

XI JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UNLP

- diciembre 2022 -

Mesa 46: El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud

“LOS RESULTADOS DE UNA INVESTIGACIÓN DE ABORDAJE MIXTO SOBRE PRÁCTICAS BIOMÉDICAS Y NO-BIOMÉDICAS EN TORNO A LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN-CUIDADOS”

AUTORA: JIMENA LUZ CONIGLIO¹

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Universidad Nacional de La Plata.
jime.coniglio@gmail.com

RESUMEN

La propuesta general de este trabajo es presentar los resultados de un trabajo de investigación² en el campo de las ciencias sociales de la salud relacionado con las prácticas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de los sujetos.

El objeto de conocimiento del trabajo de investigación se centró en las prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas vinculadas a cuidar|prevenir|mantener la salud y curar|tratar|atender la enfermedad. El interés radicaba en conocer qué hace la población para cuidar la salud, sin que necesariamente haya presencia de enfermedad.

El objetivo general de la investigación fue reconstruir, explicar y comprender las prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas que despliegan los sujetos sociales vinculadas a `cuidar|prevenir|mantener|no-enfermar|curar|tratar|atender´ la salud y la enfermedad, con énfasis en lo no-biomédico, utilizando un diseño metodológico mixto.

Para concretar los objetivos, el procedimiento y los instrumentos que guiaron el trabajo sistemático de recogida y producción de datos constaron de un diseño que articuló estrategias metodológicas cuantitativas y cualitativas en ese orden secuencial. El trabajo de campo se realizó en la ciudad de La Plata en el mes de marzo, abril y junio de 2019.

En torno a las decisiones de recolección de los datos, en la fase inicial se utilizó un dispositivo de encuesta. El acceso a las unidades de análisis fue concebido a través del diseño de una estrategia de selección muestral no probabilística, de tipo presencial

¹ Licenciada en Sociología (FaHCE/UNLP). Diplomada en posgrado en Técnicas de Investigación Social (UAB).

² Trabajo de tesis del posgrado en técnicas de Investigación Social (UAB)

coincidental. Posteriormente, para profundizar la etapa cuantitativa, se utilizó la técnica de grupos de discusión focalizados.

Algunos de los resultados dieron cuenta que en los/as respondientes el grado de presencia de las prácticas biomédicas es alto, en tanto siguen las recomendaciones del médico/a y hay una alta presencia de las recomendaciones de la OMS. El discurso de la OMS aparece consolidado y se observó en sus percepciones sobre el concepto de salud y en la importancia que adquieren las prácticas de cuidado en su vida cotidiana. La población entrevistada y encuestada responde a un modelo que podría denominarse “médico/a dependientes pero informados/as”, en tanto harán lo que crean conveniente pero siempre tomando como referencia lo que dice el/la especialista de la biomedicina, aunque puedan complementar su consulta con medicina no convencional. Por otra parte, en este proceso, las recomendaciones de los/as conocidos/as son claves en el acceso a las prácticas, ya que los/as usuarios/as son parte de un circuito al que acceden vía sugerencias de sus conocidos/as y personas que los rodean o por recomendaciones de otros/as especialistas de la red (generalmente asociados con las prácticas no-biomédicas). La búsqueda por internet, también ocupa un lugar muy importante en el acceso a la información.

SOBRE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

El trabajo de investigación del que se presentan resultados abordó las prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas vinculadas a cuidar|prevenir|mantener la salud y curar|tratar|atender la enfermedad a través de un diseño de método mixto secuencial en dos fases. Se utilizó una estrategia de articulación secuencial encadenada que situó la metodología cuantitativa como una fase inicial del proceso de investigación que fue profundizado, en un segundo momento, utilizando la metodología cualitativa. Con la articulación de perspectivas metodológicas cuanti-cuali no se buscó validar el procedimiento cuantitativo con el cualitativo, sino lograr profundidad con la contribución empírica y enriquecer el aporte al campo de las ciencias sociales de la salud. En la fase inicial se utilizó un dispositivo de encuesta. Se seleccionaron cuotas a cubrir por género (femenino y masculino) y grupos de edad (18-34; 35-59; y 60 a más), ajustadas de manera proporcional a la distribución de la población. Se realizaron 153 encuestas en la ciudad de La Plata en los meses de marzo y abril de 2019. Al tratarse de una muestra no probabilística, considero importante no dejar de

mencionar la cuestión de la imposibilidad de hacer aseveraciones estadísticas sobre los resultados por la falta de representatividad. Se realizó un análisis de tipo univariado, bivariado y multivariado (según nivel de medición de las variables). Fue de interés analítico específico reconocer relaciones entre propiedades que incidan en prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas iniciando con el uso de los indicadores de clasificación básicos asociados al perfil socio-demográfico-ocupacional. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS. Para profundizar la etapa cuantitativa, en una segunda fase, se utilizó la técnica de grupos de discusión focalizados. Se conformaron grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre sí. Este criterio busca que los integrantes de los grupos tengan experiencias sociales y culturales comunes. Para la conformación de los grupos, se recurrió a redes preexistentes de amigos/as, en base al mecanismo de bola de nieve. Las variables de segmentación que se tuvieron en cuenta son el género (dos valores: mujer y varón), la edad (dos grupos etarios: 20 - 40 y 41 - 60) y nivel de estudios acabados (dos valores: universitario y no universitario). Se realizaron 2 grupos focalizados en el mes de junio de 2019. Para el análisis se utilizó el Atlas.Ti, que permitió codificar los audios de las conversaciones, realizando una tarea de interpretación discursiva marcadamente inductiva.

En las dos fases se articularon instancias de conceptualización y ejes de discusión que se vieron reflejados en el diseño del cuestionario y en el guion de entrevista grupal. Éstos estuvieron atravesados por las siguientes preguntas de investigación: qué prácticas de cuidado de la salud llevan a cabo los sujetos; cómo es la utilización y articulación de prácticas biomédicas y no-biomédicas; qué percepciones tienen sobre la salud y el cuidado del cuerpo; qué importancia tienen los hábitos saludables; qué hacen para mantener el estado de salud/no-enfermar; qué hacen cuando se enferman; qué lugar ocupan los valores estéticos. El diseño de las preguntas del cuestionario y el proceso de elaboración del guion semiestructurado de los grupos focales partieron de la definición de los conceptos que fue necesario operacionalizar; el resultado fue la construcción de estas dimensiones analíticas: el perfil demográfico-socio-ocupacional, la percepción del estado de salud, la presencia de prácticas no-biomédicas y biomédicas, y las formas de atención de los padecimientos - enfermedades. A partir de esas dimensiones se derivaron los indicadores.

SOBRE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

FASE 1: LAS ENCUESTAS. Por una cuestión operativa presentamos los resultados de la encuesta en cuatro bloques: 1) Caracterización del perfil demográfico socio ocupacional y del estado de salud general; 2) Presencia y percepciones sobre las prácticas no biomédicas; 3) Presencia y percepciones sobre las prácticas biomédicas; 4) Las formas de atención de los padecimientos y las articulaciones entre las prácticas biomédicas y no biomédicas.

Bloque 1 - Caracterización del perfil demográfico socio ocupacional y del estado de salud general. A modo de presentación general de la población encuestada podemos decir que un 57,5% es de género mujer y un 42,5% es de género varón; el 66,4% nació en la Provincia de Buenos Aires; el 45,1% tienen estudios universitarios, el 22,9% terciario, el 26,8% estudios secundarios y el 5,2% primarios. El 52,3% dijo tener una ocupación principal que requiere profesionalización o un conocimiento técnico; el 98,0% tiene cobertura en salud, dentro de los cuales el 81,0% tiene obra social; el 73,9% tiene pareja y el 55,6% tiene hijos/as. Dentro de las mujeres, las de 18 a 39 son el grupo de mayor instrucción, ya que el 45,4% cuentan con nivel universitario y terciario; mientras que en el grupo de 40 a 57 el porcentaje alcanzó el 25,0%. En los varones se da la misma tendencia, siendo que dentro del grupo de 18 a 39 el 38,5% cuenta con nivel universitario y terciario; mientras que en el grupo de 40 a 57 el 13,9%.

Haciendo referencia a la importancia del tema de la salud en el hogar del 1 (nada importante) al 10 (muy importante), el 71,2% sostuvo que el tema es muy importante; nadie respondió por debajo de 6 puntos. Respecto al estado de la salud, el 93,5% respondió que consideraba el propio como “muy bueno” y “bueno”, el 3,9% respondió “ni bueno ni malo” y el 2,6% respondió “malo”, mientras que nadie respondió “muy malo”. No se observan diferencias sustantivas por género. La pregunta abierta sobre las principales cuestiones que toman en cuenta para evaluar el estado de salud, busca dar cuenta de las percepciones sobre la salud que tiene la población encuestada. Distinguí cuatro cuestiones generales (que se expondrán por orden de frecuencia de aparición) que se toman en cuenta en la evaluación del estado de salud. Las mismas aparecen por la positiva o por la negativa de acuerdo a si el estado general de salud fue evaluado como muy bueno/ bueno o malo. Cuando éste estado es muy bueno/bueno, los/as encuestados/as, en primer lugar, lo relacionan con no enfermar, ni tener padecimientos específicos, sentirse bien físicamente, no tomar medicamentos. Algunas de esas

sentencias son: *“Ninguna enfermedad crónica y no tomo medicación”*; *“No tener ninguna dolencia ni problema de salud”*. Por otro lado, aparecen respuestas haciendo referencia a la presencia de una enfermedad o padecimiento específico, algunos ejemplos son: *“tengo problemas de salud”*; *“Resfríos frecuentes, malestares gástricos, dolores de cabeza”*; *“Tengo vértigo”*; *“Por mi obesidad”*. En segundo lugar, aparece la realización (o no) de los controles médicos preventivos anuales, como una cuestión que se toma en cuenta a la hora de evaluar el estado de salud; algunas de las respuestas son: *“chequeos anuales que realizo”*; *“estudios médicos realizados por control”*. Por su parte, por la negativa, aparecen respuestas como: *“No me hago todos los estudios médicos. La salud solo cobra importancia cuando me achaca una enfermedad o alguna molestia física”*; *“Porque no consulto periódicamente al médico”*. La tercera cuestión clave en la evaluación del estado de salud es tener hábitos de vida saludables (hacen referencia a la alimentación saludable, la realización de actividad física, el control de peso, el buen descanso, una buena calidad de vida). Por la positiva, algunas respuestas son: *“Buena alimentación, sin exceso de grasa y azúcar. No uso conservantes, ni alimentos procesados. Hago actividad física y yoga”*. Por el contrario, aparecen cuestiones opuestas en los/as encuestados/as, como: *“El sedentarismo y mi mala alimentación”*; *“Triglicéridos altos y mi peso, tengo que hacer más ejercicio y mejorar la alimentación”*. Asociado con la cuestión de los hábitos, es importante resaltar la importancia que algunos/as encuestados/as le otorgan a mantenerse en movimiento, al “rendimiento físico”, así aparecen algunas respuestas como: *“No tengo limitaciones para actividades laborales ni recreativas”*; *“Me puedo manejar por mis propios medios, camino”*; *“Porque tengo movilidad”*; *“Por mi rendimiento físico”*; *“Puedo ir a trabajar todos los días”*. Por último, encontramos respuestas que aluden a la salud mental, como: *“por mi estado anímico”*, *“mi estado psíquico”*, *“mi estado mental”*, *“sentirme bien”*, *“estado general de ánimo”* *“me siento estable”*; *“me siento bien, con buena disposición”*; *“Mi lucidez mental”*. Aparece la dimensión de las relaciones personales, los afectos, el estado de ánimo, como un elemento importante y definitorio en la evaluación de la salud. Por la negativa aparecen respuestas que hacen referencia a: *“tengo problemas de ansiedad”*; *“malestar psíquico, no se me desaparecen las psicósomáticas”*. Es interesante resaltar, que algunas de las respuestas no aparecen haciendo alusión sólo a una de las cuestiones, sino que se complementan, como podemos ver en los siguientes ejemplos: *“Nivel de actividad física, dieta saludable que empleo, los análisis de sangre dan ok”*; *“Porque me siento bien física y mentalmente”*; *“Deporte, salud, energía, respiración”*; *“Mis hábitos*

alimentarios sanos (dieta balanceada) y buen descanso. Hago actividad física frecuente". A su vez, el cuestionario realiza una serie de preguntas formato Likert (con escalas de acuerdo/desacuerdo); por ejemplo, sobre la vinculación de las enfermedades con lo emocional, observamos que el 89,5% está muy de acuerdo y de acuerdo. Del 49,0% que está muy de acuerdo, observamos que el 31,4% son mujeres y el 17,6% son varones. Teniendo en cuenta el grupo etario, un 46,4% de entre 18 a 39 años manifestaron estar muy de acuerdo y de acuerdo con la afirmación sobre el vínculo entre las patologías y lo emocional; porcentaje que disminuye a 29,4% entre los de 40 a 57 años, y a 13,7% en el grupo de 58 a más años. Sobre el grado de acuerdo con la afirmación respecto a que cada vez más personas cambian sus hábitos alimenticios para mejorar su salud se observa que el 83,7% se posiciona muy de acuerdo y de acuerdo. Los que mayormente se mostraron a favor de esta afirmación fueron el grupo etario de 18 a 39 años, un total de 42,5% respondieron muy de acuerdo/ de acuerdo. Respecto del grado de acuerdo sobre la idea del aumento del uso en general de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, se observó que un 58,8% del total de los/as respondientes se mostraron de acuerdo y un 11,1% muy de acuerdo; del total de los que respondieron muy de acuerdo y de acuerdo (69,9%) casi la mitad (el 34,6%) pertenecen a la franja etaria de entre 18 a 39 años. Por último, sobre la prevención de enfermedades con una alimentación adecuada y actividad física regular, el 98,0% se mostró muy de acuerdo y de acuerdo; al igual que en la anterior afirmación, la tendencia es que el grupo etario de 18 a 39 años representa el 49% de las respuestas de acuerdo y muy de acuerdo.

Bloque 2 - Presencia y percepciones sobre las prácticas no biomédicas. Las respuestas sobre las preguntas por el uso de cualquier práctica no biomédica son abiertas; en efecto, la propuesta buscó observar la heterogeneidad de respuestas. Encontramos que el 53,6% de los/as respondientes ha utilizado alguna medicina, terapia o practica alternativa, entre estos usuarios/as el 35,9% son mujeres y el 17,6% son varones. En la comparación por grupos etarios, los que más han utilizado las prácticas no-biomédicas son de entre 18 a 39 años; siendo que la mayor frecuencia de usuarios/as se registra en los 30 años. La cuestión clave a resaltar, es que entre los/as que respondieron haber utilizado prácticas no biomédicas, se encontraron 18 categorías de respuesta diferentes (yoga, meditación, homeopatía, reflexología, reiki, ayurveda, aromaterapia, shiatsu, biodanza, acupuntura, decodificación biológica, medicina china, osteopatía, tai chi, iridiología, digitopuntura, Gemoterapia, flores de Bach); muchos/as de los/as usuarios/as utilizaron más de una

práctica: el 18,3% utilizó sólo 1 práctica, el 14,4% utilizó 3, y el 11,8% utilizó 2 prácticas. La práctica que consideran alternativa más utilizada es el yoga, practicada por un 29,4% de los/as respondientes, y entre las más utilizadas le siguen el reiki, mencionada por un 25,5%, la homeopatía 22,2%, meditación 11,8%, reflexología 9,2%. La práctica más utilizada por las mujeres es el yoga con un 22,9%. La práctica más realizada por varones es la homeopatía con un 7,2%. Sobre los para qué o con qué finalidad han utilizado alguna medicina, terapia o práctica que considera alternativa, encontramos distintos para qué, que organizamos según la frecuencia de aparición (de mayor a menor): 1. Por un problema de salud (*“Dolor óseo y para conciliar el sueño”; “Dolores de estómago”; “Por problemas en la piel, acidez estomacal, alergias a medicamentos”*). 2. Búsqueda de bienestar emocional, (*“Equilibrio emocional principalmente”; “Utilizar alimentación que equilibre mi estado general para canalizar angustia, paz mental y equilibrio emocional”*). 3. Experiencia personal de crecimiento/sanación (*“Conectar con mi cuerpo, ver qué es lo que necesita y qué es lo que está de más”; “Para sentirme bien, aprender sobre mí misma”*). 4. Para otro/as (*“Para mis hijos”; “Para mi hijo con autismo”*). 5. Fortalecer el cuerpo (*“Para mejorar mi elasticidad y fortalecer mis músculos”; “Para mi bienestar muscular sacro”*). 7. Por varios motivos a la vez (*“Mejorar la elasticidad y los problemas musculares. Mejorar lo emocional, reductor de angustias y mejorar mi estado mental”; “Para bajar el estrés; hacer ejercicio; por las contracturas y para relajarme”*). En el análisis sobre el acceso a la práctica (cómo fue que dio con esta medicina o terapia que haya utilizado), encontramos que la mayoría de las/os respondientes accedió a la utilización de prácticas alternativas por recomendación de conocidos que ya conocían la práctica; también aparecen respuestas que hacen alusión a la recomendación específica de profesionales (incluidos de la biomedicina); por otro lado, el acceso surge de la necesidad de recurrir a estas prácticas cuando la biomedicina no les aporta la respuesta esperada. Por último, observamos respuestas que hacen alusión a la búsqueda personal utilizando distintos medios: *“por inclinación natural a buscar bibliografía sobre el tema”, “boca a boca que despierta curiosidad y una búsqueda de evolución personal”, “YouTube”, “por curiosidad propia, búsqueda personal de autorealización”, “buscando en internet”*. Las respuestas sobre el acceso dan cuenta que los/as usuarios son parte de un circuito al que acceden vía sugerencias de sus conocidos/as y personas que los rodean, o por recomendaciones de otros/as especialistas de la red: el/la médico/a convencional conecta a los/as pacientes con otros nodos de la red; o un/a especialista no convencional, como un/a instructor/a de yoga suele conectar al/la

usuario/a con productos naturales, dietas ayurvédicas, masajistas, preparadores de viandas, y un conjunto de actividades para profundizar la práctica. En este sentido, “la consulta médica [con un/a representante de la biomedicina] no es el eslabón final de una cadena, sino un nodo que permite circular por y reproducirla red” (Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013, p.52). Dentro de las prácticas no biomédicas, también preguntamos, por la medicina tradicional. En este caso, el 68,6% de los/as respondientes afirmaron haber utilizado alguna; entre las utilizadas con mayor frecuencia se encuentran el empacho (58,8%) y el mal de ojo (45,8%), pero también fueron nombrados el chamanismo, el hierbero, la insolación, la cura de verrugas, la cura energética, la cura de culebrilla. Entre quienes utilizan medicinas tradicionales (68,6%) el 43,1% son mujeres y el 25,5% son varones; además, son más utilizadas en la franja etaria de entre 18 a 39 años en un 40,5%. Por otro lado, el 74,5% reconoce haber utilizado algún producto natural; de ese total el 48,7% son mujeres y el 26,3% son varones. Se nombraron 51 categorías de respuestas distintas (manzanilla, suplemento dietario, bicarbonato, aloe vera, tomillo, jengibre, té verde, eucalipto, semillas, harina de coca, ibuprofeno, Alikal, Hepatalgina, limón, aceite de Cannabis, productos “Just”, propóleo, hierbas naturales, kéfir, levadura de cerveza, frutas y verduras orgánicas, boldo, miel, leche de soja, valeriana, corteza de lapacho, cedrón, kombucha, marihuana, burrito, centella asiática, colágeno, leche de almendras, ginkgo biloba, omega3, ginseng, kalanchoe, cloruro de magnesio, leche de alpiste, árnica, espirulina, jugo de arándano, hielo, enebro, crema de Hamamelis, hojas de frambuesa, tilo, aceite de coco, maca, drosera, compresas de agua caliente, matcha), lo que marca la heterogeneidad de opciones que existen en el mercado. Entre las más utilizadas se encuentra el aloe vera y el jengibre 18,3%, el té verde 17,6%, las semillas 13,7%, la manzanilla 12,4%, las hierbas naturales 11,1%, el tomillo 7,2%. Entre los para qué utilizan estos productos encontramos tres finalidades, que como en los casos anteriores no son finalidades excluyentes. En orden de mayor frecuencia de aparición, la principal finalidad está asociada a curar o mejorar aspectos de la salud, cuando hay un padecimiento, por ejemplo, aparecen respuestas como: *“aliviar irritaciones, mejorar el metabolismo”*, *“confort digestivo y transito lento”*. La segunda finalidad está asociada al conocimiento de las propiedades de los productos para mejorar la calidad de vida, algunas sentencias son: *“porque es depurador y desintoxicante, anticancerígeno y antioxidante”*, *“por sus beneficios en vitaminas, minerales y antioxidantes”*, *“para una alimentación más saludable”*. La tercera finalidad y la que aparece con menor frecuencia es por gusto, aparecen afirmaciones como: *“para cocinar”*,

“para darle gusto al mate”, “me hace bien”, “consumo como infusión, alimento y condimento”. Como en los casos anteriores, observamos algunos casos en donde se combinan las respuestas.

Se consultó a través de una serie de sentencias sobre el grado de utilización y presencia de las practicas no biomédicas en los/as respondientes del cuestionario. Es clave resaltar que hay un alto grado de acuerdo con cada una de las sentencias que reafirman la utilización y el grado de aceptación que tienen las prácticas no biomédicas. A su vez, nos parece interesante el grado de acuerdo frente a “si uso medicinas alternativas no me estoy automedicando”, en efecto, un 45,1% está muy de acuerdo/de acuerdo en considerar que optar por un medicamento alternativo no es automedicarse y un 28,7% considera que si usa medicinas alternativas, si se está automedicando. Pareciera ser que la automedicación está asociada a la utilización de fármacos desarrollados por la industria farmacéutica y no a todo el conjunto de acciones realizadas tanto para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos o sólo porque consideren que favorecen algunos aspectos de salud positiva (Menéndez, 2005).

Bloque 3 - Presencia y percepciones sobre las prácticas biomédicas. Un 88,2% de los/as respondientes afirmaron haber realizado al menos una consulta con un/a médico/a y un 81,0% afirmó haberse realizado un estudio médico general en el último año. En el primer caso, el género femenino representa el 54,2% y en el segundo el 52,7%. Frente a un determinado malestar o problema de salud, hay un 32% de probabilidad de que los/as usuarios/as consuman un medicamento sin prescripción médica. Esta variable está estrechamente vinculada con la sentencia de grado de acuerdo sobre “si consideramos que el problema de salud podemos resolverlo solos, evitamos ir al médico”, en base a la que un 62,7% manifiesta estar muy de acuerdo y de acuerdo. Por otra parte, se puede observar que en un 54,2% los/as respondientes asumen que es nada probable que frente a un malestar o problema de salud consuman un medicamento más del tiempo recetado y en un 34,0% que es nada probable que consuman un medicamento menos del tiempo recetado. Estas sentencias se encuentran en línea con el grado de acuerdo/desacuerdo que manifiestan los/as respondientes sobre “hoy la palabra del/de la médico/a no tiene el mismo peso que tiempo atrás”, el 35,9% se encuentra muy de acuerdo/ de acuerdo, pero el 46,4% se encuentra muy en desacuerdo/en desacuerdo; es interesante en esta sentencia que hay un 13,7% de respondientes que se posicionan ni de acuerdo/ni en desacuerdo. Sobre la lectura de los prospectos de los medicamentos que consumen, un 44,4% asume

que es muy probable que lo realicen y sumando los que respondieron probable, el número alcanza el 68,6%. Esta variable está asociada a la afirmación de grado de acuerdo/desacuerdo sobre “los chequeos médicos anuales son imprescindibles”, el porcentaje acumulado de los muy de acuerdo/de acuerdo suma 86,3%. Cruzando estos valores con los grupos etarios, se observa que dentro de los que respondieron muy de acuerdo el 14,4% pertenece al grupo de entre 18 a 39 años y los que respondieron de acuerdo pertenecen en su mayoría al grupo de 18 a 39 (20,9%) y de 40 a 57 años (16,3%). Siguiendo con las cuestiones médicas, consultamos por los dispositivos médicos con que cuentan los/as respondientes en el hogar. El 97,4% cuenta con artículos de primeros auxilios, el 90,8% cuenta con remedios de venta libre, el 89,5% cuenta con termómetro, el 54,9% cuenta con nebulizador, el 47,1% tiene balanza, el 37,9% cuenta con tensiómetro, entre los más destacados. Respecto a los hábitos, en los/as respondientes hay un alto grado de penetración de las recomendaciones de la OMS, un 83,7% siempre ventila y limpia los ambientes del hogar, un 80,4% siempre se lava las manos varias veces al día, un 67,3% dijo que siempre consume frutas y verduras, un 43,8% siempre realiza ejercicio físico regularmente, un 42,8% siempre realiza ejercicio físico. Por género, no se observan diferencias significativas.

Bloque 4 - Las formas de atención de los padecimientos y las articulaciones entre las prácticas biomédicas y no biomédicas. El 45,8% de los/as respondientes afirma haber sufrido algún problema de salud recientemente, entre ellos/as el 28,8% son mujeres y el 17,0% son varones. Se mencionaron 63 categorías de respuesta diferentes, sólo se repitieron 3 categorías (gastritis, hemorroides e hipertensión). Sobre es cómo se atienden estos padecimientos: el 41,8% (sobre el total de los que han padecido un problema de salud) se encontraba tomando un medicamento o utilizando algún producto por ese padecimiento, el 34,6% respondió que era algo recetado por el/la médico/a, el 12,4% dijo que el medicamento era de venta libre, el 2,6% dijo que el medicamento era homeopático. Sobre “qué hacen” cuando tienen un malestar o padecimiento, el 49,0% respondió que siempre espera hasta ver cómo evolucionan los síntomas, el 32,7% siempre recurre a un establecimiento de la obra social y el 24,2% recurre siempre a un/a médico/a (ambulancia a domicilio, consultorio privado o conocido). Resulta importante destacar que el 76,5% nunca recurre a un/a curandero/a, un 62,7 nunca recurre a un hospital público, un 54,2% nunca recurre a un/a farmacéutico/a. Se destaca que el 47,1% nunca consulta en internet, lo que está asociado a que como primera opción además de esperar cómo evolucionan,

van a ver al/a la médico/a de la medicina alopática. También es de resaltar que el 69,9% de los/as respondientes a veces recurren a algún producto o medicamento que tengan en su hogar, lo que da la pauta de la existencia de algún grado de automedicación. Por último, propusimos una serie de preguntas con formato Likert para observar las articulaciones entre las prácticas biomédicas y no biomédicas; respecto a esto, se observa alto grado de acuerdo frente a sentencias que tienen que ver con la complementación de prácticas biomédicas y no biomédicas. El 76,4% está muy de acuerdo y de acuerdo con que frente a enfermedades crónicas, la medicina convencional, debería combinar sus tratamientos con prácticas alternativas. El 62,8% está muy de acuerdo y de acuerdo con que debería ser común el uso de la medicina alternativa (o tradicional) para tratar enfermedades. El 68,7% está muy de acuerdo y de acuerdo con que la medicina convencional no da todas las respuestas, por eso muchos/as recurren a la medicina alternativa. El 55,5% está muy de acuerdo y de acuerdo con que las terapias alternativas sólo deben ser un complemento a la medicina convencional. En concordancia con esto, las sentencias sobre las percepciones acerca de las medicinas y terapias alternativas muestran que hay una visión positiva sobre las mismas, más allá de que las hayan utilizado o no. En efecto, entre los que no han utilizado medicinas, terapias o prácticas alternativas, la posición que aparece con mayor frecuencia frente a las sentencias anteriores es muy en desacuerdo/en desacuerdo. Por ejemplo, un 26,1% de los/as respondientes no han utilizado y están en desacuerdo con que las medicinas y terapias alternativas no curan. Un 15,7% a pesar de no haber utilizado, está en desacuerdo con la sentencia que refiere a que la búsqueda del bienestar está sobrevalorada, es un negocio más. Un 46,4% se manifestó ni de acuerdo ni en desacuerdo frente a la sentencia sobre consumir productos orgánicos, más que hacer un bien, está de moda.

FASE 2: LOS GRUPOS FOCALES. En lo que sigue se presentan los resultados del análisis de los grupos focalizados. Se abordaron como ejes principales las significaciones de los hábitos saludables, las dificultades que encuentran para el cuidado de la salud y el lugar que ocupan las prácticas alternativas. Se realizaron dos grupos focalizados con varones y mujeres³, conformados cada uno por seis personas. A partir de estos datos se observó que, en el que denominamos “grupo joven”, la edad promedio fue de 31 años, tres miembros vivían con sus parejas, dos tenían hijos/as, tres tenían estudios universitarios completos.

³ Los nombres de las personas fueron modificados.

Respecto al segundo grupo, que denominamos “grupo adulto”, su rango etario oscilaba entre los 41 y los 60 años, la edad promedio fue de 55 años; de las seis personas, cuatro tenían hijos/as, tres vivían con su pareja, dos tenían estudios universitarios completos. Respecto a las prácticas de cuidado de la salud, observamos que tanto en el grupo “joven” como “adulto” éstas se asocian principalmente con la alimentación (comer fruta y verdura, tomar agua, no comer frito, controlar el consumo de sal), la realización de actividad física, cocinar (como hábito saludable por control de los materiales y cocciones) y la calidad de vida. En el grupo “joven” la discusión de las prácticas y hábitos saludables viró hacia la pregunta sobre qué es lo saludable.

Florencia: “yo siendo sincera, me siento muy ignorante en qué es saludable, tengo una representación de lo que es comer frutas y verduras, no como frito, no como mucha harina, sin embargo, como muchas milanesas de soja, que si te pones riguroso son totalmente insanas porque están llenas de agrotóxicos, lo mismo que la fruta y la verdura, están llenas de cosas con Monsanto; fumo aparte, sé que es recontra malo”.

Emilia: “Me estás haciendo teclear, nadie sabe de dónde vienen los alimentos”. (Grupo “joven”).

Como cuestión emergente aparece la clase social, que es percibida por algunos/as participantes como un factor decisivo en el acceso a “lo saludable”. Las desigualdades de clase limitan las posibilidades para conformar el mandato de la responsabilidad personal en el cuidado de la salud, marcando el acceso desigual a los recursos. Esta perspectiva crítica se extiende y tiene réplicas que se observan en las percepciones sobre el concepto de salud, donde emerge una tensión argumentativa sobre el rol del Estado como garante de la salud. Se observó que se reproduce el concepto de salud de la OMS, pero emerge la cuestión de la responsabilidad gubernamental en el acceso a la salud, y esta temática fue una tensión clave en el grupo “joven”, porque marcó una escisión entre “la salud como problema público” y “la salud como problema privado”.

Florencia: “Hay determinadas cosas a las que no se puede acceder, hay gente que no se representa el agua potable, porque es algo a lo que no van a poder acceder nunca”.

Román: “Cada uno tiene una representación de lo que es saludable, pero es un poco y un poco, un poco el estado y un poco uno mismo”.

Emilia: “Yo creo que el Estado me tiene que garantizar el acceso a alimentos saludables, y en líneas generales el ciudadano es ignorante en cuestiones de salud, por eso el Estado debe ser promotor de prácticas de cuidado”. (Grupo “joven”).

En este grupo hubo una tensión permanente que oscilaba entre las elecciones y las posibilidades. Esta tensión vislumbra el proceso de distribución de responsabilidades en torno a la sanidad, el desplazamiento de formas institucionalizadas de intervención a formas multisectoriales: medios de comunicación, escuela, distintas organizaciones civiles como ONGs, asociaciones de enfermos (por ejemplo, Asociación Celíaca Argentina, Narcóticos Anónimos, entre otras), familias, etc. Esto pone de relieve una articulación compleja que, al mismo tiempo, confronta con las estrategias individuales, que confluyen en la valoración positiva del sujeto autoregulado que se preocupa por su propio estado y tiene un rol activo, responsable y autónomo en la gestión de los posibles padecimientos (Bordes, 2010). Este “empoderamiento” del sujeto es promovido por el Modelo Médico Hegemónico, la biomedicina, y el papel que la misma cumple en tanto dispositivo de gobierno, tiene como objetivo no sólo “proteger” el destino de las poblaciones a través de su normalización y “curar”, sino que la “innovación biotecnológica -desde el desarrollo de productos farmacéuticos hasta la investigación genética y en tecnologías de reproducción- se enfoca hacia la posibilidad de contar con pacientes dispuestos a convertirse en consumidores activos, con vistas al mejoramiento / modulación de sus capacidades vitales” (Bordes, 2010, pág.: 88).

Brenda: “Somos responsables de los que nos pasa, la salud pasa por uno mismo, sino es más fácil echarle la culpa al Estado, o sea, tiene que ver con la calidad de vida que uno elige llevar a cabo, es muy fácil culpar a la economía, al ritmo de vida; y la salud dónde la encontras, siendo la mejor versión de cada uno, porque elegimos cómo afrontar lo que nos pasa, somos responsables”.

Marina: “Depende lo que elegís, yo elijo vivir más lejos, estar más tranquila, ir al trabajo caminando, una cosa es las posibilidades, somos seres sociales pero nosotras elegimos cosas, todos los días elegimos, elegís como vestirse, hay gente que no elige nada, y obvio que esa gente va a tener otro concepto de salud”.

Esteban: “Para mí son elecciones que uno hace dentro de las posibilidades que tenemos”.

Florencia: “no, todo eso es una irrealidad, los márgenes de elección individual son mínimos cuando vivís en sociedad, en este sistema capitalista”. (Grupo “joven”).

Aparece aquí el mandato sociocultural de la responsabilidad individual por el cuidado de la salud. Aunque se espera la intervención con políticas públicas en las condiciones sociales que impactan negativamente sobre la salud, cada vez se demanda más que los sujetos se involucren en sus hábitos de vida saludables, asumiendo un grado de responsabilidad a través de las prácticas de autocuidado, además de la realización de consultas periódicas de tipo preventivas (Freidin, 2017). Este mandato cultural y moral en las sociedades occidentales secularizadas se ha convertido en una medida de logro personal y de la vida correcta; y se articula asimismo con los valores estéticos de la delgadez, la belleza y la juventud. Es interesante resaltar que en el grupo “joven” aparece en torno a esto la cuestión de la culpa y la presión que tenemos las mujeres frente a estos mandatos.

Emilia: “No nos hagamos las boludas, yo si no hago actividad física me siento mal, si como de más me siento mal, si me veo gorda, me siento mal. Somos parte de una sociedad que nos exige determinadas cosas. Todas nos depilamos”.

Brenda: “La mujer tiene que ser flaca, linda y rubia en lo posible. En las publicidades, ponele, la mujer siempre aparece lavando la ropa, y los hombres solo hacen las de autos. A los varones les exigen cosas como tener poder y manejar las cosas importantes, la mujer cuanto más sumisa mejor”. (Grupo “joven”).

Por su parte, en el grupo de “adultos” la percepción del concepto salud aparece vinculada a la cuestión de proyectar una “vejez sana”; y las prácticas ligadas a la salud son vistas como aquello que se va construyendo en años de vida, por lo que tiene consecuencias tanto actuales como futuras. Esto marca una idea de control sobre el propio proceso de envejecimiento, en tanto modifican sus comportamientos actuales porque “están accediendo a una nueva cultura de la salud, a una nueva relación con el cuerpo, con la noción de vejez, con una nueva ideología de la “eterna juventud”, con la posibilidad consciente de prolongar la esperanza de vida” (Menéndez, 1998, pág. 54). Pertenecer al sector medio y/o alto permite que puedan tener las posibilidades materiales e ideológicas de poder generar esas modificaciones. Asociado a esto, aparece la idea de cuidarse para no enfermar y la salud es vista como un valor a ser producido constantemente por el sujeto.

Gustavo: “El tema del cuidado, lo que pienso es en tener una buena salud con el fin de disfrutar más años de vida, y llegar a una edad mayor bien, para seguir disfrutando y no llegar con un deterioro que no permita hacer nada”.

Mónica: “Para mi hacer una actividad es una obligación, yo soy pachorra, soy re consiente de que para vivir más años y para estar bien necesitas de la actividad físico, pero a veces prefiero mirar una película... Después que hago actividad me doy cuenta que te da más pila, y te cambia la energía, pero me re cuesta hacerlo fluidamente. La gente que corre que dice que es como una droga, me encantaría tener esa sensación, pero no me pasa”.

Rubén: “Yo me di cuenta, que más allá que fumo, que no me enfermo, no me agarro gripe, si me quedo dos o tres días estático me enfermo, al hacer deporte no sentís el frío, no te enfermas, hace un año que ando mucho en bici, como 150 km por semana repartidos obvio, y caminar, camino mucho, trote despacio, y no me enfermo nunca”. (Grupo “adulto”).

Retomando la cuestión estética, en el grupo “adulto” si bien ésta no ocupa un lugar prioritario en las prácticas de cuidado, sí se observa, al igual que en grupo “joven”, cómo el ideal de corporalidad condiciona las relaciones de género, lo que responde a una construcción hegemónica de masculinidad a partir de la cual los varones están menos obsesionados y exigidos con su imagen corporal.

Célica: “No puedo sostener ni la peluquería si es por la estética; por lo estético buscare por otro lado, la ropa ponele... lo estético lo disfrazas, con ropa que disimule y listo”.

Mónica: “A mí siempre me preocupo el peso, no sé si porque mi mamá era gorda..., no me ocupo la verdad haciendo actividad, pero me mido el pantalón si me queda más justo, siempre me ha preocupado el tema de no pasarme del peso, pero yo sé que el resto de las actividades las tengo que hacer porque tengo que tener la cabeza bien”.

Célica: “Yo de chica hacía mucha más actividad física que ahora, pero ahora haría otras cosas, tenes que caminar para mantenerte en forma sí, pero el objetivo es otro ahora, la circulación” (Grupo “adulto”).

En ambos grupos la cuestión del placer aparece como parte de “lo saludable”, el cuidado de la salud aparece vinculado con el disfrute, la búsqueda de desafíos personales y/o grupales y la sociabilidad, entre otras motivaciones. Las sociedades modernas exigen moderación a sus miembros. El autocontrol y el control social sobre estas emociones

generan estrés, y una manera de canalizar esa energía es a partir de las actividades recreativas que brindan disfrute por fuera de las responsabilidades cotidianas (Ballesteros, 2017).

Brenda: “Todo bien con lo saludable, pero hay que ser feliz también, eso también es estar saludable”.

Florencia: “Si, para uno es ir a pescar y para otro es salir a correr, pero uno busca lo que es saludable, sin hacerle caso a un montón de dogmatismos”.

Marina: “Yo en mi caso, disfruto mucho el buen comer y el buen tomar y es difícil mantener una dieta sana, porque lo re disfruto”. (Grupo “joven”)

Graciela: “Y tener una actividad es re importante, un horario, sino no se pasa el tiempo y pensas en cosas que no tenes que pensar y así se te pasa rapidísimo y disfrutas”.

Célica: “Ay a mi caminar me encanta y el día que no camino, me agarra como una adicción, lo necesito, salgo a cualquier hora, cuando empiezo a caminar quiero salir todos los días, llueve y salgo, a cualquier hora”.

Pedro: “Yo hace un tiempo que conozco el grupo de bici gourmet, todos estamos en la misma onda, llevamos algo para hacer sano, mucho vegano, pasamos las recetas al grupo, y es la excusa también para socializar, y después compartir la bici”. (Grupo “adulto”)

Asociado a la percepción sobre la salud, en los dos grupos, además del cuidado de la salud física, le dan relevancia al bienestar psicoemocional. Uno de los rasgos culturales característicos de las sociedades occidentales es el principio de la expansión personal, el cual promueve un tipo de sujeto predispuesto a descifrarse a sí mismo bajo un ideal de vida saludable (Borda, 2017). En los grupos se observó que los/as participantes coinciden en comprender la salud como un estado de equilibrio entre las dimensiones corporales y las psicoemocionales, pero en el grupo “adulto” hacen énfasis en la preeminencia de lo mental sobre lo corporal.

Graciela: “Y además de lo físico lo emocional tiene que ver, que te distrae, como biodanza, o como alguna otra técnica, eso se tiene que sostener, lo psíquico para estar bien”.

Rubén: “Yo descubrí que por ejemplo me encanta cada un tiempo algún domingo irme a Sierra de la Ventana y subir a la ventana porque me pruebo a mí mismo mi físico y mi

cerebro, si no tenes el físico y el cerebro no puedes subir. Entonces una vez por año lo hago. Tu cabeza tiene que estar ahí, si no estás ahí te caes. Pero tengo el terrible defecto que fumo, algún día voy a encontrar el punto de dejarlo”

Célica: “Lo más importante es lo emocional, el equilibrio, lo vincular, porque más que enfermedades la vida te da sobresaltos emocionales, cuando tenes hijos chicos, cuando tenes adolescentes, hay que estar preparado. Me resulta un esfuerzo todo eso, yo priorizo mucho la emoción y la psiquis de mis hijas, priorizo eso antes que lo físico”

Mónica: “Ay... es re gráfico lo que dijiste de la montaña, llevado a la vida, si emocionalmente estas mal te enfermas y en la montaña te caes. Primero lo emocional, si no estás bien siempre pienso que puede venir una enfermedad, más que lo físico” (Grupo “adulto”).

En torno a esto aparece la cuestión de las medicinas alternativas como correlato de una crítica a la biomedicina y a la mercantilización de la salud. En el grupo “adulto” la crítica al Modelo Médico Hegemónico tiene su fundamento en la despersonalización de la atención, el crecimiento de la industria farmacéutica, la medicalización, la hiperespecialización de la profesión médica. Ante esto, se indagó en las experiencias de articulación entre la biomedicina y la medicina alternativa.

Mónica: “Estaría bueno que el médico tenga otra visión holística de la persona, con este tema de salud que tuve, la neuróloga nunca me pregunto nada de la vida, qué hago, qué tarea hago, no me gusta eso, me gustaría una visión más integral”

Célica: “Yo las veces que he escuchado la medicina tradicional es siempre complementaria, mi mamá que ehhh.. ¿hansi era lo del cáncer? Fue a un doctor y siempre los médicos le decían que no deje la medicina tradicional, pero los médicos no recomiendan lo alternativo. Me paso con mi hija, y con la osteopatía, cuando ella nació no estaba muy científicamente comprobada, y el médico me dijo no sabes con quien te metes, tene cuidado”.

Mónica: “Yo tomaba un remedio que me hacía mierda, y después tenes que tomar otro para el estómago, tomaba uno para el dolor de cabeza, te bajoneas y tenes que tomar uno para la depresión, es tremendo. Y probé con aceite de cannabis, encontré un médico que está a favor, y me decía la oposición que encuentra con el tema y la cantidad de patologías que se pueden tratar, un antes y un después del aceite de cannabis”.

Pedro: “Lo que pasa es que la salud es un negocio”.

Gustavo: “Si y el médico que medica porque sabe que el laboratorio le paga las vacaciones, los médicos tienen contratos con los visitadores médicos, vos receta tal medicamento y te pagamos tal cosa” (Grupo “adulto”).

Como se observa en las percepciones que tienen los y las participantes en torno a la articulación de la biomedicina y las prácticas no biomédicas, ésta es propulsada por una visión crítica hacia la biomedicina. Si bien, siguen recurriendo al/la especialista alopático/a, las críticas van dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación médico/a-paciente que no sólo negaba la subjetividad del/de la paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, al incremento del costo económico de la atención de la enfermedad. El conjunto de todas las características de Modelo Médico Hegemónico “biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez, 2003, pág. 194) tiende a establecer la relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina con respecto a las otras formas de atención. La discusión del grupo continuó atravesando la cuestión del Estado y la educación.

Célica: “Para mí tendría que estar todo esto en la educación sistemática, en todos los niveles, debería estar este concepto del ser humano integral debería estar en la educación, para que haya un cambio profundo en la calidad de vida”.

Graciela: “En la escuela que estoy yo me hacen tener un cartel de merienda saludable, tengo que tener... es obligatorio tener merienda saludable, pero no tienen para comer en la casa; y los chicos comen pajaritos con guiso, que a esos chicos no les dan comida, o trabaja el padre o trabaja la madre, qué van a querer comida saludable”.

Pedro: “En países desarrollados piensan en esas cosas, acá las obras sociales, en vez de trabajar la prevención, trabajan ya cuando hay síntoma, acá es un negocio el tema de la salud” (Grupo “adulto”).

Por último, indagamos en las recomendaciones sobre el cuidado de la salud, de dónde obtienen la información que tienen, a qué le prestan atención. Los medios de comunicación han mostrado mayor interés en el tema de la salud mediante la creación de

secciones y segmentos en diarios y revistas, a eso se suma la literatura de autoayuda, al mismo tiempo que las plataformas digitales se construyen como espacios para el intercambio de información sobre la salud y el bienestar que pluralizan los saberes públicos (Freidin, 2017). En ambos grupos se manifiesta un descreimiento a los medios de comunicación; sin embargo, las redes sociales (como Facebook) son para algunos/as un elemento clave de dónde obtener información, sobre recetas e ideas de cocina saludable o búsquedas particulares. También en ambos grupos por algunos/as participantes se menciona el “boca en boca” como un recurso para conocer determinada práctica. En el grupo “adulto” aparece la literatura de autoayuda como un medio de información sobre prácticas de cuidado.

Brenda: “Los medios de comunicación fomentan determinado estereotipo. Lo que dicen es un negociado, las grandes empresas manejan eso, o sea, no me parece que por tomar una pastilla tengas mejor rendimiento mental, prefiero hacer un crucigrama”.

Emilia: “Yo tomo los consejos que sé que son buenos para mi salud, pero porque ya tengo información, yo selecciono. En Facebook por ejemplo, tengo un grupo de nutrición consciente, donde nos pasamos recetas, y esa recomendación la tomo, otras no”. (Grupo “joven”).

Mónica: “Yo he leído mucho y creo que hay modas también, me acuerdo del libro “El secreto”, vamos a comprar eso, “Tu puedes sanar tu vida” y vamos a comprar ese...”

Graciela: “En la escuela no tuvimos educación sobre el cuidado, y sacamos todo de los medios, las redes sociales para mí son clave”.

Pedro: “Yo descubrí hace años que estaba mal, leí una revista de autoayuda que estaba tan mal y me agarre de eso y me sirvió” (Grupo “adulto”).

Para finalizar, es importante tener en cuenta que, en términos comparativos, ambos grupos le otorgan una gran importancia al tema de la salud, pero podemos ver que la perciben comparativamente de diferente manera. En efecto, se observa que en el grupo “joven” el emergente principal y el tema que atraviesa toda la discusión está asociado al acceso diferencial a “lo saludable”, lo que podría indicar una percepción del concepto de salud más amplia. En cambio, en el grupo “adulto” el tema que atraviesa la discusión está asociado a priorizar la cuestión emocional, así como a la vinculación del concepto de salud con la vejez. Podríamos argüir que esta diferencia de perspectivas está asociada a la cuestión etaria y al ciclo vital de cada uno. Entendemos que la edad y el género, además

de marcar diferencias biológicas, constituyen mediadores sociales, culturales, históricos, políticos y económicos a la hora de comprender los distintos sentidos e importancia que las prácticas de la salud adquieren en la vida cotidiana de los y las participantes de los grupos.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Algunas de las reflexiones finales a las que he arribado, se relacionan con las percepciones de los/as respondientes sobre la salud, éstas se asocian a la presencia/ausencia de enfermedad, la realización o no de controles médicos, la tenencia o no de hábitos saludables como la buena o mala alimentación, la realización o no de ejercicio físico, el bueno o malo descanso, al rendimiento y movimiento físico, y, por último, a la salud mental. Estas cuestiones aparecen como complementarias, reproduciendo la definición de la OMS de salud “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”; como un recurso para la vida diaria (OMS, 1998). La salud aparece como aquello que “habilita” o “inhabilita”, en el sentido de que te deja seguir con las actividades cotidianas o interrumpe lo cotidiano. Se observó que en los/as respondientes el grado de presencia de las prácticas biomédicas es alto, en tanto siguen las recomendaciones del/de la médico/a y hay una alta presencia de las recomendaciones de la OMS en el marco del modelo de “paciente bien informado” (Menéndez, 2005) que se preocupa por tener hábitos saludables. El discurso de la OMS aparece consolidado y se observó en sus percepciones sobre el concepto de salud y en la importancia que adquieren las prácticas de cuidado en su vida cotidiana. Es la propia biomedicina la que ha conformado usuarios/as del sistema con gran cantidad de información técnica, que no sólo pueden cuestionar la palabra del/la médico/a, los diagnósticos y las prescripciones, sino que muchas veces escuchan y obedecen la experiencia del propio cuerpo, pues lo que les interesa es mejorar y controlar su salud. De acuerdo con los resultados, la población entrevistada y encuestada responde a un modelo que podría denominarse “médico/a dependientes pero informados/as”, en tanto harán lo que crean conveniente pero siempre tomando como referencia lo que dice el/la especialista de la biomedicina, aunque puedan complementar su consulta con medicina no convencional. Por otra parte, en este proceso, las recomendaciones de los/as conocidos/as son claves en el acceso a las prácticas, ya que los/as usuarios/as son parte de un circuito al que acceden vía sugerencias de sus conocidos/as y personas que los rodean o por recomendaciones de otros/as especialistas

de la red (generalmente asociados con las prácticas no-biomédicas). La búsqueda por internet, que aparece tanto en las respuestas de los cuestionarios como en los grupos focalizados y ocupa un lugar importante en el acceso a la información.

Otro punto es que los/as respondientes si bien recurren a la automedicación, parecería ser que el “recorrido” frente a un proceso de enfermedad se efectúa de la siguiente manera: primero se espera a ver cómo evolucionan los síntomas, mientras tanto se recurre a algún medicamento que halla en el hogar, luego si el síntoma persiste, se recurre al/la especialista biomédico/a, generalmente de la obra social y si la respuesta del/la médico/a no fue la esperada o no se evoluciona de la manera esperada se recurre a otro/a especialista biomédico/a o un especialista de la medicina no convencional de manera complementaria.

Nos resulta interesante remarcar que al observar las respuestas encontramos categorías que utilizan los/as respondientes para hacer alusión a la salud como “mejorar”, “adquirir”, “regular”, “disminuir”, “calmar”, “combatir”, “evitar”. Esto hace alusión a la percepción de la salud como una cuestión sobre la que el sujeto ejerce responsabilidad y control individual. En las sociedades occidentales, la salud ya no se concibe como algo que es producto del destino personal, sino es “un logro de los sujetos en un contexto sociocultural que demanda una mayor responsabilidad personal (...) mantener una buena salud a través del esfuerzo personal constituye un prerrequisito para competir en el mercado de trabajo y conformar las expectativas de ser un buen ciudadano” (Beck-Gernsheim, 2007, pag:124). La ejecución de prácticas de la salud por parte de los sujetos da cuenta que asume de un modo activo y responsable la gestión de los posibles padecimientos, al mismo tiempo, que se mantiene “productivo” en una sociedad que le demanda “producción”. En este contexto, las cuestiones de la desigualdad en el acceso a la salud y la mercantilización de los servicios (incluidas las prácticas no biomédicas) son claves; las búsquedas de salud están “atadas” a la cuestión de clase. Si bien en nuestras sociedades predomina el pluralismo médico donde la población utiliza potencialmente varias formas de atención (Menéndez, 2003), las desigualdades de clase limitan las posibilidades para “cumplir” con el mandato de la responsabilidad personal de cuidado de la salud (Freidin, 2017). En este sentido, el mandato social y cultural de mantener una vida saludable es considerado “una retórica de la vida que no sólo colabora a construir delimitaciones y jerarquías simbólicas y sociales entre quienes logran o no alcanzar este ideal, sino que también promueve el desarrollo de una floreciente industria alrededor de dicha preocupación” (Freidin, 2017, pág. 20).

BIBLIOGRAFÍA

Ballesteros, M. S. (2017). Entre la salud, la compensación, el placer, el bienestarpsicofísico y la experiencia del presente: la práctica de actividadfísica entre sectores de clase media.

Beck-Gernsheim, E., (2007) “Health and responsibility: From social change to technological change and vice versa”. En *the risk society and beyond*. Ed. Por Badam, U Beck y J. Van Loon. Londres: Sage.

Bordes, M. (2010) “De la sociedad a la postsociedad. Una aproximación a las transformaciones del campo de la salud desde la teoría sociológica contemporánea”. Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 20 lio. 1.

Freidin, B., (coord.) (2017) “Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires”. Imago Mundi. Buenos Aires. Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013.

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, 37-67.

Menéndez, E., (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.

Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, 14, 33-69.

Organización Mundial de la Salud. (1998). “Promoción de la salud: glosario”. Ginebra.