

# ANTROPOLOGÍAS HECHAS EN LA ARGENTINA

ROSANA GUBER Y LÍA FERRERO

(EDITORAS)

VOLUMEN III



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA

---

Rosana Guber y Lía Ferrero

*Antropologías bechas en la Argentina*. Volumen III / Rosana Guber y Lía Ferrero (Editoras);  
1ra. Edición en español. Asociación Latinoamericana de Antropología, 2021

645p.; tablas.; gráficos; mapas.

ISBN:

978-9915-9333-0-6 OBRA COMPLETA

978-9915-9333-6-8 Volumen III

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Catalogación en la fuente – Asociación Latinoamericana de Antropología

---

© Asociación Latinoamericana de Antropología, 2021

© Rosana Guber y Lía Ferrero (Editoras), 2021

1era Edición, 2021

Asociación Latinoamericana de Antropología

Diseño de la Serie: Editorial Universidad del Cauca

Fotografía de portada: Archivo Guillermo Madrazo, Proyecto Alfarcito

Diagramación: José Gregorio Vásquez C.

Diseño de carátula: José Gregorio Vásquez C.

Editor general de la Colección: Eduardo Restrepo

Copy Left: los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines académicos y no comerciales.

Edición 2021

## Contenido

### **10. Tiempos de paz: inseguridades, ilegalismos y violencias**

Presentación, palabras clave y lecturas recomendadas	15
Sobre la banalidad del mal, la violencia vernácula y las reconstrucciones de la historia SOFÍA TISCORNIA Y MARÍA JOSÉ SARRABAYROUSE OLIVEIRA	17
La sagrada familia y el oficio policial: sentidos del parentesco en trayectorias y prácticas profesionales cotidianas SABRINA CALANDRÓN	29
Reciprocidad y poder en el sistema penal argentino: del “pitufeo” al motín de Sierra Chica DANIEL MÍGUEZ	53
Estados posibles: travesías, ilegalismos y controles en la Triple Frontera BRÍGIDA RENOLDI	71
Las lógicas de las violencias: más allá de la noción de recurso y más acá de “la parte maldita” JOSÉ GARRIGA ZUCAL	95
Etnografías de una muerte no denunciada: justicias y valores locales en una villa de la ciudad de Córdoba NATALIA BERMÚDEZ	113

### **11. Enseñar, curar y habitar: las políticas públicas desde sus actores**

Presentación, palabras clave y lecturas recomendadas	131
Estrategias familiares y escuela MARÍA ROSA NEUFELD	133

La práctica docente: una interpretación desde los saberes de los maestros ELENA ACHILLI	147
La política también es un juego de chicxs DIANA J. MILSTEIN	169
Efectos sociales de los procesos jurídico-penales: algunas consideraciones antropológicas BEATRIZ KALINSKY	191
Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina MABEL GRIMBERG	209
Tuberculosis, sufrimiento y vida cotidiana en barrios marginales y vulnerables del Área Metropolitana de Buenos Aires MARÍA VICTORIA CASTILLA	225
En torno a la hidatidosis: las condiciones de vida, la indiferencia y la violencia en la estepa sur patagónica argentina MARÍA PAULA CARUSO	245
Los <i>atrases</i> y <i>delantes</i> de las ciudades: muestra del trabajo con los imaginarios urbanos ARIEL GRAVANO	265
<b>12. Produciendo saberes</b>	
Presentación, palabras clave y lecturas recomendadas	279
Entre el amor y el compromiso: Augusto Raúl Cortazar y la profesionalización del folklore argentino M. BELÉN HIROSE	281
Producción teórica y circulación de ideas en las ciencias sociales en la Argentina GASTÓN JULIÁN GIL	307
Etnología, espiritualidad y ética: hacia una construcción de sentidos en diálogo con el nativo ALEJANDRA SIFFREDI	335

La religión como categoría social: encrucijadas semánticas y pragmáticas CÉSAR CERIANI CERNADAS	355
Alimentando cerdos y buscando güembé: producción local de conocimiento sobre el mundo natural de niños campesinos e indígenas en San Ignacio ANA PADAWER	379
Crianzas mutuas: el trato a los animales desde las concepciones de los pastores puneños (Jujuy, Argentina) LUCILA BUGALLO Y JORGE TOMASI	405
Lo narrativo antropológico: apuntes sobre el rol de lo empírico en la construcción textual MARIANA SIRIMARCO	429
Verdades y consecuencias: las interpelaciones éticas en las lecturas nativas de nuestras etnografías GABRIEL NOEL	449

### **13. Glorias argentinas**

Presentación, palabras clave y lecturas recomendadas	471
Dos aspectos de la tradición en San Antonio de Areco MARTHA BLACHE	473
Vuelve el tango: “Tango argentino” y las narrativas sobre el resurgimiento del baile en Buenos Aires HERNÁN MOREL	507
<i>Negros de alma</i> : raza y proceso de subjetivación juveniles en torno a los Bailes de Cuarteto (Córdoba, Argentina) GUSTAVO BLÁZQUEZ	529

### **14. Postdata**

Presentación, palabras clave y sitios recomendados	559
Cuerpos y espacios plurales: sobre la razón espacial de la práctica etnográfica PABLO WRIGHT	561

Historia como reedición. La antropología argentina  
en su exposición americana 579  
GUSTAVO SORÁ

## **Anexos**

1. “Argentinos afuera”: contribuciones de argentinos radicados  
en el exterior 593

2. La Argentina como objeto antropológico: colegas extranjeros  
que nos han estudiado 599

3. Antropologías hechas en la Argentina: tres volúmenes  
en “datos cuanti” 603

**Editoras** 613

# En torno a la hidatidosis: las condiciones de vida, la indiferencia y la violencia en la estepa sur patagónica argentina<sup>1</sup>

MARÍA PAULA CARUSO<sup>2</sup>

## Introducción

**E**ste trabajo aborda las prácticas sociales en torno a la percepción de una enfermedad específica, la hidatidosis. Prácticas sociales que, mediadas y representadas en el vínculo con los animales, adquirirían una serie de

---

1 Publicación original: María Paula Caruso. 2012. "En torno a la hidatidosis: las condiciones de vida, la indiferencia y la violencia en la estepa sur patagónica argentina". En: Ana Domínguez Mon, Serena Perner y Soledad Pérez (comps.) *De la agencia social a la salud colectiva*. pp. 195-212. S.C. Bariloche: Universidad Nacional de Río Negro.

Agradecemos a las editoras Ana Domínguez Mon, Serena Perner y Soledad Pérez su autorización a republicar este artículo.

Este trabajo constituye una de las presentaciones realizadas en el simposio "*Del padecimiento a la agencia social en la salud colectiva Personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana*", que se desarrolló en el Hospital Zonal de San Carlos de Bariloche en 2012. Allí confluyeron distintos profesionales de la salud, las ciencias sociales y personas de la comunidad de San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro, a fin de generar espacios de discusión transdisciplinaria en torno al cuidado de personas que viven con enfermedades crónicas. Puntualmente, esta presentación releva los aspectos centrales de una investigación acerca de la construcción cultural de la hidatidosis a través de las prácticas sociales en la estepa sur-patagónica. Desde un enfoque etnográfico, indaga sobre los sentidos que tanto pobladores como equipos sanitarios construyen en torno a la enfermedad, especialmente la percepción como evento culturalmente mediado. La trayectoria del estudio de los aspectos socioculturales de la hidatidosis continuó y continúa en la periferia de San Carlos de Bariloche y la IV Zona Sanitaria de la provincia de Río Negro. En este trabajo se relevan, además de los aspectos socio-antropológicos, la construcción del espacio habitado y la dimensión territorial de la hidatidosis desde la perspectiva de la geografía cultural. Complementar con secciones 4 (S. Golluscio y A. Ramos, H. Andreani), 5 (C. Briones, A. Lazzari y D. Lenton, J.C. Radovich y A. Balazote, Hirsch), 7 (L. Bergesio, P. Chamber) y 12 (L. Bugallo y J. Tomasi).

2 Licenciatura en Enfermería-DCSyD-Universidad Nacional de José C. Paz. Maestría en Políticas Ambientales y Territoriales FFyL -UBA.

significados para los efectores de salud y la población afectada en los tres lugares de la estepa sur patagónica donde realicé mi trabajo de campo.

El trabajo de campo se desarrolló en una localidad al oeste de Chubut, Calihue<sup>3</sup>, colindante con la provincia de Río Negro, y en dos parajes, Alunco<sup>4</sup> y Aillipeñ<sup>5</sup> que dependen de otro hospital rural cercano vinculado a la misma área programática. A nivel organizativo en salud, también trabajé en el área programática Futaleufú, cuyo centro está ubicado en la ciudad que lleva el mismo nombre. Fueron dos estadías en el campo durante febrero de 2009 la primera y enero de 2010 la segunda, en las que trabajé en hospitales rurales, puestos sanitarios, visité familias, las acompañé en parte de su vida cotidiana, acompañé rondas sanitarias y realicé entrevistas en profundidad a personas afectadas directa e indirectamente por la enfermedad.

Mis interlocutores en los que se apoya este estudio, pueden ser reunidos en dos grupos: el equipo sanitario por un lado y la población afectada por las políticas sanitarias por el otro. En un lugar intersticial, los agentes sanitarios que a primera vista parecían no estar ni en un lugar ni en otro. Sin embargo, estaban en ambas partes. Ellos no se definían como parte del equipo de salud sino como pobladores primero, y como agentes sanitarios después. Estaban entre los dos mundos, constantemente negociando significados.

Respecto al equipo sanitario, trabajé con médicos generalistas, enfermeros, agentes sanitarios y personal del área programática de quienes el equipo médico depende en términos laborales. Trabajé también con pobladores de la zona y con muchos de ellos tuve conversaciones informales que, junto con la observación del contexto, fueron la fuente más interesante de datos.

Esta ponencia, en su conjunto, indaga acerca de otros aspectos de la vida social que en principio aparecerían desvinculados de la enfermedad. En la exploración de prácticas y significados en torno a la hidatidosis encontré que pobladores y equipo médico construían sentidos en relación a las condiciones de vida y a una “producción social de la indiferencia” en el sentido que Nancy Shepper Hughes (1993) lo define, como el reflejo de la indiferencia de las burocracias estatales. Indiferencia que constituía una interpelación por parte de la población al estado provincial, al hecho de vivir en condiciones que percibían como de desprotección

---

3 Calihue es el primer poblado donde trabajé. *Calihue* significa en lengua mapuche “lugar solitario”

4 Alunco es el segundo paraje en el que trabajé. *Alunco* significa en lengua mapuche, “reflejo en el agua”.

5 Aillipeñ, el tercer paraje en el que trabajé. *Aillipeñ* es en la cosmovisión mapuche una especie de criatura fantástica del estilo fantasma “con los pies torcidos”.



social. Así sucedía también, con la reproducción de algunas otras dimensiones de la vida social como la violencia.

## La hidatidosis

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria transmitida por el *Echinococcus granulosus*, una tenia perteneciente a la familia de los Cestodos. Tiene distribución mundial y es una enfermedad endémica,<sup>6</sup> propia de las poblaciones rurales dedicadas a la cría de ovinos y bovinos. Las provincias argentinas más afectadas por hidatidosis son Buenos Aires, Río Negro, Neuquén y Chubut, zonas donde el clima y la humedad favorecen la supervivencia de los huevos de la tenia.

La prevalencia de esta enfermedad endémica de tan larga data en Patagonia, de alta morbilidad pero fácilmente erradicable y que los sistemas sanitarios no alcanzan a cubrir, la epidemiología la explica en la situación de hecho, la exposición de los seres humanos al parásito en un ambiente “dado”. Esto es, un ambiente donde se encuentren presentes los tres eslabones de la cadena que permiten completar su ciclo de vida: bovinos, cerdos u ovejas (huésped accidental),<sup>7</sup> perros (huésped definitivo)<sup>8</sup> y seres humanos (huésped accidental). A esto se le suma, un ambiente que favorece la dispersión de los huevos de la larva porque el agua y la tierra están contaminadas; junto con ciertas prácticas de los seres humanos en torno al manejo de los animales.

La transmisión se realiza en forma directa por las manos contaminadas con huevos, invisibles, que se llevan a la boca luego del contacto con perros; y en forma indirecta, por los alimentos y el agua contaminados. En los huéspedes accidentales, humanos y ovino/bovino, la tenia aloja en algunos órganos provocando uno o varios quistes cuyas localizaciones más comunes son pulmón e hígado. La mayoría de los quistes hidatídicos son asintomáticos por mucho tiempo, a veces siempre. Cuando hay manifestación sintomática, los quistes pulmonares y hepáticos provocan una variada gama de síntomas derivados de la compresión mecánica que provoca el quiste o la filtración de su contenido dentro del organismo: dolor, obstrucción de la circulación, rotura en bronquios, pleura o peritoneo. La rotura o filtración del contenido del quiste provoca dolor torácico, tos, disnea y

---

6 Enfermedad que se sostiene en el tiempo en un lugar determinado.

7 El huésped accidental es aquel en el que se desarrolla una fase del desarrollo del parásito sin alcanzar madurez sexual.

8 EL huésped definitivo es aquel individuo en el que el parásito encuentra las mejores condiciones para desarrollarse. Es el animal en el que se desarrolla la fase reproductora del parásito.

eventualmente, shock anafiláctico<sup>9</sup> seguido de muerte. La hidatidosis es invasiva y mutilante de órganos y tejidos, generando alta morbilidad<sup>10</sup>, discapacidad y mortalidad. La suma de estos daños, resulta de alteraciones funcionales definitivas por las secuelas que producen las larvas, por las complicaciones propias del quiste y por las intervenciones médicas para removerlos. Tradicionalmente, la solución a la hidatidosis es quirúrgica, la extirpación del quiste. Para quistes menores a 5 cm. de diámetro, medida en la que el quiste empieza a generar síntomas, se trata con Albendazol<sup>11</sup> durante 90 días.

Es una enfermedad de notificación obligatoria pero los niveles reales de prevalencia<sup>12</sup> de esta parasitosis no son bien conocidos porque la enfermedad transcurre muchas veces asintomática, por lo que, no ingresan al sistema de salud. A esto se le suman algunos problemas de subregistro. La hidatidosis es una enfermedad que tiene baja mortalidad, pero origina grandes pérdidas bajo la forma de años de vida perdidos por discapacidad. Es por ello que el sistema sanitario pone énfasis en las actividades del área de lo que la medicina llama “prevención”. Las medidas de Atención Primaria de la Salud (APS), el protocolo indica medidas de control de la población canina y una serie de programas de “Educación Sanitaria” (Guarnera 2009: 22). EL control canino consiste en la desparasitación periódica de los perros para cortar el ciclo en el huésped definitivo interrumpiendo su ciclo biológico. Las medidas de educación sanitaria se presentan con el objetivo de lograr “un cambio de hábitos y conductas sanitarias en las personas, orientadas al control y erradicación de la enfermedad” (2009: 22). Las medidas de prevención para población en zonas endémicas son:

- Desarrollo de educación para la salud en las comunidades expuestas
- Evitar la exposición ambiental a heces de perros
- Evitar el consumo de vísceras crudas de ganado por parte de los perros o hervirlas durante media hora antes de suministrárselas;
- Reducir el número de perros por persona o grupo familiar y desparasitarlos periódicamente
- Lavar cuidadosamente las manos.

---

9 Es una reacción alérgica grave que se manifiesta en todo el cuerpo y puede ser mortal si no es tratado en un corto lapso de tiempo. Se desencadena minutos siguientes al contacto con un alérgeno: en este caso el contenido del quiste. Y de no mediar atención hospitalaria inmediata, el paciente corre riesgo de muerte.

10 Proporción de personas que se enferman en un sitio y un tiempo determinado.

11 El Albendazol es un antiparasitario que bloquea la captación de glucosa de los parásitos susceptibles, abatiendo sus reservas de glucógeno. Como resultado, el parásito se inmoviliza y muere.

12 Número de individuos que presenta una determinada característica o enfermedad en una población (o en muestra representativa) y en un período de tiempo determinado. Se expresa en forma de porcentaje.

## Quando el problema de la hidatidosis es un problema “cultural”

En este apartado vinculo las condiciones de vida concretas de estos tres lugares de la estepa chubutense con la construcción social de la estepa como un desierto. Mostraré el modo en que la prevalencia de hidatidosis estaba estrechamente vinculada a las condiciones de vida y cómo el problema era presentado por mis interlocutores como producto de lo “cultural”, resultado de prácticas de las personas en torno al manejo de la enfermedad y que para ellos eran opuestas a otros fenómenos considerados del orden de lo natural. Específicamente, la endemia en la estepa patagónica se construía en torno a ciertas prácticas que ellos asociaban a lo cultural y que iban en la dirección contraria de las normas de prevención de hidatidosis

En la estepa el clima es semiárido y frío, y el viento del oeste es casi permanente. Cuenta con veranos templados e inviernos muy fríos con temperaturas que llegan a los -20°C con el metro de nieve en la calle, los caminos cortados, la leña mojada y las cañerías congeladas. Los pueblos de la estepa patagónica como Calihue y sobretodo los otros dos parajes que visité, Alunco y Aillipeñ, se encuentran localizados a menos de 100 kms. de alguna ciudad turística y comercial, sin embargo las comunicaciones son deficientes por alguna o varias de estas razones: el acceso es dificultoso por el caminos en mal estado, la frecuencia del transporte público es escasa, y/o no hay señal de celular. Aproximadamente la mitad de la población está desocupada o subocupada. En Alunco este problema se acentúa porque hay menos acceso al empleo público.

La situación ocupacional, de la población se da en torno a estas posibilidades a veces combinadas: o son empleados del estado, o son comerciantes menores, o trabajan en el ámbito rural como peones o pequeños productores. Ambos, ocupados y desocupados, participan de trabajos temporarios como esquiladores o alambradores para completar o procurar su subsistencia. La lana ovina la comercializan en centros urbanos cercanos. Tienen energía eléctrica por alumbrado público, no tienen red de cloacas y no hay gas natural. Calefaccionan a garrafa o a leña, lo que eleva considerablemente el costo de vida. El poblado tiene red de agua corriente, los parajes no y el agua que se extrae de las vertientes no es potable. En las escuelas, los alumnos reciben ayuda alimentaria. La mayoría está bajo planes de asistencia del estado en casi todos los ámbitos: desde viviendas hasta ayuda alimentaria pasando por los planes de salud como el REMEDIAR.

En materia de salud, Calihue cuenta con un hospital rural de complejidad III en una escala de VII, que atiende problemáticas de su localidad y de la población dispersa en las zonas rurales aledañas. Las interconsultas, estudios complementarios y urgencias que superan la complejidad hospitalaria son derivados al hospital zonal Futaleufú. Los agentes sanitarios realizan salidas a terreno mensualmente y

relevan datos de la población constantemente: patologías, embarazos, carencias, entrega de leche, medicaciones y antiparasitarios caninos. Los puestos sanitarios de Alunco y Aillipeñ, son atendidos por una enfermera y un agente sanitario, la estructura más básica del sistema sanitario de Chubut.

La hidatidosis, no era ajena a las condiciones de vida de la población de la estepa. El hecho de que la enfermedad fuera invalidante y con baja tasa de letalidad no era sólo un problema de salud, afectaba también en las personas las posibilidades de procurarse medios de vida. En la estepa, la procuración de medios para la subsistencia venía de dos fuentes. Una era el empleo público y los planes derivados de la política asistencial del estado provincial. Otra era el acceso a empleo informal centrado en la producción ovina propia de este medio rural, que a veces completaba pero muchas veces era el único medio de subsistencia para los pobladores. Mis interlocutores de la población afectada realizaban tareas cuando podían como alambradores, esquiladores o cuidadores de ganado. En este contexto, padecer o haber padecido hidatidosis, hacía una diferencia.

Si bien los parajes están enmarcados jurisdiccionalmente en la zona cordillerana, están geográficamente ubicados en la estepa, que mis interlocutores llamaban el “desierto”. La poca frecuencia en el transporte o los caminos en mal estado demandaba más tiempo para llegar a los lugares aunque no hubiera en términos geográficos, grandes distancias. Esta distancia, que no se medía en kilómetros sino en posibilidades de acceso, era la que enmarcaba esa percepción de lejanía y abandono presente en todos mis interlocutores, tanto del equipo sanitario como de la población afectada.

Mis interlocutores la definían la estepa como un desierto. La idea de lejanía venía asociada a su percepción acerca del espacio que habitaban, aquí entendida como elaboración simbólica de la experiencia sensible (Vargas Melgarejo 1996) y donde aquello que consideramos “evidente”, lo es en un contexto. Así, la dimensión del espacio por parte de los habitantes de la estepa, constituía una reminiscencia de la operación ideológica de la generación del 80 que a fines del siglo XIX propulsó la conquista del desierto. Como hace más de un siglo, tanto pobladores como equipo sanitario presentaban a este desierto como un espacio vacío. Y esto no era casual, los dos parajes tenían historias de desalojos recientes y reubicaciones forzadas. Lo que tenía de particular este desierto, era que ya no era un espacio a conquistar como en el siglo XIX, sino un espacio al que, por diferentes circunstancias, se había ido a parar. Así me lo manifestaba una pobladora:

La historia de cómo nos tiraron acá la contaron en muchos lados, de la universidad, la municipalidad, de mil partes, hasta una muestra de pintura han hecho con los dibujos de los niñitos. Eso sí, tengo 8 hijos

y ninguno tiene trabajo. Y buscan eh, pero es todo tan lejos que no aguantan mucho... y acá, acá no hay nada. (Lucía, pobladora de Alunco).

Mis interlocutores construían la percepción de desierto desde el abandono, el aislamiento y la invisibilidad. Pero lo hacían desde la idea de acceso, reflejada en el mismo acceso concreto a los parajes y el poblado que era dificultoso por los caminos en mal estado y la escasez de recursos que los pobladores tenían para movilizarse. Así, un lugar que estaba geográficamente cerca acababa siendo un lugar lejano. A través de la percepción de la lejanía, ellos hablaban de su concepción del desierto expresado en la fórmula repetida “Acá no hay nada”. Y hablaban también, de las condiciones en las que vivían. El desierto de la estepa en el siglo XXI era, como sostienen Susana López y Mónica Gatica ya no el “del siglo XIX, ni el de los nacionalistas ni el desarrollista de los años sesenta, sino el de la articulación neoliberal” (2006: 1). Desierto entonces, que había colocado a mis interlocutores en las condiciones de acceso a seguridad social, y entre ellas de acceso al sistema de salud, en las que estaban. El desierto del que ellos hablaban, era un desierto por la imposibilidad de acceso a los recursos. Los modos de percibir la hidatidosis de mis interlocutores, encontraban consonancia con la forma en que percibían las condiciones de vida en las que estaban inmersos.

La hidatidosis fue detectada hace dos siglos en muchos países del mundo como un problema de gran repercusión en la salud humana y en la economía agropecuaria. En Argentina, desde el primer gobierno de Perón y con “repercusión en todo el cono sur” (Valobra 2007: 1359) la enfermedad fue colocada en la agenda pública generando ciertas lógicas de racionalidad que legitimaron su importancia. Le siguieron muchas campañas de “concientización”, con una propaganda con las dimensiones de una campaña política y centrada en la prevención como abordaje de la enfermedad más eficaz, esto incluía el manejo diferencial del vector por el cual hay hidatidosis: los perros. En el periodo 1975-1982 aparecieron los primeros programas más estructurados, enfocados en la desparasitación junto con los primeros diagnósticos por imágenes. Cuando comenzaba a indagar acerca de los resultados de estas campañas me encontraba con la afirmación de que estos eran “casi nulos”, seguido de la valoración que escucharía durante todo el trabajo de campo por parte de mis interlocutores del equipo de salud y población afectada con la que trabajé: “El problema de la hidatidosis es que es cultural”.

Para el equipo de salud ese ser cultural era, tener cierto vínculo con los animales, que se saltaba la normativa de la prevención como el arrojarle las vísceras crudas a los animales o tener más de un perro por unidad doméstica y “no entender” que eso reproducía la enfermedad. A eso agregaban una caracterización estereotipada del poblador que respecto de cuidados de sí mismos, se resumían en la frase: “son así, se dejan estar”.

Didier Fassin señala que más que un saber sobre ciertas enfermedades o sobre las poblaciones, la salud pública se manifiesta como un poder que se ejerce sobre los sujetos “por su bienestar”. Para Fassin la construcción de la salud pública pasa por una doble operación: de medicalización y de politización de los hechos sociales en la que se construye un aparato de vigilancia epidemiológica en el que la responsabilidad última de la enfermedad, recae sobre los sujetos. Y produce lo que él llama una “sanitarización de lo social” (Fassin 2008:14), que define como una operación de traducción de un problema social en un problema sanitario. Cuando los planes de APS chocaban con el no acatamiento de las normas de prevención por parte de las poblaciones, la responsabilidad última del padecimiento recaía, sobre la población afectada: eran “ellos” los que no “dejaban ser educados”, y eso era presentado como una característica cultural. La mirada sobre la cultura para este grupo de personas era del orden del hábito y la costumbre, pero fundamentalmente era del orden de lo inmodificable.

La percepción de la hidatidosis se construía socialmente en ese espacio donde los discursos en torno al manejo de la hidatidosis del equipo médico y de los pobladores convergían. La percepción del lugar que habitaban como un desierto encontraba consonancia con el espacio en el que el parásito se difundía. Un espacio percibido como inabordable, inmodificable e incommensurable tanto para habitar como en capacidad de contagio: “En cualquier lado puede estar el huevo maldito” manifestaba resignada Glía, la enfermera de Aillipeñ.

Por su parte los pobladores me indicaban que estar expuesto a un ambiente con presencia de huevos de la tenia era del orden de lo inevitable. Ellos solían afirmar respecto de que “si estas ahí te la agarras” que, junto con la creencia arraigada en la población de que vivir en la Patagonia implicaba “ser así”, cerraba un círculo. Los mismos pobladores parecían no percibir la hidatidosis como un problema y naturalizaban la pérdida de su salud escudándola en un modo de ser local. Llamaba la atención que los pobladores se definieran del mismo modo en que lo hacía el equipo sanitario. Para el equipo sanitario el “ser cultural” englobaba una serie de prácticas que definían su ser cultural “Nosotros arrojamamos las vísceras a nuestros perros crudas, es parte de nuestra cultura” o “Nosotros somos así, tenemos muchos perros”. Este “ser así” de mis interlocutores, era similar al modo de interpretar sus condiciones de vida. Quien más gráficamente lo expresó fue una pobladora de Alunco:

“Entrevistadora: - Linda la vista del lago...

Rosa: -Si, pero acá dicen que la tierra es mala, que vivimos mal, pero la tierra no es mala, hay que trabajarla (me muestra una bolsa de habas que pone en venta en la casa de artesanas)

-Ahh... es muy pobre la gente acá?

- Acá el que es pobre es porque quiere. Mira hay por todos lados agua, leña, ovejas, hay que ir a buscarlos.
- ¿Se puede tomar el agua?
- Nooo!!! No tome de ahí el agua está contaminada, en el puesto dicen que hay que ponerle lavandina, porque trae quiste.
- ¿Y le ponen?
- No, no nos gusta con lavandina (se ríe)
- ¿Eso les trae problemas?
- El problema no es el agua, la tierra mala ni el quiste, nada de eso, el problema es que hay médico pocas veces al año” (Rosa, en la orilla del lago).

Pero este “ser así”, asociado al no-cuidado, chocaba con una situación de hecho. En el área en la que trabajé, las secuelas de los quistes hidatídicos agravaban las condiciones de vida ya que dificultaban, la realización de actividades propias de la vida en un medio rural o el acceso a empleos temporarios que requerían un cierto esfuerzo físico como la esquila en Alunco, las tareas de mantenimiento de la Hidroeléctrica Fuñapu en Aillepeñ, muchas veces, para muchos pobladores, la única fuente de ingreso. Sin embargo, como puede verse en el final del discurso de Rosa ellos entendían perfectamente que acciones los exponían al contagio de hidatidosis, en este caso ingerir agua contaminada. Todos, absolutamente todos los pobladores con los que interactué, sabían perfectamente qué medidas tomar para evitar contagiarse de hidatidosis. Y aunque en sus dichos repetían los conceptos transmitidos por las instituciones de salud sobre su estilo de vida y su relación con la enfermedad, a través de sus prácticas cotidianas transmitían otro mensaje.

### **Acerca de la desobediencia y la producción social de la indiferencia**

–“Hay que bancarse vivir acá”, repetían una y otra vez, tanto pobladores como el equipo médico.

–“Mirá, acá no hay nada”, me decían mientras miraban por la ventana de sus casas que daban a una ruta desolada o a una fracción de este desierto habitado que es la estepa patagónica.

–“No hay nada”, me repetían médicos, agentes sanitarios y enfermeros de los puestos u hospitales rurales cuando hablaban del abandono institucional que sentían, cuando eran designados en un lugar, que percibían como alejado y donde afirmaban tener poco contacto con el área programática de la que dependían. Y la lejanía no venía, de nuevo, por la distancia geográfica en si misma, se trataba de

una cierta configuración del espacio social (Bourdieu 1995) signado por la distancia que separa a un poblador de otro. Esta distancia social era expresada por los pobladores en relaciones donde dominaba una aparente indiferencia. Indiferencia que ellos expresaban en principio, en el desinterés frente a los padecimientos o posibles consecuencias de contraer hidatidosis. Para mis interlocutores del equipo sanitario, vivir en la estepa patagónica era más que vivir en un espacio desolado, significaba ante todo una dificultad grande para comunicarse, tanto con sus pacientes como con sus interlocutores del área programática de la que dependían. Así, la percepción del aislamiento y la rotación o permanencia en el hospital rural, era vivida como una experiencia enriquecedora pero que, en algún punto podía ser arrasadora porque el desierto “carcomía” y vivir en los parajes, que no estaban lejos pero si aislados, era “triste, muy triste”. Peter Burke, sostiene que una manera de construir a los “otros” consiste en la invención consciente o inconsciente de una cultura opuesta a la propia, cosa que se hace a través de la construcción de estereotipos, a los que entiende como a una imagen mental que se tiene de algo. Y escribe al respecto:

El estereotipo puede no ser completamente falso pero a menudo exagera determinados elementos de la realidad y omite otros. El estereotipo puede ser más o menos cruel, más o menos violento pero en cualquier caso, carece necesariamente de matices, ya que se aplica a situaciones culturales que difieren. (Burke 2001:158).

Los estereotipos que mis interlocutores constituían en voces y prácticas cotidianas, se anclaban en dos elementos de su entorno. Uno eran las características geográficas del espacio que ellos habitaban, apoyados en la construcción ideológica de la estepa patagónica dimensionada como un desierto. Otro, era el vínculo con los animales, que funcionaba como espejo a la vez que mediatizaba algunas relaciones sociales y se apoyaba en la misma valoración que le hacían a las condiciones de vida: el vínculo con los animales también correspondía al orden de “lo cultural”.

Había algunos aspectos de la vida social que se reproducían en el vínculo con los animales, específicamente con los perros. Además de las creencias, este vínculo hablaba de formas de tratarse, de relacionarse y vivir entre seres humanos. Las respuestas acerca de los sentidos que le adjudicaban a la tenencia de los perros fueron variadas: como compañía, como instrumento de trabajo o “por tenerlos”.

Sin embargo este vínculo que era generador de una serie de prácticas en torno a aquello en lo que se anclaba la percepción de la hidatidosis. Porque los perros, estaban tan abandonados en el desierto, como afirmaban sentirse sus pobladores. No se los desparasitaba y se le daba como alimento achuras crudas que le transmitían hidatidosis. Pero, a través de los perros, en el hecho de tener más que lo que la normativa de APS exigía y no permitir bajo ningún concepto que fueran



“tocados por otros”, los pobladores delimitaban un territorio. Y ese territorio estaba marcado por una frontera que instauraba a la vez, una relación de alteridad entre dos grupos sociales en la estepa: los pobladores y el equipo médico.

Para Edmund Leach (1972) la lengua es uno de los medios de comunicación que existe en el ser humano, pero “los conjuntos de conducta acostumbrada” (1972:2) también lo son. El vínculo con los animales, entendido aquí como práctica social de la población en estos tres lugares de la estepa patagónica, era un medio de comunicación más eficaz incluso que las propias palabras. Porque lo que la tenencia de perros sí hacía y en más de un sentido, era aquello a lo que se refería Víctor, el Agente sanitario de Calihue:

—¿Muerden los perros?

—Y varios son bravísimos... lo que pasa es marcan terreno... para los dueños...

La principal norma de prevención de la enfermedad consiste en tener una cierta cantidad de perros por unidad doméstica y tenerlos bien cuidados, fundamentalmente, desparasitados. Pero en la estepa una familia tipo, tenía perros en cantidad. En los parajes en los que trabajé, la gente no tenía los perros que debía o podía, tenía los que quería. En este sentido, había para el equipo médico llamada “desobediencia epidemiológica”. El equipo de salud sostenía que los pobladores no los entendían alegando falta de educación el “no-impacto en la gente” de las campañas de Atención Primaria de la Salud (APS). Sin embargo, todos mis interlocutores de la población afectada, sabían perfectamente qué hacer para evitar contagiarse, lo que no significaba para ellos, que pudieran o quisieran hacerlo. Sucedió que lo que los pobladores “no entendían” no era una normativa repetida en miles de folletos y recomendaciones del equipo de salud. Lo que no entendían, era que les pidieran que hirvieran durante media hora las vísceras en un lugar donde la leña y el gas eran bienes escasos, o que las “tiraran” cuando su situación laboral no era de lo mejor. Pero los pobladores no le estaban comunicando algo al equipo médico con aquello que hacían de modo directo. Así lo hacían, porque eran la cara visible del estado al que interpelaban con sus prácticas. Un estado que, como se concluye en el primer apartado, había confinado a mis interlocutores a vivir en lo que ellos percibían como un desierto, un desierto de acceso a los recursos.

Nancy Scheper-Hughes sostiene en *La muerte sin llanto* que la indiferencia frente a la mortalidad infantil de las madres del Alto Cruzeiro es el reflejo de la indiferencia de las burocracias estatales y escribe: “La rutinización de la muerte infantil y la creación de un “ambiente previsible medio “de mortalidad infantil es decir, una serie de condiciones que colocan a los niños en peligro

de enfermedad y muerte, y la normalización de este estado de las cosas” (Scheper-Hughes 1997: 267).

De modo parecido pero no igual, esta indiferencia de los de los pobladores de la estepa sur patagónica en el modo de construir socialmente la hidatidosis era por un lado, la reproducción de la indiferencia que tenían para con ellos las burocracias estatales, principal fuente de trabajo y organizador de la vida cotidiana en la zona. Pero a la vez, esta indiferencia era aparente. Las prácticas cotidianas traducían “desobediencia” a las políticas de salud implementadas y esto era una interpelación a ese estado que los pobladores de estos lugares percibían que los había abandonado y confinado a vivir en el desierto.

## La violencia en la estepa

Así como las prácticas cotidianas de mis interlocutores reproducían el abandono interpelando a un estado provincial que parecía olvidarlos, también reproducían e interpelaban a ese estado desde otros espacios de la vida social. Lo hacían dando cuenta de las condiciones de vida, cada vez que afirmaban vivir en un espacio que era un desierto de acceso a los recursos y lo hacían también a través de la reproducción de la violencia. La violencia en los tres poblados de la estepa se expresaba tanto en el plano simbólico como el concreto y en este artículo pueden ser entendidas “como productos y mecanismos de la dominación discursiva y física y de la desigualdad” (Burgois 2003: 1) con límites permeables en los que un campo involucra constantemente a otro.

En la estepa el estado provincial, muy lejos de estar ausente como lo percibían mis interlocutores, atravesaba con las políticas sociales múltiples en aspectos de la vida social, uno de ellos es el de la reproducción de la violencia del estado para con los pobladores, en su dimensión estructural. La violencia estructural se “refiere a la organización económica y política que impone condiciones de dolor físico y/o emocional desde altos índices de mortalidad y morbilidad hasta condiciones de trabajo precarias” (Martín-Pampols 2004:162). Y la prevalencia de hidatidosis hablaba también, de las relaciones entre las poblaciones y sus estados. La hidatidosis silenciaba al tiempo que expresaba a su modo, jerarquías y relaciones sociales violentas. Porque en la estepa, sostenían los pobladores, se enfermaba “por política”.

Pero la violencia estructural, así como estaba presente en aspectos más evidentes como la política y la economía, también atravesaba las relaciones sociales en torno a la enfermedad. Pero, ¿Qué era el asistencialismo para mis interlocutores además de ser “aquello que el estado hacía”? Tanto para mis interlocutores del equipo de salud como para la población afectada, el asistencialismo era lo

que reinaba, lo que era inmutable, aquello frente a lo que no se podía hacer nada. Una descripción muy similar, a la de las consecuencias de la hidatidosis. Una descripción muy similar también, a aquello que para mis interlocutores era, “lo cultural”.

La descripción de mis interlocutores del asistencialismo no daba cuenta de las políticas asistenciales como parte del orden político-institucional que resultó como respuesta a las políticas de ajuste estructural producto de la crisis de los estados desarrollistas a partir de los años setenta (Grassi 2003). Tampoco daba cuenta de que estas las políticas asistenciales apuntaron a cubrir a los “libres del mercado” al tiempo que se legitimaba el discurso que ponía en descubierto la desigualdad e incorporaba a aquellos que eran resultado ajuste, en un orden social “devenido como natural” (Grassi 2003: 3). La relación de la población de la estepa con el estado, estaba siempre presente, hasta en la propia queja de su ausencia: “por culpa de el asistencialismo reinante”, algo faltaba o algo fallaba, siempre.

Lo que los habitantes de la estepa definían como “asistencialismo” eran caracterizaciones en torno a la relación clientelar. Es decir, cuando ellos hablaban de asistencialismo, estaban hablando de clientelismo, para ellos eran términos análogos. EL estereotipo acerca del estado para ellos era claro. Cualquier acción de carácter asistencial, necesariamente era clientelista, cuando en realidad, no eran las políticas asistenciales en si mismas las que generaban relaciones clientelares sino que, era en la arena de la aplicación de esas políticas y su carácter desigual lo que las delineaban. Y era la propia desigualdad la que hacía eco en las relaciones políticas y las convertía en ejercicio constante de la violencia estructural y simbólica, que se retraducía todo el tiempo en la vida cotidiana de la población de la estepa de Chubut.

Las relaciones sociales en torno al clientelismo y las condiciones de vida eran percibidas como generadoras de muchos aspectos de la vida social, que incluían pero no agotaban a la enfermedad. Tal era el caso de la particular clasificación entre enfermedades del asistencialismo y enfermedades de la pobreza. Para el equipo sanitario, el asistencialismo y la pobreza generaban enfermedades de distinto tipo. En esta particular clasificación no sólo entraban las enfermedades definidas como tales por la medicina sino que, pasando por valores y conductas de la esfera psíquica e individual, también eran clasificadas prácticas culturales entendidas por ellos como “valores sociales”. Así, por ejemplo, para un médico generalista, una enfermedad del asistencialismo era, “la falta de empoderamiento” o el “paternalismo” bajo el cual vivían los pobladores, lo que paradójicamente convivía en su imaginario con la desobediencia.

Para los pobladores en cambio, una enfermedad de la pobreza era, ni más ni menos que la política. “Enfermamos por política, acá todo es política”, sostenía

una pobladora de Calihue mientras conversábamos sobre su hija que, con nueve años había pasado por dos cirugías para extirpar dos quistes que le habían costado medio pulmón y el lóbulo derecho del hígado.

Como forma desigual de “amistad instrumental” ( Wolf 1980) las relaciones clientelares eran caracterizadas por la literatura antropológica hasta los ochenta por un tipo específico de relación social, patrón-cliente, que operaba como “institución paralela” es decir , que no contradecía la existencia del estado moderno sino que operaba como articulador entre la población local y el estado. La relación patrón-cliente es por definición aquella en la cual se produce un lazo entre dos personas, donde una de mayor status social y económico moviliza recursos para otra de menores posibilidades. El cliente ofrece a cambio, apoyo y asistencia al patrón y sobre todo, lealtad política (Scott 1977, en Boivin).

Desde el estado, las relaciones clientelares eran en estos parajes como en muchas partes, el mecanismo por excelencia de control social y político. A través de la variable de las relaciones patrón-cliente busqué reconocer una de las dimensiones de la “violencia estructural” y “simbólica”. En los lugares en los que trabajé, de forma más o menos explícita quienes eran clientes, asumían que debían actuar de cierta manera para no “quedarse sin casa” o “ser acuchillado en una esquina”, entre otras percepciones acerca de la pérdida de sus medios de vida o su integridad personal. Este tipo de prácticas, porque eran mas que percepciones y devenían en un hacer o no hacer, me mostraron los marcos en los que una de las partes ejercía coacción sobre la otra de modo no muy evidente, pero no por ello menos presente: todos podían ser desleales a las relaciones patrón-cliente en los discursos pero nunca en las prácticas.

Bourdieu define como violencia simbólica a “todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda y, añade su fuerza propia” (Bourdieu 2001: 4). La violencia simbólica refiere las humillaciones internalizadas y legitimaciones de desigualdad y jerarquía que se ejercen a través del conocimiento y desconocimiento de quienes son objeto de ella. Enmascarada en la idea de que la cultura era una barrera infranqueable y signada en las prácticas por la indiferencia, la población afectada percibía a la hidatidosis como constitutiva de sus sociedades y normal, lo que conducía tal vez no a la percepción de su legitimidad, pero en las prácticas cotidianas efectivizaba su legitimación. En algún punto similar a lo que sucedía con las relaciones clientelares: el clientelismo reinaba y era una desgracia cantada a voces, pero todo el mundo reproducía en sus prácticas cotidianas, variaciones de por medio, la red clientelar. La red clientelar a pesar de su informalidad en los intercambios, estaba presente en todos los aspectos de la vida social. Y en distintos ámbitos delineaba el modo en que otras redes de intercambio recíprocas (Lomnitz 1975) quedaban subsumidas a ella. Aunque en apariencia, esas otras

redes sociales parecían estar resquebrajadas por la indiferencia o por el ejercicio de la violencia simbólica.

Tal era el modo, en que mis interlocutores describían las relaciones clientelares de las que eran parte: como una relación social con el estado que era inmutable, el asistencialismo, su modo de llamar a las relaciones clientelares, “reinaba” y era como la cultura, una barrera infranqueable. Eso con lo que no había nada más para hacer. Los pobladores no creían que la situación en la que se encontraban era legítima ni que los intercambios entre patrones y clientes fueran equilibrados, en absoluto; pero creían que el “asistencialismo” (relación clientelar) no tenía remedio, tal era el orden de las cosas. Se trata de lo que Auyero llama una “objetividad de primer orden” (1996: 32) distribución de bienes, servicios, apoyo y votos estructurando relaciones de poder. Pero existen también para el autor, objetividades de segundo orden: “las redes clientelares existen también como esquemas de apreciación y acción (no solo política) en las estructuras mentales de los sujetos involucrados en esas relaciones de intercambio” (1996: 32). La relación clientelar es sin duda una relación social de dominación, pero el proceso es más complejo: clientes y mediadores, y aquí sin duda el equipo de salud operaba como un mediador entre el poder estatal y sus clientes, “aprenden una relación de subordinación, aprenden límites, cosas a decir y hacer y cuales no.

Argumenté en el apartado anterior que desde el punto de vista de la población afectada por las políticas sanitarias, las prácticas en torno al manejo de los animales eran un medio de comunicación más eficaz incluso que las propias palabras. ¿Para qué interpelar al estado entendido como responsable del abandono que los pobladores sentían y vivían, las cosas de este modo y no de otro?

Sostengo que la razón era del orden de lo práctico: al estado se lo interpelaba con acciones en apariencias desconectadas de la arena política y en la estepa enfocadas en el vínculo con los animales, para no caerse de la red clientelar. Y “caerse de la red” era mucho más que una percepción de las cosas o una creencia, porque la violencia en cualquiera de sus formas se hacía presente: no se conseguía trabajo nunca más, el almacenero no fiaba más para no tener problemas y los vecinos hablaban lo menos posible. O efectivamente, la violencia se manifestaba en el asalto físico al otro y se quedaba envuelto por ejemplo en una trifulca que se resolvía “a punta de puñal”.

Salirse de la red clientelar era para mis interlocutores tanto del equipo sanitario como de la población afectada, como “caerte del mapa, te tenés que ir” ya que para la población afectada la principal fuente de ingreso para reproducir sus condiciones de vida Aillipeñ, venía de los planes asistenciales del estado y algo de empleo público. En Calihue y Alunco la proporción de pobladores que empleaba

el estado era mucho menor. Para el equipo sanitario en los tres lugares el estado era, la principal fuente de empleo.

Finalmente, en el ámbito de las relaciones inter-comunitarias y domésticas a través de la normalización de la enfermedad, pude ver cómo también se normalizaban otros aspectos de la vida social: la violencia doméstica, altos niveles de alcoholismo y varias formas de abuso. La producción social de la indiferencia era de algún modo, la expresión de la violencia cotidiana.

El concepto de violencia cotidiana incluye las prácticas y expresiones diarias de violencia a un nivel más reducido en las relaciones sociales o un nivel “micro-interaccional” (Martín-Pamplons 2004: 163). Esto es, la presencia de la violencia interpersonal al interior de las comunidades y al interior del núcleo. Todas las vías de llegada a los temas asociados a la violencia cotidiana, fueron indirectas. Las preguntas en torno a las tensiones al interior del equipo de salud, trajeron el tema de los problemas “que se arreglan a cuchillo”, como afirmaba la enfermera de Allipeñ:

-¿Desde el ministerio de salud? Desde el ministerio no conocen este puesto. Para el zonal de Esquel somos el cuco. Cada vez que caemos con un algún acuchillado o una nena embarazada al hospital [rural] dicen “Otra vez Alunco” “otra vez Aillipeñ”

- Y en que casos se deriva mas acá? [Ella meneaba la cabeza]

- Y es un tema, mucho herido de puñal y embarazo complicado de chicas chiquitas. Por eso dicen eso, que acá pasan cosas malas, pero yo acá todo no puedo. Y todos son pacientes, Esquel tiene que responder...

Hablando de trabajo o desempleo llegamos a los lugares donde el consumo de alcohol, importante en la zona, mis interlocutores lo asociaban directamente a la violencia doméstica y al desempleo:

Y, acá falta mucho el trabajo, y cuando falta más, los maridos toman y se ponen pegadores. Nosotras tomamos también tomamos y nos ponemos pegadoras, pero menos. Las mujeres aguantamos mejor la falta de trabajo. Porque siempre tenemos cosas: los chicos, la huerta... (María, pobladora de Alunco).

Ellos no “eran” pegadores sino que se “ponían” pegadores. Pero esto no significaba que la violencia cotidiana asociada a lo que “es cultural” no estuviera presente sino que encontraba una mediación: el alcohol. Era el alcohol lo que los ponía violentos, afirmaban tanto los pobladores como el equipo sanitario. Y el consumo

elevado de alcohol si era un problema que ellos definían también como cultural. Aunque fuera explicado como producto del desempleo, mis interlocutores afirmaban que era de origen cultural que los hombres por ejemplo consumieran más alcohol que las mujeres. Y eso era, lo que sostenían a rajatabla que no iba a cambiar, jamás.

Pero los pobladores también interpelaban al estado frente al abandono con la reproducción de la violencia cotidiana. Y lo hacían a través del cierto “desorden” social que provoca la violencia doméstica e intra-comunitaria, escudada y mediada, por el alcoholismo. Porque la presencia de violencia, sobre todo si era violencia física, claramente era percibida por las autoridades políticas como problema social grave en la estepa patagónica: vivir en Patagonia ya no era tan “tranquilo”. Sin embargo, la violencia cotidiana estaba incrustada en la vida social. Quien mejor dio cuenta de la configuración de violencia simbólica solapada por la indiferencia y presente en las políticas sanitarias fue una médica rotante del hospital de Calihue cuando me dijo:

Hubo un chico, acá en Calihue que lo internamos en el hospital por un quiste hidatídico en el pulmón, Demián, se llamaba. El vivía muy lejos, en la zona rural, era uno de los que a más distancia estaba de acá. Lo operaron en el zonal de Esquel y después vino acá al hospital de Calihue a rehabilitarse. Estaba muy delicado, había hasta que darle de comer. El estuvo como en cautiverio, 2 meses lejos de la casa e internado de hospital en hospital. Demián no iba a la escuela, nada, todo el día internado. Nos encariñamos mucho con él... nos abrazaba, todo... ¡nos hablaba! finalmente le dimos el alta. Volví en una ronda sanitaria a la casa, como medio año después. Me bajo de la ambulancia y me atiende un tipo de campo, recio, apenas le entendí lo poco que me dijo. Atrás sale corriendo Demián me abraza y se pone a llorar: “me dejaste acá”, me decía. “Llévame”. Y yo me preguntaba ¿no? ¿Que le hicimos a ese chico? (Estefanía, medica rotante de Calihue)

## Conclusiones

Yo indagué en torno de las percepciones de la población escudadas en lo que era cultural, en principio desde el plano concreto de la hidatidosis. Resultó que toda la población sabía perfectamente como evitar el contagio. Resultó también, que la desobediencia de alguna manera interpelaba al equipo de salud. Pero, la desobediencia no era mediada con palabras sino con el vínculo con los animales. Mis interlocutores, desobedecían la normativa APS para la prevención de Hidatidosis teniendo más de un perro por unidad doméstica y exponiéndolos al contagio de la enfermedad.

En principio, el resultado parecía ser la naturalización de las condiciones en las que se enfermaba. Para los pobladores, contraer hidatidosis era casi esperable, por tanto no importaba. Los costos de las secuelas de cirugías por hidatidosis eran elevados, empeoraban las condiciones de vida y el acceso a empleo informal, ya que las secuelas de la enfermedad eran invalidantes e impedían afrontar el desgaste físico del trabajo rural. Pero había algo entonces, por lo que los costos derivados de contraer la enfermedad, tenían sentido para los pobladores. Y era el hecho de que a través de la desobediencia y esta aparente indiferencia a la normativa de APS, los pobladores interpelaban al equipo sanitario, le delimitaban una frontera. E interpelaban al equipo sanitario porque era una de las caras visibles del estado provincial. En ellos se expresaba un estado por el que se sentían abandonados y confinados a vivir en el desierto. El equipo sanitario era quien distribuía el recurso “salud” en cualquiera de sus formas, desde planes como el REMEDIAR hasta la ejecución de la atención en los puestos sanitarios y hospitales. Aunque el equipo sanitario, fuera tan poblador como los pobladores originarios de la zona.

Entonces, el vínculo con los animales no sólo reflejaba modos de vivir de los seres humanos sino que también mediatizaba relaciones sociales. Los animales eran, buenos para comunicarse y para delimitar fronteras entre grupos. En el caso de la población, el vínculo con los animales era el mejor medio para comunicarle al poder lo que no podía comunicarse de otro modo, sin que las instituciones del estado, de una manera u otra, ejercieran violencia tanto en el plano simbólico como concreto.

El estado provincial en la estepa chubutense estructuraba sociedades violentas al tiempo que ejercía violencia de modo a veces invisible a veces, más evidente. Las dimensiones estructurales y simbólicas de la violencia perpetradas por el estado, eran más visibles en relación a dos instituciones sociales que regulaban la vida política en la estepa: las políticas asistenciales y el clientelismo político. El estado, al igual que como sucedía con la hidatidosis, era interpelado por los pobladores a través de la violencia cotidiana. La violencia en la estepa, operaba como un continuo (Bourgois 2003), en el que sus distintas dimensiones se superponían y reconectaban continuamente.

Es por ello que a fin de cuentas, la reproducción social de la hidatidosis además de ser un problema de salud y una endemia, era un problema político. Este desierto por el que circulaba el ciclo social de la enfermedad, funcionaba como operación ideológica para naturalizar la hidatidosis, donde los más dañadas eran las personas que eran menos visibles, aquellas que estaban más aisladas. EL ciclo social por el que circulaba la hidatidosis, daba cuenta también de otros aspectos de la vida social: las condiciones de vida y la reproducción de la violencia que, teñidas de poder, perpetuaban más que el ciclo de un parásito. Perpetuaban la desigualdad social.



## Referencias citadas

- Archetti E. 1991. *El mundo Social y simbólico del Cuy*. Quito: CEPLAES.
- Auyero, J. 1996. La doble vida del clientelismo. *Sociedad*. (8).
- Boivin, M. 2002. "Clientelismo y patronazgo. Desarrollo histórico de ambos conceptos en la teoría antropológica y su discusión actual". Apunte de cátedra Antropología Sistemática UBA. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. 1999. "Efectos de lugar" En: *La miseria del Mundo*. Madrid: Akal.
- Bourgois, P. 2009. "Treinta años de retrospectiva etnográfica sobre la violencia en las Américas". En: *Guatemala: violencias desbordadas*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Del Olmo, C. y C. Rendueles. 2007. Entrevista a David Harvey: las grietas de la ciudad capitalista. *CDC*. 24 (65): 131-138.
- Dirección General de Estadística y Censos provincia de Chubut. Estadísticas Básicas.
- FAO-OPS 2007. "Cuarta Reunión del Proyecto Cono Sur de Vigilancia y Control de Hidatidosis: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay" Bariloche, Río Negro, Argentina.
- Fassin, D. 2008. "El hacer de la salud pública". Disponible en: <http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores>
- Guarnera, E. 2009. "Hidatidosis, carga de enfermedad" Parasitología. Ministerio de Salud de la República Argentina.
- Lazzari, A. 1994. Panorama de la antropología política del clientelismo. *Cuadernos de Antropología Social*. (7).
- Leach, E. 2011. Aspectos antropológicos de la lengua: Categorías animales y mentadas de madre. Originalmente publicado bajo el título de "Anthropological Aspects of Language: Animal Categories and Verbal Abuse", traducido por Leif Korsbaek en Eric H. Lenneberg- Editorial: New Directions in the Study of Language, MIT Press, pp. 23-63. USA. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/50334672/LEACH-MALAS-LENGUAS> [Consultado el 12 de septiembre de 2011]
- Lomnitz, L. 1975. *Cómo sobreviven los marginados*. Madrid: Siglo XXI editores.
- López, S. y M. Gatica. 2006. Revisitar la Patagonia desde una mirada crítica del desierto. *Párrafos Geográficos*. 5 (2).
- Martin, F. y C. Pamplons. 2004. Una mirada antropológica sobre las violencias. *Alteridades*. 14 (27): 159-174.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2007. "Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de enfermedades de Notificación Obligatoria" Disponible en: [www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/manual-normas-obligatorias.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/manual-normas-obligatorias.pdf)
- Nari, A. y C. Fiel 1994. *Enfermedades parasitarias de importancia económica en bovinos- Bases epidemiológicas para su prevención y control*". Cáp. II y XIII - Hemisferio sur- Montevideo

- Scheper-Hugues, N. 1997. *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Secretaría de Salud. 2009. *Anuario 2008*. Estadísticas de servicio de salud, sanitarias y vitales. Área Programática.
- Segato, R. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Valobra, A. 2007. Un desafío a la justicia social peronista: la hidatidosis en la provincia de Buenos Aires, 1946-1952. *História, Ciências*.14 (4):1357-1375.
- Vargas Melgarejo, L. 1994. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 4 (8): 47-53.
- Wolf, E. 1980. "Relaciones de parentesco, de amistad y de patronazgo en las sociedades complejas". En: M. Banton (comp.), *Antropología social de las sociedades complejas*. Madrid: Alianza.