

Abordajes sociales sobre la salud y la práctica médica: la mirada antropológica, la entrega de resultados VPH+ y reflexiones sobre el sufrimiento en el trabajo

LUCÍA IRUPÉ MÉNDEZ

GIMENA PALERMO

PAULA RUIZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA (UNLP)

CAROLINA SOLER

GEORGINA STRASSER

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES (UNLP)

LUCILA SZWARC

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES (UBA)

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCE SOCIALES (FRANCIA)

Resumen

Para la salud colectiva, la salud es un derecho humano, y como tal, su concreción está supeditada a poder garantizar los demás derechos sociales, económicos y culturales. Se hace visible que para la promoción de la salud y

la prevención de la enfermedad no es suficiente la educación sanitaria pensada como transmisión unilateral de conocimientos, sino la participación de la comunidad en la definición de las políticas de salud, para lo cual es necesaria la organización política y el fortalecimiento de la ciudadanía.

Palabras clave

Salud; educación sanitaria; derechos; conocimientos.

Introducción

Este capítulo se basa en el simposio titulado: «Abordajes sociales sobre la salud y la práctica médica», realizado en el marco del I Congreso Virtual Internacional e Interdisciplinario de la Salud de la Mujer (UNLP, 2021), el cual contó con la Dra. Georgina Strasser, la Dra. Lucila Szwarc y la Lic. Paula Ruiz como disertantes y la Dra. Carolina Soler, la Lic. Lucía Irupé Méndez y la Lic. Gimena Palermo como coordinadoras. En dicho espacio nos propusimos abrir un debate sobre algunos aspectos sociales en torno a la práctica médica, con el objetivo de problematizar aspectos socioculturales, tanto de las ciencias en general como de la medicina en particular, para aportar al ejercicio de una práctica profesional situada, crítica y reflexiva en el campo de la salud.

Desde disciplinas como la sociología, la psicología, la antropología, la filosofía y la historia, diferentes autores y autoras han problematizado la relación entre ciencia y cultura, cuestionando la idea de la ciencia como un conocimiento ajeno a dinámicas sociales (políticas, económicas, culturales, etc.). Algunas, como **DONNA HARAWAY**,^(1, 2) se han dedicado a argumentar que «la ciencia es cultura»; desarmando la concepción de una visión inocente y neutral del conocimiento, para mostrar las implicancias

de los sesgos culturales. Estas perspectivas críticas apuestan a hacernos responsables de nuestros puntos de vista en la producción de conocimientos situados.

En la tarea médica y en su proceder explicativo y terapéutico — fuertemente centrado en la dimensión biológica y orgánica del cuerpo humano— es posible perder de vista los aspectos socioculturales que la atraviesan y que determinan los procesos de enfermedad, salud y muerte. La dimensión social y cultural, donde se constituyen los intereses políticos, económicos y simbólicos, no puede escindirse de la etiología y evolución de las enfermedades ni de la práctica médica y el discurso científico en que se respalda. Por ello nos planteamos interrogantes como:

- ¿Qué rasgos singulares tiene la medicina como práctica social y cultural?
- ¿Qué receptividad tiene el discurso médico en la población?
- ¿Cómo este discurso responde a determinantes históricos y sociales?
- ¿Qué es lo que interpretan los distintos colectivos de pacientes al ser interpelados por estos discursos?
- ¿Cómo se ve implicada la dimensión simbólica en las enfermedades y su correlato orgánico?
- ¿Qué tipos de problemáticas acarrea la forma de organización social del trabajo en salud?
- ¿Qué singularidades presenta la práctica médica en distintos ámbitos institucionales —públicos, privados, sindicalizados, empresariales—?
- ¿Qué riesgos laborales condicionan la tarea de los trabajadores y las trabajadoras de la salud y qué decisiones y conflictos éticos tienen que enfrentar?

Estas son algunas preguntas que surgieron en la organización del simposio y en el intercambio interno en su elaboración. En función de estas problemáticas convocamos a tres profesionales dedicadas al campo de la salud para que presenten sus valiosos aportes en estas temáticas.

GEORGINA STRASSER, licenciada en Antropología por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), doctora en Antropología, especializada en Antropología Médica, presentó una mirada crítica de la subdisciplina que integra el Movimiento de la Salud Colectiva y Comunitaria, heredero de la medicina social latinoamericana de los años 70 del siglo pasado. Strasser, en su presentación, propone analizar los determinantes sociales de la salud desde un punto de vista relacional, para evitar caer en su cosificación como variables aislables y escindidas de los contextos sociales. Entre estos determinantes sociales se propone considerar al sistema de clasificación sexo/género que, en tanto atribución de sentidos, implica una asignación diferencial de expectativas de acción, exigencias y privilegios. Esto conduce a procesos de vulneración y desgaste en sectores de la población y profundiza la desigualdad de acceso a la atención en salud. En su ponencia, desde un abordaje crítico, que desnaturaliza la explicación de los procesos de salud-enfermedad, se habilita el cuestionamiento en términos éticos y la gesta de propuestas para la construcción de sociedades más equitativamente sanas.

LUCILA SZWARC, licenciada en Sociología y doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires), en su trayectoria profesional supo articular la militancia por los derechos de las mujeres con la participación en proyectos sobre salud sexual y reproductiva, aborto, morbi-mortalidad materna y prevención de cáncer cervicouterino. En su presentación expuso su investigación sobre la entrega de resultados a mujeres VPH+, trabajo que fue realizado a partir de metodologías cualitativas de entrevistas y

análisis de la información. Su indagación se ancla en la provincia de Jujuy y aborda a mujeres y al personal de la salud pública en el marco del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. Szwarc realizó la compilación de las percepciones de estas mujeres y mediante la aproximación a la recepción de estos resultados, demuestra cómo se ve afectada por aspectos culturales, institucionales, éticos y políticos.

PAULA RUIZ, licenciada en Psicología (UNLP), desde su trayectoria como investigadora de la intersección salud y trabajo, comparte algunas reflexiones sobre los resultados de una investigación llevada adelante por un equipo de la UNLP, que forma parte del Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social «Los riesgos psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención», dirigido por la Dra. Liliana Ferrari y co-dirigido por el Dr. Julio C. Neffa,¹ conformado por equipos situados en diferentes universidades nacionales a lo largo de todo el país. En la presentación aporta un análisis sobre las exigencias emocionales en el trabajo de cuidado, destacando algunas variables que se ven implicadas en función de la determinación que la organización social del trabajo plantea. También aquí la naturalización de la desigualdad en relación al género se expresa en el sufrimiento asociado a la invisibilización y falta de reconocimiento de las tareas que desarrollan, en su mayoría, las mujeres.

A continuación se presenta una síntesis de las ponencias presentadas por cada autora, que contribuyen a la reflexión sobre las prácticas involucradas en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

¹ Proyecto acreditado y financiado por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

«La mirada antropológica sobre los procesos de salud-enfermedad-atención», por GEORGINA STRASSER

Para entender los aportes de la mirada antropológica al campo de la salud es necesario hacer un breve recorrido del encuentro de esta disciplina con dicho campo. La antropología se fue consolidando desde comienzos de 1900 como la disciplina abocada a responder por la pregunta sobre la otredad, siendo la cultura la dimensión central para explicarla, pero analizada ésta como un conjunto de costumbres, la herencia social que se transmite de generación en generación y que poco tiene que ver con otras dimensiones de la vida social (como la política y la económica). Así, la antropología hasta los años 60 abordó los temas vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención de las comunidades que estudiaba, focalizándose sólo en la dimensión cultural, entendida como el ámbito de las creencias y tradiciones, en el que los y las antropólogas muchas veces ocupaban el rol de traducción entre los modelos médicos nativos y la biomedicina occidental.

Alrededor de los años 60, al volcarse la antropología al estudio de y en las sociedades occidentales u occidentalizadas, la otredad cultural dejó de ser entendida con el rasgo del exotismo que se le atribuía a las sociedades distintas a las de los y las antropólogas, para ser incorporadas como un instrumento de investigación que permite analizar lo que hay de particular —cultural e histórico— en las prácticas y sentidos de grupos sociales más familiares a los y las investigadoras y profesionales de la salud. A partir de un ejercicio de extrañamiento es posible estudiar la propia cultura de quien investiga con la distancia analítica que permite desnaturalizar el propio punto de vista, el propio suelo de sentido práctico adquirido desde temprana edad. Al abordar los fenómenos sociales en estas sociedades, la

ciencia en general y la biomedicina en particular pasaron también a ser objeto de estudio, lo que llevó al desarrollo de conceptos que favorecieron una mirada reflexiva en la propia ciencia, herramientas para una vigilancia epistemológica sobre las prácticas científicas y sus categorías conceptuales.

Al poner a la ciencia en el lugar de objeto de estudio, se pudo visibilizar su dimensión cultural, económica, política, tecnológica, jurídica, etc. Esto permitió el desarrollo en la década del 80 de una Antropología Médica Crítica, que señalando el carácter de constructo de las categorías médicas, cuestionó su reificación, la cosificación sostenida por una epistemología positivista que ve en las categorías del pensamiento un reflejo de la realidad. Por el contrario, una epistemología constructivista conlleva el reconocimiento de la responsabilidad de quien investiga en la elaboración o reproducción de categorías de conocimiento, que vehiculizan prácticas que cristalizan en realidades con consecuencias concretas, diferentes para los grupos sociales y el entorno.

La mirada crítica de la Antropología Médica permitió analizar la crisis de la biomedicina, producto de su miopía biologicista, presa de la monocausalidad o multicausalidad lineal. La Antropología Médica Crítica en Latinoamérica pasó a integrar el movimiento Salud Colectiva, corriente heredera de la medicina social latinoamericana que venía poniendo énfasis en el contexto sociohistórico de las enfermedades, indagando sus causas entre los aspectos económicos, los ajustes y recortes presupuestarios, posición de clase, ambiente de vida y trabajo, que venía cuestionando la salud pública basada en el modelo desarrollista («a mejoras en PBI habría mejoras en los niveles de salud»), y en la educación sanitaria como estrategia individualista de prevención.

Para la Salud Colectiva la salud es un derecho humano, y como tal, su concreción está supeditada a poder garantizar los demás derechos sociales, económicos y culturales (no hay salud sin trabajo, sin vivienda, sin educación, sin recreación, etc.). De ahí que la Salud Colectiva se afirme en la importancia de un abordaje interdisciplinario que permita comprender cómo se producen y distribuyen las enfermedades como resultantes de las desigualdades e inequidades sociales, condicionados por los llamados determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Más aún, varios autores de esta corriente prefieren hablar de «determinación social de la salud-enfermedad» en lugar del término ya globalizado de «determinantes», para remarcar el carácter procesual y relacional de los aspectos involucrados en las etiologías y evitar caer en su cosificación como variables aislables y escindidas de los contextos sociales. De esta manera se hace visible que para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no es suficiente la educación sanitaria pensada como transmisión unilateral de conocimientos, sino la participación de la comunidad en la definición de las políticas de salud, para lo cual es necesaria la organización política y el fortalecimiento de la ciudadanía. En este sentido, el enfoque de los factores de riesgo (entendidos como parte de un estilo de vida, producto de elecciones individuales, libres, racionales, basadas en el conocimiento) es reemplazado por una mirada sobre la vulnerabilidad grupal, dada por la copresencia de distintos factores, cuyo accionar no es una mera sumatoria, sino una sinergia, donde entretejidos en contextos particulares.

El género, la clase social, la pertenencia étnica, el trabajo, son ejes de sistemas desiguales que conforman fuerzas estructurales que definen quien está a salvo y quien no, quien sobrevive y quien no; la violación a los derechos humanos no se distribuye de manera azarosa, accidental, sino

que sino que circula por las vías de vulnerabilidad marcadas por la asignación desigual de recursos de todo tipo. Así, se habla de género y no de mujeres, para destacar que desde la antropología y la salud colectiva se abordan los procesos de salud-enfermedad-atención en su intersección con el sistema de sexo/género en tanto determinante social de patrones diferenciales de vulnerabilidad, desgaste, sufrimiento y enfermedad. La asignación de sentidos y valores diferentes, de roles, privilegios y exclusiones, de derechos y obligaciones, conforma un sistema jerarquizado que genera desigualdad e inequidad en el ámbito de la producción (el trabajo y la distribución de recursos) y de la reproducción (donde las mujeres se encargan de gran parte del trabajo doméstico, de las prácticas de cuidado y de autoatención). Este sistema de representaciones y prácticas en torno al género opera también a través de los y las profesionales de la salud, generando por ejemplo diagnósticos diferenciales, a partir de considerar a los sujetos varones como el referente universal, el patrón oro para criterios de diagnóstico y terapéuticos. Por otra parte, este sistema de sexo/género afecta las dinámicas interpersonales e institucionales de los espacios de formación de profesionales y de atención para la salud.

Finalmente, y retomando lo anteriormente dicho respecto a cómo deben ser analizados los determinantes sociales, se requiere intersectar la perspectiva que visibiliza el sistema sexo/género con otros ejes de desigualdad como la clase social, la adscripción étnico-nacional y la edad; de lo contrario se corre el riesgo de esencializar el género, considerar que las características halladas son atributos fijos, como si fueran expresión de un supuesto sexo biológico, cuando en realidad son expresión de relaciones, siempre históricas, siempre cambiantes y posibles de ser transformadas. Reconocer el carácter social de los procesos de salud-

enfermedad exige su abordaje desde una perspectiva procesual y relacional atenta a no cosificar categorías clasificatorias, a no esencializar rasgos comportamentales, a no reducir etiologías ni sufrimientos a su mero correlato orgánico y sobre todo a no confundir lo social, producto de luchas e imposiciones con una biología que escapa a todo cuestionamiento ético.

«Entrega de resultados de un test de VPH+: perspectivas de mujeres y de profesionales de la salud en la provincia de Jujuy», por LUCILA SZWARC

La Dra. Lucila Szwarc presentó algunos de los resultados de la investigación que llevó a cabo en el marco de su tesis doctoral en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires) titulada: «Entrega de resultados y (no) adherencia en mujeres VPH+: perspectivas de mujeres y de profesionales de la salud en la provincia de Jujuy (2013-2016)». En esta investigación, Szwarc analizó la entrega de resultados a mujeres que tuvieron resultados positivos del test del virus del papiloma humano (VPH). Este test detecta la presencia de trece tipos de VPH de alto riesgo en las células del cuello del útero y ha demostrado su eficacia como tamizaje primario en el marco de programas de prevención llevados adelante como política de salud pública.⁽³⁾ El test de VPH fue implementado de manera prioritaria en la provincia de Jujuy desde 2012, con el objetivo de responder a las altas tasas de mortalidad por cáncer de cuello de útero (CCU).⁽⁴⁾ Esto se hizo en el marco del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino (PPCCU), el cual propone garantizar la adherencia de las mujeres VPH+ al diagnóstico, al tratamiento y al seguimiento, ya que para disminuir la mortalidad no es suficiente con promover el acceso al tamizaje, sino que

se debe garantizar la adherencia al proceso posterior. El abordaje del PPCCU contempla cuatro etapas: 1) tamizaje —prueba de VPH y Pap—; 2) diagnóstico —colposcopia, biopsia—; 3) tratamiento; 4) seguimiento posterior al tratamiento.⁽⁴⁾ Otras investigaciones del proceso de prevención del cáncer cervicouterino, demostraron que la entrega de resultados ha tenido impacto sobre la salud integral de las mujeres.^(5, 6) También se ha demostrado que la modalidad de la entrega tiene un impacto sobre la adherencia^(28, 7, 8) y que, luego de ella, es el momento en el que las mujeres discontinúan el proceso de seguimiento en mayor medida.⁽⁹⁾ Szwarc expone y compara las perspectivas de mujeres y de profesionales de la salud sobre la entrega de resultados de un test de VPH+ y el impacto psicosocial de entrega de resultados.

Metodología y muestra

Para abordar este análisis se siguió un enfoque cualitativo centrado en entrevistas en profundidad realizadas a profesionales del sistema de salud pública y a mujeres usuarias con diagnóstico de VPH+ de la provincia de Jujuy. Este enfoque metodológico cualitativo buscó recuperar los sentidos otorgados por las personas involucradas. Este abordaje es constructivista y considera que las prácticas simbólicas —el hecho de otorgar sentido— son parte de la construcción de la realidad. Para las mujeres diagnosticadas, la percepción e interpretación del resultado recibido es inescindible del diagnóstico biomédico. Las entrevistas en profundidad permitieron recuperar las palabras de las mujeres, a partir de sus propias expresiones (a través de preguntas abiertas y de la grabación y transcripción de las entrevistas).

En cuanto a la muestra, se realizaron entrevistas a 27 profesionales del sistema público de salud de Jujuy y a 38 mujeres VPH+, que habían sido testeadas y recibieron un resultado positivo en 2013. Entre los y las

profesionales de la salud, encontramos las siguientes especialidades: tocoginecología (13), medicina general o clínica (7), educación para la salud (1), licenciatura en obstetricia (2) y enfermería (3). Estas personas tenían un promedio de 48 años (entre 30 y 64) y eran 19 mujeres y 7 varones. Las 38 mujeres entrevistadas no poseían cobertura de salud y tenían niveles educativos bajos, en general ejercían tareas de cuidado y tenían, en promedio, 49 años (entre 33 y 68). 26 de ellas residían en zonas urbanas y 12 en zonas rurales; 22 eran adherentes y 26 no adherentes al seguimiento y tratamiento posterior. En esta muestra, 18 mujeres tenían un resultado normal de pap (no habría presencia de lesión en el cuello del útero) y 20 habían recibido un resultado anormal de pap (presencia de lesión). Entre las mujeres VPH+/pap anormal, 8 mujeres tenían diagnóstico de lesiones de bajo grado y 12 de alto grado.

Las entrevistas fueron realizadas en 2016, por lo que había transcurrido un tiempo suficiente para evaluar la adherencia al proceso de atención posterior. A partir de la recepción de los diagnósticos se pudieron encontrar diferencias en las entregas de resultados y en las experiencias de seguimiento, dado que las pautas de seguimiento variaron. A su vez, al momento de la realización de las entrevistas, el sistema de búsqueda activa del PPCCU de Jujuy se enfoca en las mujeres con lesiones de alto grado y esto también puede haber modificado sus experiencias y percepciones (el hecho de ser contactadas en reiteradas oportunidades por el sistema de salud). Finalmente, recibir un diagnóstico de VPH+ con un pap normal o anormal puede implicar interpretaciones disímiles por parte de las mujeres, en términos de significados y sentimientos asignados al resultado. Por estas características, y para evaluar posibles diferencias entre ellas, se realizó una categorización de las mujeres según su diagnóstico en: 1) mujeres VPH+/pap normal (VPH), 2) mujeres con

diagnóstico de lesiones de bajo grado (BG), 3) mujeres con diagnóstico de lesiones de alto grado (AG).

Respecto al análisis de la entrega de resultados, se analizó, en primer lugar, cómo mujeres y profesionales de la salud describen esas entregas, centrándose en el contenido de la entrega y en la modalidad; y, en segundo lugar, la evaluación en términos cualitativos de los procesos de entregas de resultados.

Entrega de resultados

Con respecto al contenido de la entrega de resultados, se identifican algunos patrones en las indicaciones de seguimiento:

En ocasiones, se brinda la indicación de seguimiento sin mencionar el resultado positivo, expresando solamente a la mujer que tiene que regresar «para estar seguros» o «para quedarnos tranquilos».

También se dan indicaciones sobre cuándo regresar, como «me dijo que tenía que volver dentro de seis meses». Aquí, las mujeres no distinguen entre una biopsia o un posible tratamiento («operación»). En general, no remiten los nombres técnicos de las intervenciones, sino que refieren a una «operación» o hablan de «sacar una partecita», lo cual puede remitir tanto a una biopsia como a un tratamiento de LEEP o conización con bisturí (las dos intervenciones que se realizan en Jujuy).

Algunas mujeres manejan expresiones confusas, como «cortar» o «sacar», «un pedazo de carne/un papel/una partecita», «ir sacando», «es como una escalinata».

En referencia a la biopsia o tratamiento entre los y las profesionales el vocabulario refiere a «la observación del cuellito» o «hacer un conito en la lesión».

Szwarc plantea que este vocabulario puede ser muy técnico o redundante: no hay una explicación sobre en qué consiste el procedimiento ni cuáles son sus efectos (tiempo, anestesia, duración, efectos en el cuerpo).

Significado del virus

En general, las mujeres refieren que los y las profesionales les dijeron que les había dado mal: «me dijo que me había dado mal», «uno me dio mal, el otro bien». También es recurrente que las mujeres expresen que los y las profesionales las tranquilizaron («me tranquilizó»).

Respecto a qué tienen específicamente, o qué significa un VPH positivo, las mujeres utilizan una serie de expresiones muy diversas como: «manchitas», «virus», «infección», «bichitos», «bacterias», «hongos» o «verruguitas». También mencionan que les explican que está «limpio por fuera» pero que se ve algo «adentro del cuello de la matriz» (en referencia al útero).

En el caso de los y las profesionales, se pone el foco en una entrega de resultados que busca tranquilizar a las mujeres. Sin embargo, estos mensajes pueden ser contradictorios y no siempre logran tranquilizar. Esto se vincula con el uso de lenguaje técnico y con las dificultades encontradas por los y las profesionales para abordar la ambigüedad del resultados: se oscila entre un vocabulario de prevención y progresión, se habla de «evitar/tratar» («es habitual», «puede desaparecer» o «negativizarse», diferencia entre VPH y cáncer), y un foco puesto en posibles desenlaces de enfermedad y gravedad si ellas no vuelven («cáncer sin curación», «sacar el útero», «cuidados paliativos»). Se puede observar en estos mensajes una responsabilización e infantilización de las mujeres con mensajes como: «Vos te vas a curar si venís y le hacés caso al

médico», o expresiones habituales como «mamita, esto sólo depende de vos».

Finalmente, respecto a la transmisión sexual del virus, las mujeres expresan que no se menciona o que se hace de manera superficial. En menor medida, algunos/as profesionales ponen el énfasis en hablar de este tema procurando utilizar un lenguaje coloquial y buscando despegar la transmisión sexual de la idea de infidelidad. En este sentido, plantean la posibilidad de que la transmisión se haya dado tiempo atrás y utilizan un vocabulario familiar: «los jugadores tienen que entrar con camiseta» (en relación al uso del preservativo). Según los y las profesionales, este contenido se aborda de manera recurrente cuando las mujeres preguntan; en esos casos se explica que «no se trata sí o sí de una infidelidad».

Modalidad de entrega de resultados

En cuanto a la modalidad de la entrega de resultados, según los y las profesionales, estos diálogos están centrados en explicar de manera reiterada y en usar las palabras adecuadas «hasta que no queden dudas».

En cuanto a las mujeres, estas expresan que hay dificultades para preguntar o plantear sus dudas, en primer lugar, porque sienten vergüenza al dirigirse a médicos varones y, en segundo lugar, porque reciben mucha información de golpe y esto les genera lo que la autora denomina un shock, una sorpresa ante el resultado. Finalmente, muchas mujeres expresan que los y las profesionales utilizan un vocabulario técnico, una de ellas dijo: «Ustedes hablan así, poco alcanzo a entender». También hay algunas informaciones que no reciben durante la entrega (por ejemplo, transmisión sexual).

Evaluación de la entrega de resultados

Con respecto a la evaluación de la entrega de resultados, los y las profesionales realizan una muy buena evaluación sobre su propio rol en el encuentro. Evalúan que las mujeres llegan con temor a la consulta debido a mitos, desinformación y a la «idiosincrasia de la paciente en general», pero mediante la explicación reiterada y las «palabras adecuadas» comprenden y «se van más tranquilas».

En cuanto a las mujeres se detectaron tres grupos de evaluación:

- Buena evaluación, debido al buen trato, a la explicación recibida y a la mayor tranquilidad luego de la consulta («el doctor me tranquilizó»).
- Buena evaluación, pero expresan dudas. Consideran que les podrían haber explicado mejor y, a la vez, expresan sus propias dificultades para hacer preguntas. Describen falta de información sobre biopsias y tratamientos y sus efectos.
- Mala evaluación, no por la consulta específicamente, sino por su percepción negativa sobre el sistema de salud: aspectos institucionales (turnos, tiempos de espera y modalidad de la atención), malas experiencias previas.

A pesar de las limitaciones descritas, prevalece una evaluación positiva, tanto de mujeres como de profesionales. En líneas generales, de manera más recurrente los y las profesionales consideran que las mujeres se van más tranquilas y las mujeres realizan una muy buena evaluación, a pesar de tener dudas sobre el resultado recibido.

En línea con otras investigaciones que encuentran una falta de perspectiva de derechos en mujeres usuarias de los sistemas de salud pública en América Latina, ^(10, 11, 12) en el caso analizado, tanto mujeres como

profesionales sobrevaloran aspectos que adjudican a la «vocación médica» y a la «caridad», como el buen trato, y no perciben a la salud como un derecho. Particularmente, no se percibe el derecho a la información en salud.

Efectos sobre la salud integral

La entrega de resultados tiene efectos sobre la salud integral de las mujeres, como se vislumbra en el análisis de las entrevistas. Por un lado, por la ambigüedad del resultado, en general las mujeres perciben una gravedad que va a ser mayor o menor a la que efectivamente tiene un test de VPH+. Las mujeres expresan dudas sobre aspectos centrados en el significado del resultado positivo, cuál es su gravedad, cuál puede llegar a ser su progresión en el cuerpo y cuál es la continuidad o seguimiento de la atención. Por otro lado, en cuanto a cuándo regresar, expresan importantes dudas sobre biopsia y tratamiento, así como sobre la transmisión del virus, sobre la posibilidad de infidelidad y sobre cuáles son sus efectos en los varones.

A partir de la entrega de resultados con las características descritas, se va a modificar la salud psicosocial de las mujeres. Según el análisis de las entrevistas, se pueden modificar las relaciones de pareja y la sexualidad, es decir, las mujeres, a partir de conocer el carácter de la transmisión del virus por fuera de la consulta médica —al no ser este tema abordado en la consulta médica—, van a tener discusiones y separaciones con sus parejas, pueden llegar a tomar la decisión de no volver a tener relaciones sexuales y van a tener una percepción de estigma a partir de este diagnóstico. También puede ocurrir que ellas empiecen a interpretar ciertos síntomas de su cuerpo, de su ciclo menstrual y ciertos síntomas ginecológicos como si estuvieran relacionados al resultado. Esto se puede vincular a síntomas relacionados con la biopsia y el tratamiento o síntomas que no tengan que

ver con estas causas, desde una explicación biomédica. Y también pueden llegar a expresar miedo, preocupación, insomnio, estrés, incluso una percepción de ruptura biográfica, es decir, un antes y un después en sus vidas a partir de haber recibido el resultado de VPH+. También se encontró la percepción de un trauma a partir de la biopsia y los tratamientos, porque las mujeres no recibieron información suficiente sobre en qué consistía el diagnóstico y la intervención. Todo esto puede llegar a tener consecuencias sobre su salud y biografía, como embarazos no intencionales, por interpretar que no pueden volver a quedar embarazadas y no utilizan métodos anticonceptivos. También esto tiene un impacto sobre la adherencia, porque las mujeres pueden llegar a no adherir a dar continuidad al proceso de diagnóstico y tratamiento por no haber entendido las indicaciones o por haber tenido una percepción traumática de una intervención en un tratamiento y no querer regresar.

Conclusiones y recomendaciones

Se puede afirmar que la entrega de resultados de un VPH+ impacta sobre la salud de las mujeres de manera integral por afectar a la adherencia al tratamiento y a la evaluación y diagnóstico, esto coincide con diversas investigaciones realizadas en otros contextos que llegan a las mismas conclusiones.^(8, 5, 6) Se considera que se deben sostener y profundizar las políticas públicas implementadas en Jujuy, y en otros contextos, de sistemas de búsqueda activa, y de materiales visuales de apoyo para la entrega de resultados; que se debe continuar con las políticas de capacitación a profesionales en una comunicación centrada en la paciente y en el modelo de consejerías en salud, no realizar entregas de resultados simplemente centradas en las preguntas y las dudas de las mujeres sino procurar realizar preguntas y trabajar con las pacientes en cuestiones que tengan que ver con su vida, más allá de su historia clínica

médica y con el impacto que esto pueda tener en su cotidiano. También es importante responder a las necesidades de información sistematizadas por esta investigación, es decir, trabajar aspectos como qué significa la ambigüedad del resultado y abordarla, y aspectos centrados en la transmisión sexual del virus, aunque no surja de una pregunta directa de las mujeres.

«Reflexiones sobre el sufrimiento en el trabajo», por PAULA RUIZ

Siguiendo con los aportes de disciplinas en el eje socio-cultural, desde la psicología, en la ponencia «Reflexiones sobre el sufrimiento en el trabajo» se proponen una serie de consideraciones que se relacionan con el trabajo de las mujeres en el sector salud. Estas reflexiones surgen de los resultados de una investigación sobre los Factores de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST)² realizada en una clínica privada de salud mental de la provincia de Buenos Aires y que es una profundización de estudios anteriores. El estudio fue llevado a cabo en diferentes centros de salud de la ciudad de La Plata y en vínculo con el sindicato de la sanidad (ATSA). Permitió el acercamiento a las trabajadoras, conocer con mayor profundidad las vivencias y malestares en el trabajo, establecer problemáticas específicas del sector salud en el marco del trabajo de cuidado, y reconocer que algunas características inherentes a este trabajo pueden constituirse en un riesgo y provocar sufrimiento.

Esta investigación utilizó un enfoque metodológico adaptado al tema, tomando como base el marco teórico sobre los RPST. Se definió un diseño

² Para conocer la totalidad de los resultados del estudio realizado en la Clínica de Medicina Privada y la incidencia de los otros RPST detectados, se sugiere ver [NEFFA](#) y [HENRY](#) (2018).

de investigación de tipo observacional descriptivo e implicó la aplicación de una encuesta sobre RPST para la recolección de datos con observaciones participantes. Se trata de un instrumento adaptado del medio francés al contexto local para la detección de RPST, aplicada y mejorada desde el año 2013 por equipos de investigación nacionales a cargo del Dr. Julio César Neffa. La muestra quedó conformada por 63 casos de un total de 80. Las personas encuestadas pertenecen en su mayoría al sector de enfermería, limpieza y administración, si bien se convocó a médicos/as a participar de la investigación, rechazaron la propuesta.

El trabajo es una actividad que se despliega bajo ciertas condiciones como los sistemas de remuneración, la estabilidad en el empleo, la duración del trabajo, el ritmo y sus pausas, la ergonomía y la organización y el contenido del trabajo. Estos factores son determinantes estructurales de los RPST y de ellos se trata esta investigación. Sintéticamente el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)⁽¹³⁾ los define como los factores de riesgos para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y conductual, pudiendo ser precursoras de enfermedades graves. Los RPST se vinculan con aspectos del diseño, organización y dirección del trabajo y de su entorno social que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de las y los trabajadoras. No se trata sólo de los elementos de trabajo, no son las condiciones individuales de cada trabajadora: es cómo se organiza el trabajo. El acento estuvo puesto en las percepciones y vivencias que transmitieron quienes realizan el trabajo, lo que permitió un acercamiento al trabajo vivo, al trabajo real; esto es todo aquello que las trabajadoras deben añadir y movilizar psíquica y subjetivamente para poder hacer un trabajo de calidad. A partir de las entrevistas y del contacto con las trabajadoras, resultó fundamental poner el foco en las exigencias

emocionales y el trabajo de cuidado, porque condensa y explica el sufrimiento en el trabajo en articulación con el género de manera particular.

El trabajo emocional hace referencia a la movilización afectiva que la trabajadora debe realizar para controlar, dominar y/o esconder emociones, con el objetivo de dominar y moldear las emociones de las personas con las que interactúa mientras trabaja.⁽¹⁴⁾ En ese sentido, las emociones juegan un papel fundamental en la construcción de la identidad del colectivo de trabajadoras, y en el establecimiento de la relación con otras personas.⁽¹⁵⁾ Por su parte, el cuidado forma parte de nuestra existencia como seres humanos, en tanto somos vulnerables y dependemos de otro para sobrevivir. En la construcción socio-histórica del cuidado en nuestra cultura, arribamos a la forma actual de gestionar la salud y el cuidado en nuestra comunidad que, en general, supone la mercantilización de la salud y la medicalización de la vida cotidiana. Asimismo, los trabajos de cuidado están altamente feminizados, en el caso bajo estudio el 84 % de las personas entrevistadas fueron mujeres, proporción similar al total del sistema de salud donde el 70 % son mujeres. La caracterización del trabajo de cuidado como «trabajo femenino» ha hecho que se transfieran supuestas características de las mujeres al colectivo de trabajo; haciendo del trabajo de cuidado una forma más de sujeción, naturalizándolo como femenino y negando su condición de trabajo. Esto trae como consecuencia: no reconocerlo, no pagarlo o desvalorizarlo.

Frecuentemente los factores de riesgo psicosocial en el trabajo actúan durante largos periodos de tiempo, de forma continua o intermitente y se interrelacionan potenciándose o minimizando sus efectos sobre la salud. No es lo mismo trabajar largas jornadas, con gran intensidad y carga de

trabajo, sin autonomía y con vínculos deteriorados entre compañeras, que en una organización donde se modula la intensidad y la carga, se fomentan lazos de solidaridad y se generan estrategias colectivas frente a las exigencias y el sufrimiento en el trabajo. Los modelos actuales de gestión de la salud y la mercantilización integral de la vida, van en contra de minimizar estos riesgos al punto que una de las mujeres entrevistadas señaló: «He visto mujeres hechas pelota por el esfuerzo». Según lo relevado el 87,3 % tiene hijos y el 44,4 % manifiesta tener una responsabilidad total por el sustento de su familia. Además el 15,9 % realiza tareas de cuidado de personas mayores o enfermas sin remuneración. Las trabajadoras están expuestas también a demandas familiares, absorbiendo sobre sí las responsabilidades de sostén y cuidado, incrementando las demandas emocionales por los roles asumidos, lo que puede representar una carga psíquica y doble presencia.

Considerando el eje de las exigencias emocionales,³ los trabajos de cuidado, por sus características, demandan un fuerte control de las emociones propias, en función de pacientes y/o familiares a quienes se atiende. Las trabajadoras se encuentran comprometidas en situaciones de alto impacto afectivo y para hacer su trabajo muchas veces establecen un vínculo, más aún en el área de salud mental donde las internaciones pueden durar largos períodos y la dependencia es alta. Este tipo de tareas constituyen un tipo de trabajo inmaterial e invisible. Es decir, no se ve la ejecución en sí misma, sino su resultado y «necesariamente deben ser invisibles o discretos para que sean bien hechos».⁽¹⁶⁾ La invisibilidad es inherente a la tarea y por esta razón es un riesgo. En este punto podemos

³ Para el análisis de los datos se agruparon los factores en seis grandes ejes: 1. Duración, intensidad y carga de trabajo, condiciones de trabajo. 2. Exigencias emocionales y trabajo de cuidado. 3. La autonomía y los márgenes de maniobra. 4. La calidad de los vínculos sociales en los trabajadores y las trabajadoras. 5. Conflictos éticos y de valores. 6. Inseguridad en el empleo y en la situación de trabajo.

situar algunas consecuencias de la invisibilidad: el no reconocimiento social del valor que poseen las tareas de cuidado, la falta de paga y, especialmente, la invisibilización que tiene para las propias trabajadoras, que sufren las consecuencias sin conocer con precisión de dónde vienen esos padecimientos. En general, estos riesgos han sido naturalizados, invisibilizados, reducidos a la esfera individual, y se ha justificado su explicación en la fragilidad de quienes padecen y reciben los cuidados. De allí la importancia de estudiar cada vez con mayor profundidad lo que sucede en la experiencia subjetiva del trabajo, para identificar qué elementos de la organización pueden representar riesgo en el trabajo.

Las características de las tareas a realizar exigen trabajar con el propio cuerpo y sobre el cuerpo del otro, operando con conocimientos, habilidades específicas y emociones. La psicodinámica del trabajo reconoce que lo esencial del trabajo atañe a la subjetividad en el plano de los afectos (deseo, miedo, dolor, etc.) y los mismos no necesariamente se manifiestan en el mundo visible. Por eso, lo que se evalúa del trabajo corresponde solo a la parte materializada de lo producido que no es proporcional al trabajo afectivo realizado. En este sentido, el trabajo emocional se manifiesta en la vivencia de tensión y el riesgo para las trabajadoras de la salud, es quedar prisioneras de una forma de producción del cuidado que no les posibilite cuidar de sí mismas.⁽¹⁷⁾ En los últimos tiempos aparecieron distintas patologías en el trabajo (síndrome de fatiga crónica, síndrome del quemado o *burnout*, fatiga emocional) que, en lugar de vincularse al plano de la organización y el contenido del trabajo, se explican por causas individuales. Se vuelven así tratables mediante la medicina o la psicología, problemas que, a la base, no son médicos, sino que corresponden estrictamente al modo en que se presenta ese trabajo.

Para estudiar el trabajo emocional, se tomaron en consideración cuatro dimensiones que permiten evaluar las exigencias emocionales en un puesto: 1) Estar en relación con el público. 2) Estar en contacto con el sufrimiento. 3) Tener que esconder las emociones. 4) Tener miedo y la necesidad de esconderlo o controlarlo.

Respecto de la primera dimensión se pudo situar que el 93,5 % de las trabajadoras está en contacto directo con pacientes o sus familiares. Es decir, que el conjunto de la organización funciona de cara a los usuarios y no pueden eludir estas dinámicas del trabajo. Las trabajadoras están expuestas a altas exigencias emocionales, en tanto deben, por la esencia misma de la tarea del cuidado, moldear, dominar o esconder emociones, para producir los efectos esperados. Una trabajadora expresa que «se siente tironeada» por las demandas de los familiares y pacientes, las exigencias del propietario de la clínica y lo que efectivamente debe hacer. También la intensidad del trabajo nos permite tener una idea de cómo son esos contactos. Las enfermeras expresan que el trabajo es muy duro, que se distribuyen 28 camas por enfermera y que por la sobrecarga no pueden realizar el trabajo como quisieran, aun cuando la reglamentación para establecimientos de salud mental admite solo 12 camas por enfermera, como en una terapia intensiva. Este marco no puede menos que restar energía psíquica para la elaboración de las emociones, para hacer un trabajo de calidad y acorde con los valores de las trabajadoras o del colectivo.

La segunda dimensión refiere a estar en contacto con el sufrimiento, y la tensión es una de las manifestaciones del trabajo emocional. El 51,7 % expresa sentir situaciones de tensión en sus relaciones con pacientes y familiares. La tensión tiene su correlato a nivel físico y si bien la expresión de ésta es singular, la exposición constante puede producir diferentes

malestares. En este sentido, son alarmantes los resultados cuando se indaga sobre enfermedades o molestias relacionadas con el trabajo. El 39,7 % expresa que ha sufrido enfermedades o molestias debido al trabajo, muchas de las personas entrevistadas manifiestan sentir gran cansancio, fatiga, agotamiento mental. Una de las entrevistadas manifiesta sentir dolor de cabeza y agrega: «Te duele la cabeza cuando estás explotada». En otra entrevista se pone de manifiesto algo similar y expresa sentir dolor de columna, cansancio mental, cambio de humor, muchas de ellas manifestaciones de un esfuerzo que no es solo físico, sino emocional. En esta dimensión también se considera estar en contacto con personas en situación de angustia y el 84,1 % afirma estar expuesta a la angustia. La angustia es un afecto muy penoso para quien lo padece, que le exige cierta elaboración inmediata y compromete de manera global a quien trabaja con la angustia del otro. Algunas trabajadoras relatan sentir que no es lo mismo un paciente con padecimiento mental que los que tienen otras dolencias. Relatan situaciones de miedo, estrés y altas exigencias frente a los «pacientes psiquiátricos». Cuando indagamos si las trabajadoras tienen que calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas o coléricas, el 87,3 % responde afirmativamente. Esta pregunta grafica bien la definición de exigencias emocionales, en tanto se verifican las maniobras de las trabajadoras para controlar las emociones de las personas asistidas. Para calmar, contener, y esto es cuidar a otro, hay que movilizar múltiples recursos, las trabajadoras operan en la escena, intervienen activamente y deben usar estrategias para producir cambios. Las trabajadoras relatan escenas donde contienen situaciones de gran desborde o crisis y en ocasiones mediante el uso de la fuerza. La contención en crisis aguda de salud mental exige protocolos estrictos de sujeción y contención mecánica. Es fundamental que las trabajadoras lo sepan, lo manejen y puedan ponerlo en práctica. No poder hacerlo no solo genera gran frustración, sino

que no contribuye al bienestar del paciente. Esto último favorece la aparición de conflictos éticos y de valor en el trabajo, siendo otro factor que empuja al sufrimiento. También hay que decir que pone en una situación legal riesgosa a las trabajadoras, como dijo una de ellas: terminan «entre la espada y la pared».

En el tercer eje se analiza la necesidad de esconder las emociones o evitar dar su opinión. El 73 % de las entrevistadas manifestó que debe esconder emociones o fingir estar de buen humor. Se trata de un alto porcentaje de trabajadoras que manipula sus estados de ánimo, censura y produce emociones correctas para interactuar con los usuarios o sus familiares y otros colectivos de trabajadoras. Por su parte el 60,4 % indicó que siempre o casi siempre evita dar su opinión dentro del trabajo. Retorna en estas respuestas que el trabajo de cuidado exige el uso y desempeño de «habilidades discretas», que encuentran visibilidad cuando fallan. Guardar sus opiniones es parte de sus tareas para no causar más sufrimiento o entorpecer la relación de confianza con el usuario, como también preservar la intimidad y dignidad del mismo, lo cual aumenta la invisibilidad del trabajo realizado. Los trabajos de cuidado confrontan a la trabajadora con la vida, la muerte, la sexualidad y vulnerabilidad del otro y si bien pueden tener opiniones formadas, evitan darlas. Por otra parte, el «silenciamiento» de las opiniones puede estar referido también a la relación con compañeras de trabajo, en un afán de sostener la convivencia laboral y la cooperación necesaria para la realización del trabajo. De las entrevistas surgen relatos que dan cuenta de esta realidad: «evito opinar con los pacientes hombres»; «evito opinar para que no te hagan a un lado, no te hagan mala fama»; «mandan los pacientes y te llaman la atención», en clara alusión al peso que tiene para la organización la demanda o queja del usuario.

La última dimensión analiza la experiencia de sentir miedo en la situación de trabajo. El 25,4 % expresa que siempre, casi siempre o a veces experimenta miedo en su trabajo y el 75 % restante expresa no sentir miedo. En el transcurso de las investigaciones, en otras áreas de salud y en otras ramas o actividades, suelen ser bajas las proporciones que afirman tener miedo. El miedo puede llegar a ser paralizante y desestabilizante, incluso cuando se siente en el cuerpo como nerviosismo, dolor de cabeza o de estómago. Para llevar adelante el trabajo, es necesario generar defensas que permitan hacerlo correctamente. Es decir, se generan mecanismos psíquicos para mantener la estabilidad emocional y poder estar al servicio del otro, para trabajar, sin sufrir tanto. Superar los obstáculos que las tareas imponen supone una movilización subjetiva total que compromete todas las esferas del sujeto y puede llevar al placer y la superación personal. Esa búsqueda entraña una cuota de malestar en tanto ciertas tareas ofrecen resistencia a lograrse con facilidad. La psicodinámica del trabajo entiende que el sufrimiento en el trabajo aparece cuando el sujeto se encuentra con obstáculos insuperables y constantes.

Las personas que se enfrentan a tareas que implican riesgos para su salud, o que están expuestas al sufrimiento, desarrollan diferentes estrategias (individuales o colectivas) para poder arreglárselas con lo que la realidad les impone. El trabajo dentro de una organización y en colectivos de trabajo, posibilita elaborar estrategias para sostener una «normalidad» compartida.⁽¹⁸⁾ Si la trabajadora permanece consciente todo el tiempo del miedo que le provoca estar frente a determinadas situaciones, por los riesgos que implica (contener personas en estado de crisis violenta o excitación psicomotriz) o por las características de las tareas a realizar (tareas consideradas «sucias o despreciadas») no podría

realizar su trabajo con éxito. Para hacer frente al impacto emocional del trabajo y a las exigencias de control, quienes trabajan desarrollan estrategias de defensa como el uso del humor, desvío de la atención y la percepción, banalización, negación, etc. Pero estos mecanismos de defensa actúan sobre la realidad psíquica y no sobre los riesgos o causas de sufrimiento en sí, con lo cual la exposición sigue vigente, y se pueden generar circuitos de trabajo profundamente dañinos para la salud.⁽¹⁹⁾

Para finalizar y a modo de conclusión, se puede decir que los trabajos de cuidado exigen una gran movilización afectiva de parte de quien los realiza. En el caso de las trabajadoras, estas tareas se naturalizan, como parte de una condición de género dada o asumida, y socialmente se espera y exige su realización sin reconocerlas como trabajo. A la condición anterior se le asocia la característica de invisibilidad del trabajo de cuidado, que constituye un riesgo psicosocial para las trabajadoras. Esto dificulta el reconocimiento por parte de los otros (superiores, trabajadores/as de otros agrupamientos laborales, pacientes, familiares) y resulta un obstáculo para que las mismas trabajadoras reconozcan el trabajo emocional en el que están comprometidas, sin poner en riesgo su equilibrio psicosomático. Además, el carácter invisible de ciertos aspectos del trabajo de cuidado, obstaculiza el aporte de medidas preventivas y soluciones cuando se expresa malestar y padecimiento. Situar, objetivar, compartir colectivamente enriquece los saberes sobre el trabajo de cuidado, a la vez que genera herramientas para disminuir posibles impactos. El trabajo emocional en el cuidado es un trabajo artesanal y vincular que opera junto a la vulnerabilidad del otro y eso pone en primer plano la vulnerabilidad propia. El contenido y la organización del proceso de trabajo son variables determinantes del sufrimiento en el trabajo y ello impacta de manera contundente sobre las trabajadoras. Se toma distancia

de las explicaciones individualizadas sobre los padecimientos en el trabajo y se sitúa en el centro de la escena las formas de gestionar, dirigir y organizar el trabajo y su contenido. Esto implica, por parte de quienes gestionan establecimientos de salud, redoblar los esfuerzos organizacionales para evitar el sufrimiento que produce la movilización afectiva continua con personas en situaciones de fragilidad psíquica. Y si bien hay particularidad y especificidades en el campo de la salud mental, en el campo de la salud esta movilización afectiva es inherente al trabajo.

Tendiendo puentes, algunas reflexiones finales

Esperamos que los temas abordados en este capítulo abonen a la reflexión sobre los procesos de salud-enfermedad-atención con los que trabaja la práctica médica y profesiones implicadas en el campo de la salud. En este sentido cobra especial importancia una mirada trans e interdisciplinaria que recupere la complejidad de los factores y dimensiones intervinientes. Así, cada una de las presentaciones constituye una invitación a revisar estos aspectos, que muchas veces se encuentran invisibilizados y naturalizados, operando desde allí sus efectos.

Ubicar la generación de conocimientos científicos y las prácticas profesionales en contextos de producción y actuación particulares, en marcos históricos concretos y con condicionamientos socioculturales y político-económicos específicos, no solo permite reconocer los paradigmas teóricos que orientan a dichas prácticas, sino también hacer una revisión crítica de sus contenidos y valores subyacentes.

En la formalización de conocimientos, la organización de los sistemas de trabajo, y la gestión en diferentes niveles, se puede afirmar que las representaciones sociales implicadas tienen impacto en las políticas de

salud, en su calidad y en la posibilidad de sostenimiento en el tiempo. En este sentido, **PAULA RUIZ** focalizó en los atravesamientos de género en el trabajo de cuidado del sector salud y la posibilidad de prevención de padecimientos desde la organización del trabajo al considerar los riesgos psicosociales que se ven implicados.

Otro aspecto relegado y subestimado, central en el proceso de salud-enfermedad-atención, es el que se refiere a la comunicación en la entrega de los resultados a pacientes. Como expuso **LUCILA SZWARC**, resulta fundamental sostener y profundizar las políticas públicas implementadas —como consejerías interdisciplinarias y acompañamiento—, continuar con las políticas de capacitación a profesionales y superar la idea de que el abordaje integral de la salud depende de la «vocación médica» y la «caridad». Además, tomar en cuenta las cuestiones que tengan que ver con las trayectorias de vida, más allá de la historia clínica médica para aportar a los procesos de salud individuales y colectivos.

Podemos decir que los trabajos reunidos en este capítulo demuestran lo inescindible de la dimensión simbólica y la biológica en la constitución del fenómeno humano. Esto implica atribuirle un lugar central a las significaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados. Las categorías que estructuran y ordenan lo social conforman la interpretación y formas de existencia y acción en el mundo.

La salud como un derecho impone una proclama que nos orienta en el deseo compartido de construir una sociedad más justa y equitativa; una búsqueda que requiere, desde diferentes lugares, apostar a desarrollar estrategias que concreten acciones para un presente y un futuro más promisorio. Hay un orden de determinación en las variables mencionadas en las investigaciones, condicionamientos que impactan en los procesos sociales y políticos en el abordaje de la salud. Como expuso **GEORGINA**

STRASSER, vivimos en una sociedad estructurada por ejes de sistemas desiguales como el género, la clase social, la pertenencia étnica, el trabajo; quien sobrevive y quien no va a estar determinado por estas variables. Pero también hay en las escenas sociales para los sujetos, un carácter de contingencia que permite la apertura a otras respuestas para los problemas planteados e invitan a reflexionar sobre el lugar que tomarán los diferentes actores y sus perspectivas.

Bibliografía

- (1) HARAWAY D. The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate/d Others. En: *Cultural Studies*. L. Grossberg, C. Nelson, y P. Treichler (Eds.). New York: Routledge, 1992.
- (2) HARAWAY D. *Seguir con el problema*. Bilbao: Cosonni, 2019.
- (3) MURILLO R, ALMONTE M, PEREIRA A, FERRER E, GAMBOA OA, JERÓNIMO J, LAZCANO-PONCE E. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26:L37-L48. <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2008.06.013>>
- (4) ARROSSI S, THOUYARET L, PAUL L. *Prevención del cáncer cervicouterino: recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH: actualización 2015*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional del Cáncer, 2015.
- (5) ARROSSI S, WIESNER C. The psychological and social cost of HPV testing in screening activities. *HPV Today*. 2012;27(4):3. <<http://www.hpvtoday.com/viewdoc.php?f=n27-HPV-en.pdf>>
- (6) ARELLANO GÁLVEZ MC, CASTRO VÁSQUEZ MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino. Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*. 2013;21(42):259-278.
- (7) SHARPE P, BRANDT H, MCCREE D. Knowledge and beliefs about abnormal Pap test results and HPV among women with high-risk HPV: Results from in-depth interviews. *Women Health*. 2005;42(2):107-133.

- (8) SCHOENBERG N, BALTISBERGER J, BARDACH S, DIGNAN M. Perspectives on Pap Test Follow-Up Care Among Rural Appalachian Women. *Women & Health*. 2010;50(6), 580-597. <<https://doi.org/10.1080/03630242.2010.516702>>
- (9) PAOLINO M. Accesibilidad a la atención de la salud de las mujeres: los abandonos en el proceso de atención de las mujeres con diagnóstico de Papanicolaou anormal en Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, en el periodo 2009-2011. (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 2015.
- (10) SOLITARIO R, GARBUS P, STOLKINER A. Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*. 2008;15:263-269.
- (11) STRAW C, MATTIOLI M. Entre el discurso legal y las opiniones de las mujeres: reflexiones sobre la apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos. *Revista Pilquen*. 2013;16(2):1-9.
- (12) STOLKINER A. Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. 2005:137-143.
- (13) ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud). <https://istas.net/>
- (14) GOLLAC M. (coord.) *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. París: Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
- (15) MARTÍNEZ ÍÑIGO D. Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2001;17(2):131-153.
- (16) MOLINIER P. El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos. En: Borgeud-Garciandía N. (comp.). *El trabajo de cuidado*. (pp. 187-210) 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2018.
- (17) MERHY E. El cuidado es un acontecimiento y no un acto. En: Franco TB; Merhy E E. *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. CABA: Lugar Editorial, 2016.
- (18) BORGEAUD-GARCIANDÍA N. *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fundación Medifé Edita, 2018. <<http://www.fundacionmedife.com.ar/edita/horizontes-del-cuidado/coleccion-1.asp>>

- (19) NEFFA JC. *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. CABA: Ceil-Conicet, 2015.
- (20) CASTRO R. Los determinantes sociales de la salud-enfermedad. Cuando el concepto de enfermedad es problemático y Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En: *Teoría social en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011. pp. 41-58, pp. 149-172.
- (21) CASTRO R, BRONFMAN M. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993;9(3):375-394.
- (22) GALEANO P, RUIZ P. Exigencias emocionales y trabajo de cuidado. En Neffa JC, Henry ML (Coord.). *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud*. La Plata: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata. <<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/72269>>
- (23) MARTÍNEZ HERNÁEZ A. Medicina, Ciencia y Creencia. Una historia de la Antropología Médica. En: *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Ed. Antropos, 2008. pp. 11-44.
- (24) MENÉNDEZ E. Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*. 2017;13(3):353-357.
- (25) MENÉNDEZ E. Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*. 2012;28(3).
- (26) Politics for Inappropriate/d Others. En: Grossberg L, Nelson C, Treichler P (Eds.), *Cultural Studies*. New York: Routledge, 1992.
- (27) RUBIN G. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*. 1986;VIII(30).
- (28) FLYAN F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *The British Journal of General Practice*. 1998;48(433):1509-1514.

