en este apartado, pero nos sale al encuentro lo siguiente, que en la atención de la salud operan más de un modelo médico - al menos es nuestra hipótesis-, donde las personas deciden recurrir a distintas terapéuticas en un proceso de atender su salud.

Las estrategias.

“Algunas enfermedades son de médicos, otras son de doctor.” (n.c. 23/05/2014) Esta frase nos invita a bifurcar el camino del análisis y se presenta a sí –al menos es nuestra interpretación- como una oportunidad para desgranarla en dos partes de nuestro trabajo. La cuestión de la atención de la salud en “El Trigal” se exterioriza en esta expresión que da cuenta de las dos formas de atención más predominantes. Hay, por un lado, algunas enfermedades que pueden ser tratadas –y que de hecho lo son- por los “médicos” del asentamiento, los curanderos; por otro lado, encontramos algunas enfermedades que serán tratadas por los “doctores”, aquellos especialistas del saber oficial.

Dos modelos de atención han sido considerados en este trabajo, esta salvedad la debemos hacer desde el principio por que no tratamos de reducir la magnitud del fenómeno, sino que focalizamos para el análisis en el presente trabajo en los que consideramos son las formas de atención más predominantes, recurrentes, generalmente utilizadas por las familias entrevistadas: el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Alternativo Subordinado. (Menéndez, 1988)

Qué curan los curanderos, cuándo, a quién o a quiénes, dónde, qué terapéutica utiliza, son preguntas que fueron surgiendo en la medida que se avanzaba con el trabajo de campo. Hasta dónde podríamos pensar en la medicina curanderil como una alternativa ante una enfermedad determinada. Qué rol ocupa el Modelo Alternativo

Subordinado con sus especialistas dentro del asentamiento como actores dentro del campo de la salud.

Las formas de curar que tiene la medicina hegemónica han sido ampliamente trabajadas en las últimas décadas, desde el gobierno de la vida a la crisis de la medicina (Foucault, 1996; Arce, 2010), aunque indagar sobre la atención de la salud por parte del Estado en un asentamiento informal, podría ayudarnos a pensar el sistema público de salud misionero en su actualidad, el cual ha consagrado el “acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida” como uno de sus objetivos primordiales, como lo refleja la Ley Provincial de Salud (Ley XVII- N°58). El papel de las políticas sanitarias, de los programas de salud, en relación –y en tensión- con la idea de estrategia, nos llevará a visualizar el rol dinámico de los ciudadanos ante el proceso s-e-a (salud/enfermedad/atención). Sobre esto, contamos como antecedente local un trabajo realizado por Jaume (1983), donde analiza los barrios posadeños de Villa Coz y Santa Rita, exponiendo sus características en cuanto a “sistemas de atención”, identificando varios de ellos operando en un mismo conjunto: medicina casera, curanderil, religiosa, oficial; reparando en una diferenciación entre nosologías del tipo científicas y otras del tipo folk, además de presentar las caracterizaciones socioeconómicas de dichas poblaciones y la relación de variables como sexo y edad, con la utilización de los recursos terapéuticos.

Cuando Menéndez propone los modelos médicos, llama la atención sobre lo siguiente, debemos recordar que son construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la construcción de los mismos, no solo la producción teórica, técnica ideológica y socioeconómica de los curadores, sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Los modelos no son construcciones en sí sino que deben ser referidas a las fuerzas sociales y políticas que se hacen cargo de las mismas. El Modelo Médico Hegemónico, se divide en tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado; aunque los tres presentan mismas características estructurales. Podríamos decir en este sentido que las características principales de este modelo de atención son las siguientes: biologicista, individual, tecnocrático, iatrogénico y medicalizante (Belmartino, s/f). La hegemonía de este modelo debe pensarse en relación a los otros dos, en relación a las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas

El Modelo Médico Alternativo Subordinado agrupa las prácticas que constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente. Sus rasgos distintivos son: intensidad de la eficacia simbólica, sociabilidad, intención globalizadora. Complementación y subordinación, no oposición.

El Modelo de Autoatención, es aquel mediante el cual el diagnóstico y atención es llevado a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales y en el que no actúa directamente un curador profesional.

Desde la idea de estrategias/ que a su vez da cuenta de la capacidad de agencia que tienen los actores sociales en el campo de la salud, aún en condiciones de marginalidad y pobreza/ es que nos encontramos con: prácticas y representaciones en torno al proceso de salud enfermedad atención que están relacionadas con la medicina curanderil y con la biomedicina.

El anclaje y punto de partida aquí es la idea de estrategias. A su vez éstas se dividen nuevamente. Planteamos ya en el principio los elementos que creemos conforman la estructura objetiva del campo de la atención a la salud dentro del asentamiento, una vez que los dejamos sentados, como que los dejamos de lado, los

damos por sentados como elementos estructurales, estructurantes del hábitus, implícitos. Luego pasamos a una reflexión acerca del modelo alternativo subordinado, entendido como una de las estrategias. Caracterizando una de las terapéuticas utilizadas, la cura por la palabra. Después pasamos a la otra estrategia que hemos de analizar, caracterizando al modelo médico hegemónico, con algunas notas singulares de éste en la Argentina, en Misiones y en Posadas. Caracterizamos las relaciones que se dan con la medicina oficial, en lo que hemos llamado la llegada directa e indirecta al sistema de salud.

Buscamos hacer una aproximación a las relaciones y las tensiones que se dan en el campo de la atención a la salud, como contribución desde las ciencias sociales a la comprensión de las dinámicas internas dentro del asentamiento, en relación a la salud. Ver cuáles son las enfermedades más comunes o recurrentes que esta población identifique, cómo son tratadas /en términos de estrategias/, ya que significa en sí un aporte al trazado del perfil epidemiológico sociocultural que también importa.

Consideraciones finales.

En el marco del proceso de investigación, acompañado por el apoyo de una beca del CIN, es que encaramos esta propuesta de análisis y lo que buscamos en esta oportunidad fue presentar a grandes rasgos y sin adentrarnos en los detalles, una especie de esqueleto del proyecto, mencionando nada más algunos de los elementos que son tenidos en cuenta en su elaboración.

Como punto de partida para pensar en el trazado del perfil epidemiológico sociocultural o por lo menos una contribución al mismo, es preciso analizar cómo, de manera real y efectiva, el conjunto social hace frente a sus enfermedades; qué actores intervienen en dicho proceso; a su vez, y relacionando la presente investigación con la línea de trabajo desarrollada por el equipo de investigación HEREDE, pensamos también: qué valoraciones hacen del sistema público de salud, de sus especialistas, de sus técnicas, cómo llegan a él. La aplicación del método etnográfico se presenta aquí como una herramienta diferencial para captar las “resistencias ocultas” (Grimberg, 1997) que también aparecen en el marco de las estrategias terapéuticas y de las relaciones con el Modelo Médico Hegemónico en particular, como el modo de sanar legitimado por el Estado. El prestar atención sobre cuáles son los modos de atención más usados y cuáles revisten de mayor eficacia, cuáles son los componentes económicos, técnicos y simbólicos que se contraponen o posibilitan el entrelazamiento de las diferentes configuraciones médicas, nos daría un diagnóstico de la situación de cómo atiende realmente la gente sus padeceres (Menéndez 1998; 2003; 2008) y se podrían proponer así políticas en salud con mayor eficacia.

La antropología al “focalizar el análisis en la experiencia del enfermo, en los sentidos culturales y en las relaciones sociales que constituyen esta experiencia” (Grimberg, 1997:13), nos posibilita no solo pensar la de manera relacional los procesos intervinientes destinados a la recuperación de la salud de los miembros de las unidades domésticas, sino también pensar estrategias destinadas a la mejora de las condiciones en salud de dicho grupo social.

Bibliografía:

Arce, Hugo. (2010) *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va.* Prometeo Libros. Buenos Aires.

Barrero, César. (2006) “Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral.” En: *Acta Bioethica*, vol. XII, núm. 1, pp. 9-22. Universidad de Chile. Chile.

Bartolomé, Leopoldo. (1985). *Relocalizados: Antropología Social de las poblaciones desplazadas.* Primera Edición. IDES. Buenos Aires.

Belmartino, Susana. s/f. “Modelo Médico Hegemónico”. Ponencia. *Jornadas de APS, Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.* (CONAMER). Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf> [Web Consultada el 14/09/2015]

Bourdieu, Pierre. (2001). *El Campo Político*, la Paz, Plural.
(2013). *El sentido práctico.* Argentina. Siglo XXI Editores. 1 edición. Buenos Aires.

Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones. (2010). *Digesto Jurídico de la Provincia de Misiones.* 1ª Edición. Tomo IV. Misiones. Argentina.

Cardoso de Oliveira, Luis. (2004). “Pesquisa em versus pesquisas com seres humanos”. En: *Antropologia e Ética: O debate atual no Brasil.* Ceres VÍctora Et all (organizadores).– Niterói: EdUFF.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames.* Editorial Altamira. Argentina.

Germani, Gino. (1973). *El Concepto de Marginalidad: significado, raíces históricas y cuestiones teóricas, con particular referencia a la marginalidad urbana.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Grimberg, Mabel. (1997) “De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad”. En: Álvarez, Marcelo comp. *Antropología y práctica médica. La dimensión sociocultural de la enfermedad.* Buenos Aires. Ed. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Pág. 11 – 23.

(2009) “Poder, políticas y vida cotidiana. Un estudio antropológico sobre protesta y resistencia social en el Area Metropolitana de Buenos Aires”. En: *Revista de sociología e política.* Lugar: Curitiba; Año: 2009 vol. --- p. 195 – 206. Brasil.

Guber, Rosana. (2004) “La Identidad Social Villera”. En: *revista Enía*, N° 32, julio a diciembre 1984, Olavarría. Buenos Aires. <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf> /web consultada el 13/09/2015/

(2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. 1ra. Edición. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

Gutiérrez, A. (1994) *Pierre Bourdieu y las prácticas sociales*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

Hammersley, M y Atkinson, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Jaume, Fernando (1983) *Estudio antropológico sobre salud y enfermedad en dos barrios de la ciudad de Posadas*. Instituto de Investigación. Universidad Nacional de Misiones. Argentina.

(1989). “El concepto de marginalidad”. En: *Cuadernos de Antropología Social*. Vol. 2. N.1. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Buenos Aires.

Menéndez, Eduardo (1984). Recursos y prácticas médicas “tradicionales”. En: Lozolla y Zolla. Comp. *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*. México. Ed. Folios Ediciones.

(1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

(1990) *Morir de alcohol*. México. Alianza Editorial.

(1998). “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes.” En: *Estudios sociológicos*. Enero – Abril.

(2003): “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.” En: *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.8 no.1 Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

(2005) “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores.” En: *Salud colectiva*. vol.1, n.1, pp. 9-32.

(2008). “Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades”. En: *Región y sociedad* vol.20 spe.2 México ene.

Mira J. y Aranaz, J. (2000). “La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria.” En: *Medicina Clínica*, 114 (Supl. 3):26-33.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra Suiza.

(2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires. Argentina.

POBUR, (2000). *Informe final determinantes estructurales y estrategias reproductivas de la pobreza urbana. Posadas, Misiones*. Secretaría de Investigación y Post-grado. Universidad Nacional de Misiones. Posadas, Diciembre 2000.

Thompson, J. (1990). "Comunicación con los pacientes". En: Fitzpatrick et al. Comp. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica. México.

Tylor, S. y Bogdan R. (1994) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ediciones Paidós. España.

Wellin, Edward (1977). "Theoretical Orientations in Medical Anthropology: continuity and change over the past half century". En: David Landy, ed., *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*, New York: Macmillan. Provides an excellent historical overview.