

Genealogías y linajes en la articulación de antropología y salud

Artículo recibido: 30 de junio de 2020.
Aceptado: 16 de octubre de 2020.

Paula Estrella

Universidad Nacional Arturo Jauretche
Universidad Nacional de José Clemente Paz, Argentina
✉ pvestrella@gmail.com

María Pozzio

Universidad Nacional Arturo Jauretche
Instituto de Desarrollo Económico y Social, Argentina
✉ mariapozzio@gmail.com

Resumen

En este artículo se desarrolla un análisis de dos trabajos que las autoras consideran pioneros en el ámbito de la articulación entre antropología y salud, realizados en 1970 y 1979. Las investigaciones revisadas representan un hallazgo significativo con respecto al abordaje precoz de la temática y a los aportes teórico-metodológicos; por ello se afirma que han colaborado en la conformación de un linaje en las genealogías de la antropología de la salud. Estas investigaciones marcaron las huellas de una tradición de trabajo de campo y un enfoque, que contribuyó al desarrollo en Argentina de una antropología médica y/o de la salud. A partir de archivos y entrevistas, el artículo busca dialogar con la idea de “transferencia”, tan presente en los debates sobre la antropología de la salud en la actualidad (REDASA, 2018); e indagar sobre las categorías de salud presentes en las mismas, procurando entender el trabajo antropológico en relación con su contexto de producción. En este sentido, el análisis de estos trabajos permite, a su vez, una reflexión sobre las posibilidades de la praxis etnográfica en el campo de la salud en nuestro país en el presente.

Para citación de este artículo: Estrella, P. y Pozzio, M. (2020), Genealogías y linajes en la articulación de antropología y salud, Revista Publicar - Año XVIII N° XXIX, pp. 77-93 // ISSN 0327-6627 // ISSN (en línea) 2250-7671.

Palabras clave: historia, antropología, salud, etnografía

Genealogies and lineages in the articulation of anthropology and health

Abstract

This article develops an analysis of two works that these authors consider as pioneering in the field of the articulation between anthropology and health, carried out in 1970 and 1979. The reviewed investigations represent a significant finding regarding the early approach to the subject and the theoretical-methodological contributions; for this reason, it is asserted here that they have collaborated in the structuring of a lineage in the genealogies of anthropology applied to health. These research works marked the traces of a tradition of fieldwork and an approach that contributed to the development in Argentina of a medical anthropology and/or anthropology applied to health. Based on files and interviews, the article seeks to hold a dialogue with the idea of “transference” currently so prevalent in the debates on anthropology applied to Health (REDASA, 2108); also it is sought to inquire about the health categories present in them, trying to understand anthropological work in relation to its context of production. For that matter, the analysis of these works also provides a reflection on the possibilities of ethnographic praxis in the field of health in our country at present.

Keywords: history, anthropology, health, ethnography.

Genealogias e linhagens na articulação de antropologia e saúde

Resumo

Este artigo desenvolve uma análise de dois trabalhos que as autoras consideram pioneiros no âmbito da articulação entre antropologia e saúde, realizados em 1970 e 1979. As pesquisas revisadas representam achados significativos no que diz respeito à abordagem inicial do tema e às contribuições teórico-metodológicas; por isso, afirmase que elas têm colaborado na formação de uma linhagem nas genealogias da antropologia da saúde. Essas investigações marcaram os traços de uma tradição de trabalho de campo e de uma abordagem que contribuiu para o desenvolvimento da antropologia médica e/ou da saúde na Argentina. Com base em arquivos e entre-vistas, o artigo busca dialogar com a ideia de “transferência” tão presente nos debates sobre a antropologia da saúde na atualidade (REDASA, 2108); e indagar sobre as categorias de saúde nelas presentes, buscando compreender o trabalho antropológico em relação ao seu contexto de produção. Nesse sentido, a análise dessas obras propicia, por sua vez, uma reflexão sobre as possibilidades da práxis etnográfica no campo da saúde em nosso país na atualidade.

Palavras chave: história, antropologia, saúde, etnografia

Introducción

El interés de la antropología por temas de salud y enfermedad, y

los primeros diálogos/articulaciones entre la antropología y la salud se podrían ubicar en las décadas de 1930 y 1940 en EE.UU. En Argentina, si bien la etnología y el folklore¹ reseñaron e intentaron “rescatar” prácticas de medicina popular, este diálogo suele referenciarse con los primeros trabajos del antropólogo argentino exiliado en México, Eduardo Menéndez (1978), sobre la salud de los trabajadores y posteriormente el desarrollo de la construcción teórica del Modelo Médico Hege-mónico. Dicha conceptualización, uno de los aportes más usados en el campo de la antropología médica y de la salud, es una modelización de la bio-medicina científica, que subraya sus componentes a-históricos y a-sociales. Si bien él es uno de los principales referentes, nos preguntamos si existían otros antecedentes que abordaron este diálogo/articulación: ¿qué trabajos previos articularon antropología y salud?, ¿qué tradiciones de trabajo de campo han abonado este diálogo?, ¿cuáles fueron las herencias teóricas predominantes?

En abril del año 2018, las autoras de este artículo pusimos en funcionamiento el grupo de estudio y trabajo sobre antropología y salud en el Centro de Antropología Social del Instituto de Desarrollo Económico y Social (CAS-IDES). El afán reflexivo que impone la mirada etnográfica empezó a resonar en y con las preguntas que inauguran este artículo. A lo largo del mismo intentaremos responder a algunos de estos interrogantes, a partir del trabajo con los archivos de Esther Hermitte y Nicolás Iñigo Carrera que forman parte del acervo de la Biblioteca del IDES. Así, dicho trabajo puede inspirarse en varias tradiciones (historia de la antropología, estudios sociales de las ciencias) pero hemos preferido definirlo como una práctica genealógica de identificar linajes, propia de la crítica feminista de la ciencia². En tanto consideramos que lo que constituye los saberes son las prácticas específicas y que lo que encontramos en el archivo son resultados de prácticas; a partir del análisis de correspondencia, recortes de diarios, búsquedas bibliográficas e intercambios de material de lectura por correo, dirección y corrección de tesis y proyectos, de formulación y creación de grupos de estudio, pudimos reconstruir parte de esas prácticas de investigación, de trabajo en equipo, de discusión teórica y escritura.

A partir de ello, buscamos historizar las formas de articulación entre antropología y salud en la recuperación de una genealogía que fue, sino la primera, una de las más importantes en lo referente a la especificidad de la mirada antropológica centrada en el trabajo de campo etnográfico. En síntesis, la indagación consistirá en un esfuerzo genealógico que no ambiciona encontrar el origen de un subcampo disciplinar, pero sí poner de relieve un legado que consideramos importante dar a conocer y volver a interpelar desde el presente.

En este sentido, los materiales de análisis serán dos trabajos de investigación, realizados por equipos interdisciplinarios y coordinados por Esther Hermitte, cuyos resultados se vinculan con temas de interés de la

1 La etnología consideraba a las prácticas médicas, junto con las religiosas, como parte de la cosmovisión de los pueblos; el folklore, buscaba reseñar y “rescatar” dichas prácticas, consideradas como con riesgo de desaparecer. En ambos casos, lo médico y/o lo vinculado a la salud, forma parte, como compartimento estanco, de un todo cultural.

2 Para más sobre la importancia de la identificación de linajes: véase Fox Keller (1991) y Blazquez Graf (2008).

antropología médica/de la salud³.

El trabajo de 1970: “Un trabajo monstruo, en otra argentina”

El “Estudio sobre la Situación de los Aborígenes de la Provincia del Chaco y políticas para su integración a la Sociedad Nacional”⁴ es el primer trabajo que analizaremos. En 1958 los gobernadores de las provincias argentinas crearon el Consejo Federal de Inversiones (CFI) con la intención de contribuir al desarrollo regional y “convertir a los estados provinciales en plenos artífices de su progreso”⁵. Esta institución financiaba investigaciones que los gobiernos de las distintas provincias encargaban, con la finalidad de lograr objetivos de desarrollo. En este marco, a finales de la década de 1960, la provincia del Chaco le solicitó al CFI el estudio antes mencionado, que por medio de un convenio contrató al Centro de Investigaciones Sociales del Instituto Di Tella (IDT). El IDT pertenecía a la constelación de nuevas instituciones que en la Argentina de los años sesenta buscaban renovar la producción de conocimientos y debates de ideas en torno a la economía y las ciencias sociales (Neiburg y Plotkin, 2003). Su carácter específico, a diferencia de otras instituciones de su tipo (como el IDES, FIEL, etc.), se inspiraba en el modelo de las fundaciones filantrópicas norteamericanas, vinculado a una industria familiar, y muy interesada en la modernización cultural: “La creación del IDT (y en particular de su sección de investigaciones sociales) formaba parte de una estrategia de modernización e intervención sobre la realidad argentina llevada a cabo por los descendientes del fundador de la empresa, Torcuato Di Tella (padre)” (Neiburg y Plotkin, op cit). Dentro del IDT se creó el Centro de Investigaciones Sociales (CIS), que es quien nombrará a Esther Hermitte como directora del equi-po que trabajará para el CFI.

Hermitte, recibida de profesora de Historia por la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, obtuvo una beca de posgrado otorgada por el recién creado CONICET dirigido por Bernardo Houssay, que le permitió especializarse⁶ y convertirse en la primera antropóloga social de la Argentina. El equipo estaba conformado por distintos profesionales, entre ellos economistas, sociólogos, historiadores y antropólogos del equipo armado y provisto por el CIS⁷. Como su nombre lo indica, la investigación consistía en un “diagnóstico de situación para la elaboración de políticas de integración”, por el cual se le solicitaba al equipo una revisión de los relevamientos realizados hasta la fecha y un análisis y complementación de los mismos, así como una determinación de áreas de

3 Si bien coincidimos con Menéndez (2018) en que casi exclusivamente se estudian las enfermedades y los padecimientos, pero no la salud en las producciones antropológicas regionales, y por ello, él prefiere hablar de antropología médica y no de antropología de la salud, no nos parece concluyente como para optar por alguna de las dos definiciones de un campo de estudio que es dinámico y amplio, por ello es que incluimos ambas.

4 El informe en su formato original se puede encontrar en el Archivo del Instituto Di Tella, en la biblioteca de la actual Universidad Di Tella. Fue publicado y comentado por Iñigo Carrera e Isla, en 1996, por la Universidad de Misiones.

5 Carta de constitución, ver: <http://cfi.org.ar>

6 Masters of Arts y luego, Ph.D. de la Universidad de Chicago.

7 Según consta en el informe: Directora Esther Hermitte. Antropólogos: Piedad G. de Batello, Alejandro Isla, Nicolás Iñigo Carrera (que es historiador pero figura como antropólogo); sociólogos Silvia Sigal, Enrique Lubliner; jurista Raúl Basaldúa; demógrafos Mario Robiroza y María M. Chirios, economistas: Jorge Roulet y Marcelo Cavarozzi, y un listado de planificadores físicos de la Universidad Nacional del Nordeste.

estudio. Para ello se sugerían dos alternativas: un análisis general de las comunidades indígenas o la selección de un número limitado de las mismas. Finalmente, se optó por esta segunda opción y las zonas elegidas para realizar el trabajo de campo fueron Cabañaró, Colonia Aborígen, Misión Nueva Pompeya y el barrio toba de la ciudad de Resistencia. Así, se trató de un trabajo financiado por agencias estatales, cuya finalidad explícita es la intervención -o al menos, la formulación de políticas- y que constó de un equipo interdisciplinario, coordinado por una antropóloga social.

“Por requerimiento de las provincias”: demandas y transferencia en la argentina desarrollista⁸.

El trabajo de Chaco fue realizado a pedido del gobierno de la provincia, lo que convierte a sus investigadores en algo parecido a lo que se plantea para Brasil o México como “antropólogos de Estado” (L’Estoile, Neiburg y Sigaud, 2002). Los objetivos eran “la elucidación de las relaciones que guardan con la sociedad global, la organización social y formas culturales que caracterizan a los grupos étnicos aborígenes” lo cual implicaba una definición de lo étnico y una caracterización de los dos grupos: los indígenas y los no indígenas -llamados criollos- y sus relaciones con la sociedad global. Estas relaciones serán estudiadas según un número limitado de variables: a los grupos indígenas por su organización social y formas culturales; y la relación con la sociedad global a partir de variables estructurales, a saber: vinculación con el mercado de trabajo, contexto ecológico y nivel de vida⁹.

Si bien el trabajo contratado por el CFI hablaba de integración, el equipo desarrolla su propuesta de estudiar las relaciones, aclarando que debatieron y acordaron sobre el uso de estas categorías, pues “no les cerraba” el concepto de integración -el término se usó para la descripción de las sociedades duales, que supone dos polos: el arcaico y el moderno, y Argentina no podría pensarse en esos términos, argüían. También señalan que las relaciones entre indígenas-no indígenas y la sociedad global serán entendidas no como “relaciones raciales” sino como “relaciones de producción” donde la integración será concebida como el proceso histórico de ingreso de estas poblaciones a la producción capitalista.

Se trata entonces de un trabajo de investigación hecho a pedido, que busca la “integración” y que luego sorteja este posicionamiento teórico planteando la cuestión de las “relaciones”, desde un punto de vista que subraya la estratificación social: las clases sociales por sobre las identidades indígenas, la marginalización y las condiciones materiales de vida por encima de otras variables, todo en un enfoque que, al decir de uno de sus autores, insiste en la idea del “colonialismo interno” (Iñigo Carrera, 2018).

8 “La implantación del desarrollismo como sistema hegemónico de pensamiento fue un factor importantísimo en la constitución del campo de la economía en particular, y de las ciencias sociales en general, por varios motivos. En primer lugar, el desarrollismo era, al igual que otros sistemas de pensamiento aplicados a distintos campos de política pública en esos años, esencialmente interdisciplinario [...] En la consecución del desarrollo tendría que actuar una constelación de nuevas formas de conocimiento científico sobre la sociedad, en la que habría lugar no sólo para economistas, sino también para sociólogos, antropólogos, psicólogos sociales, educadores, etc.” (Neiburg y Plotkin, 2004: 25)

9 En cada uno de los informes de los lugares donde se realizó el trabajo de campo, esta dimensión (nivel de vida) incluye la dieta, el estado sanitario, características habitacionales y consumo de bienes de consumo (duraderos y perecederos).

Los debates teóricos que subyacen al informe nos hablan de una forma de hacer ciencias sociales en ese periodo histórico. En las palabras previas a la edición de 1996 realizada por la Universidad Nacional de Misiones, Nicolás Iñigo Carrera afirma que este trabajo constituyó a la vez un producto y una expresión de un momento particular de la Argentina y las ciencias sociales, momento que prelude los cambios que se producirán durante la década de 1970. Es decir, hay más de un modelo de país y ambos subyacen en el trabajo “aunque no todos los integrantes del grupo fueran conscientes de ello” insiste Iñigo Carrera¹⁰. Dos modelos de país y dos modelos de pensar la producción científica en ese país: por un lado, un modelo desarrollista, modernizante, que en las ciencias sociales fue criticado por cierto “cientificismo” y otro, radical, marxista -que tuvo un anticientificismo militante- de crítica al modelo capitalista (Gil, 2010).

Se observa la tensión y la convivencia de estos dos modelos en el informe y al mismo tiempo, se ve un trabajo que da un lugar central a la antropología social, no sólo por ser la disciplina de su directora, sino también por la duración y el tipo de trabajo de campo desarrollado; y se identifica su fuerte impronta etnográfica, poniendo de relieve el campo a la hora de repensar y cuestionar la teoría.

Por último, es posible ver en este trabajo la naciente antropología social argentina, suscitando una labor de traducción entre saberes, mundos y disciplinas; al servicio de una agencia estatal que esperaba encontrar en las recomendaciones de un grupo de científicos sociales la inspiración para la hechura de políticas públicas.

Las nociones de lo sanitario y la salud.

Es el mismo Eduardo Menéndez (2018) quien postula que en América Latina los primeros trabajos vinculados al campo que hoy conocemos como antropología médica/de la salud son estudios realizados por antropólogos mexicanos vinculados a las políticas indigenistas y por antropólogos de los Estados Unidos, que enfocaron sus trabajos en torno a los procesos salud-enfermedad-atención ya desde la década de 1930. En el resto de los países de la región este campo de estudios es posterior. En lo que respecta a Argentina, Julia Name (2008) menciona los trabajos iniciales en la materia, en la década de 1970 en el equipo de Armando Vivante en la FCNYM de la UNLP. En este contexto amplio, podemos afirmar que para el momento en que se realizó el trabajo, aún la antropología social no había desarrollado en Argentina una mirada propia, específica sobre la salud. Más bien, el estilo que la primera antropóloga social había impuesto en trabajos como éste del Chaco es una antropología con fuerte impronta etnográfica y holista; holismo que en este caso, se ve favorecido por la generalidad de los objetivos del trabajo que había sido encargado y el tamaño reducido de las comunidades donde se localizó la investigación. Todo esto se pone de manifiesto en el modo en que la salud queda subsumida a otros aspectos en la descripción global. No hay en el informe reflexión o descripción que dé cuenta de la salud desde un punto de vista intercultural o indígena, como sí encontramos en otros trabajos de décadas posteriores relacionados a los pueblos del Chaco (Wright 1992; Bergallo et al, 2005)

10 Entrevista de las autoras con Nicolás Iñigo Carrera, en la ciudad de Buenos Aires, invierno de 2018.

En primera instancia, la salud aparece incorporada en los indicadores que se produjeron para “establecer el grado de acceso a los bienes sociales”, entre los que incluyen la dieta, el nivel educativo, las características habitacionales, el consumo de bienes y el estado sanitario. Se describe la alta tasa de mortalidad a partir de información brindada por las enfermeras de la zona; dicha mortalidad es “alta” entre los niños -aunque no tienen datos precisos- y “muy alta” cada año en el periodo posterior a la cosecha del algodón. Se afirma lo difícil que es dar cuenta de las edades de la población y se describe una fuerte resistencia a hablar de los muertos, lo cual problematiza aún más la cuestión de los registros de mortalidad. Aún así, afirman que más allá de las diferencias culturales “todos (indígenas y no indígenas) son extremadamente pobres, y apenas tienen acceso a servicios de salud y/o educación”.

La situación sanitaria se describe básicamente a partir de los relatos de las enfermeras, quienes dan cuenta de la paupérrima infraestructura de los servicios de salud. En otro apartado, se describe el papel que tienen los médicos tradicionales para algunas curaciones especiales: “Los conocimientos curativos se transmiten entre los indígenas de padres a hijos y se cobra la práctica sólo a los criollos”, que por lo que se sobreentiende, también hacen uso de esas curaciones. Al respecto, la descripción entra de plano en el apartado de las creencias y la religiosidad para tratar la cuestión del alcoholismo. Si bien precisan la ausencia de conflictos religiosos, subrayan la diferencia en el consumo de alcohol entre los practicantes de los distintos credos. Otra vez, lo cultural no pasa necesariamente por lo étnico y la cuestión que se subraya una y otra vez es la “miseria” vinculada a la explotación laboral, de ambos colectivos: criollos y no criollos. En el único momento que se hace una precisión vinculada a especificidades culturales de los indígenas es cuando se describe al Piogonak como “médico brujo que puede curar recurriendo a poderes sobrenaturales”.

Así, el holismo etnográfico deja una impronta que es la que nos interesa rescatar: los procesos salud-enfermedad-atención son una distinción analítica y aquí se entiende la salud como un producto de las relaciones de producción; al priorizarse el campo, se vuelve difícil distinguir entre salud-religión-creencias-consumos, pues éstas son nuestras categorías y muchas veces, pensarlas de manera aislada forma parte de nuestros aprioris científicos. En un momento del desarrollo menos especializado de la antropología, este trabajo permite mostrar los íntimos vínculos entre creencias, religiosidad y salud pero también, entre creencias y consumos, situación de salud y condiciones laborales, todos aspectos que revinculan a los sujetos con otras instituciones y relaciones del mundo social y no sólo los enfocan respecto a los actores propiamente sanitarios. Es el campo, diferente en cada una de las localizaciones -aunque la población sea casi la misma- de donde surgen algunos datos que marcan a estos colectivos de un modo singular y que no pueden dejar de ser tenidos en cuenta a la hora de comprender los procesos sanitarios de la población y ciertas nociones y prácticas de salud¹¹.

La calidad de parte de este “trabajo monstruo” (así caracterizado por uno

11 Esto queda bien claro en lo descrito en el cuaderno de campo de Hermitte, cuando plantea el modo en que las personas de la Cruz Roja del barrio impedían el acceso a servicios de salud y el tratamiento por alcoholismo a “sus tobitas”. Sin campo, la presencia de la Cruz Roja sugiere acceso a la salud, pero la comprensión del lugar de esta institución en la trama de poder del barrio, que “descubre” Hermitte con su presencia prolongada allí, muestra lo contrario y permite comprender la posterior recomendación del informe, que aconseja sacar a la institución del barrio para lograr la integración de los tobas a la sociedad global.

de sus investigadores, queriendo subrayar con ello su duración y envergadura) y la impronta que dejó en el equipo se relaciona con el enfoque que lo caracterizó: tal como lo rememora uno de sus participantes, ésa es la impronta que le dio su directora, pues más allá de las formaciones disciplinares de cada uno de los integrantes, la labor de Hermitte fue entrenar, insistir y acentuar el carácter etnográfico del trabajo: coresidencia, guías de observación, diarios minuciosos de campo, conversaciones con todos los actores que se presentaran, etcétera. Así, más de cuarenta años después, en “otro país y con otras ciencias sociales”, es posible encontrar en la insistencia del enfoque y el método, un aporte para un verdadero diálogo entre antropología y salud y un linaje que es necesario recuperar a la hora de volver a debatir sobre interdisciplina y transferencia.

El trabajo de 1979: “Cómo sobrevivir en época de dictadura haciendo antropología”

El segundo trabajo de investigación que analizaremos fue realizado en 1979 y se denomina “Creencias y prácticas sobre salud y enfermedad: análisis comparativo de migrantes de Chaco y Catamarca en Buenos Aires”. A diferencia del primero, no se encuentra publicado y sólo hay disponible un informe de la investigación, que está incompleto lo cual complejiza su análisis, por lo que intentaremos armar un rompecabezas y encajar piezas que tienen significación y relevancia en relación a las otras pero que de ninguna forma lo dejan completamente cerrado. Entre estas piezas incluimos el contexto histórico-político argentino en el que se dio, pues da cuenta del quehacer antropológico desde una perspectiva situada y genealógica que ya presentamos.

La reconstrucción histórica de la disciplina antropológica en Argentina durante el período 1976-1983 está signada por heridas que no han cicatrizado. Sin embargo, el trabajo de Gastón Gil representa un avance en este gran desafío: el autor desarrolló diversas modalidades de trabajo de campo, que a su vez, lo llevaron a reflexionar acerca de dogmas metodológicos de la “ortodoxia disciplinar” (Gil, 2010). Como él, pensamos que el trabajo con archivos implica una forma no tradicional de producir conocimiento antropológico. El pasado está en constante proceso de actualización, lo que va condicionando las fronteras entre lo decible y lo indecible, lo confesable y lo inconfesable, que se encuentran en permanente tensión (Gil, 2010). Los archivos de este período están atravesados por la propia historia política de un país en el que la represión de Estado desbarató sueños personales y colectivos, y afectó de manera notoria el desarrollo de una disciplina científica como la antropología (Gil, 2010, op. cit). Por ello, nos parece relevante tomar recaudos con respecto a los procesos de recepción por parte de lectores, en tanto estamos escribiendo sobre la producción antropológica durante un período de tiempo pasado que no vivimos y que toca fibras íntimas e “historias sagradas” (Visacovsky en: Gil, 2010). Sin embargo, es un desafío que decidimos tomar, a pesar de sus riesgos y de los cuestionamientos que puede suscitar.

Durante el autodenominado Proceso de Reorganización Nacional (PRN) se concretó no sólo una política de represión física e intelectual en las universidades sino que se impusieron restricciones en el acceso y permanencia en las universidades públicas mediante exámenes de ingreso, sistemas de cupos por carreras y cobro de aranceles a los estudiantes, medidas que produjeron una notable retracción de la matrícula (Bartolomé, 2007).

Es así que, a partir de 1976, comienza un cercamiento de las carreras de antropología, con intenciones de cerrarlas o mantenerlas funcionales a los intereses del gobierno militar. De acuerdo a Ratier (2010), el exilio aumenta en el período. Quien no parte por cuestiones políticas lo hace por razones económicas ya que se cierran las fuentes de trabajo; por su parte, quienes permanecen en el país lo hacen a través de la apertura de espacios como el IDES (creado en 1974); Edgardo Garbulsky y sus colegas rosarinos se nuclean en una asociación que lucha por la reapertura de la carrera, y Blas Alberti organiza un Centro de Estudios de Antropología, donde lleva adelante experiencias interdisciplinarias¹². Como todo ámbito de quehacer científico, estas propuestas pueden pensarse como espacios para la reflexión, pero también como fuente de trabajo e ingresos.

Es en el contexto que acabamos de describir, en el cual se enmarca la investigación “Creencias y prácticas sobre salud y enfermedad: análisis comparativo de migrantes de Chaco y Catamarca en Buenos Aires”. Este trabajo también fue dirigido por Esther Hermitte, quien a pesar de haber sido cuestionada por su marco teórico estructural-funcionalista¹³ y por su permeabilidad al financiamiento extranjero, predominantemente norteamericano, influenciado sin dudas por su cercanía y simpatía con renombrados antropólogos y académicos de Estados Unidos (Guber, 2010) abre posibilidades de trabajo e investigación en un contexto adverso. En 1979, constituye y dirige un equipo interdisciplinario formado por Nicolás Iñigo Carrera como investigador y jefe de trabajo de campo, Fernando Jaume y Marta Rombo, ambos antropólogos como auxiliares de campo, y Nelso Caffarati como médico consultor. El objetivo era realizar una investigación específica abocada a entender una de las consecuencias de las políticas socioeconómicas: las migraciones y las creencias y prácticas de salud-enfermedad de personas migrantes.

Trabajar en dictadura.

La investigación fue financiada por un subsidio de la iglesia Anglicana de Canadá¹⁴, que se ha caracterizado por enviar subsidios a instituciones de países que se encuentran en situaciones de golpes militares y violaciones a los Derechos Humanos. En esta época de represión, los antropólogos ya no están ni pueden trabajar al servicio del Estado (como en 1970), por lo que, para sobrevivir, hubo quienes se fueron del país y quienes resistieron refugiándose en los pocos espacios institucionales que pudieron permanecer abiertos, como el IDES. Fue así que estas instituciones se convirtieron en un lugar desde donde conseguir subsidios para jóvenes científicos sociales que permanecían en el país y estaban recién iniciando su vida profesional, convirtiendo estas investigaciones

12 Edgardo Garbulsky (1941-2007) es uno de los referentes de la antropología de Rosario. Su actividad académica y de gestión como docente e investigador de la U.N.R. en el campo de la Historia de la antropología fue ampliamente reconocida. Blas Alberti fue el primer licenciado egresado de la carrera de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires.

13 Como vimos en la descripción del enfoque que se utilizó en el trabajo de Chaco, la perspectiva de esta antropóloga no puede ser reducida a esa perspectiva teórica.

14 Anglican Church of Canada: los archivos sobre investigaciones sobre “People Perspectives on Latin America” realizadas entre 1978 y 1980 en Guatemala, Chile, Argentina y Nicaragua se encuentran en Toronto y no pudimos acceder a ellos. Pertenecen al fondo del Grupo de Trabajo sobre Iglesias y responsabilidad corporativa, que junto al Comité interinglesas por los refugiados, solían apoyar la actividad de las personas que vivían bajo las dictaduras del cono sur. Se puede acceder al catálogo digital: <http://archives.anglican.ca/en/permalink/archivaldescriptions38996>

en una oportunidad de aprender y “poder comer”¹⁵.

El objetivo específico era “el estudio de las creencias y formas de acción sobre salud y enfermedad de dos grupos de migrantes (originarios de las provincias de Catamarca y Chaco)¹⁶ a Buenos Aires”. Si bien se aclara que la Ciudad de Buenos Aires constituye un polo permanente de atracción de migrantes provenientes de zonas rurales y de pequeños centros urbanos del interior del país, y por ello constituye un ámbito ideal para la realización de esta investigación, mencionan que hay diferencias con respecto a migrantes de estas dos provincias desde el punto de vista ecológico, étnico, y de su estructura económica y social. Lo que ambas provincias tienen en común es ser expulsoras de población producto de crisis económicas. Así, pensando sobre todo en los migrantes, les interesa estudiar el modelo “folk” de salud y enfermedad de dicha población y su encuentro y forma de relacionarse con la medicina científica, identificando qué aspectos de la cultura actúan como mecanismos de rechazo de la medicina científica y cuáles pueden actuar como canalizadores para la aceptación de la misma.

Claramente el problema de investigación lo podemos syndicar como de antropología médica, por lo que afirmamos que esta investigación constituye uno de los primeros trabajos que abren este área de investigación específica en el campo de la antropología. Si en el trabajo de 1970 en Chaco se pone de relieve la categoría de clase por sobre otros aspectos como la identidad étnica, en este caso, si bien se tiene en cuenta y se seleccionan los entrevistados de acuerdo a su pertenencia de clase (obreros), ésta constituye un criterio para homogenizar la muestra y se tiene en cuenta junto con otras variables. Incluso, a medida que progresa el trabajo de campo, la variable que adquiere mayor importancia es la religión (católica, protestante, espiritista, entre otras) que influye en forma decisiva en todas las etapas del proceso de enfermedad, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

En la bibliografía especializada que el equipo consulta se menciona la dificultad de acceso a instituciones y planes de salud por parte de poblaciones rurales de los países subdesarrollados, que es explicada por tres causas principales: escasez de instituciones y planes; alto costo de atención médica frente a escasos recursos de esas poblaciones; relación conflictiva entre la medicina científica y las creencias y prácticas sobre salud y enfermedad, propias de los sectores sociales nombrados (aquí citan a un clásico de entonces: Paul, 1955). El equipo que dirige Hermitte plantea que esta última cuestión casi no ha sido tenida en cuenta en Argentina y las consecuencias que conlleva esta negación o ignorancia constituye una preocupación que nos permite trazar una similitud con la investigación de 1970: la intención de generar conocimiento útil, como insumo para políticas públicas. Estudiar el impacto de la vida urbana para los migrantes que comenzaban a tener una mayor cercanía con la medicina científica y los servicios de salud conlleva interrogantes acerca de las creencias de esos migrantes, del funcionamiento de esos servicios, y de una sociedad en proceso de cambios acelerados, que desde las ciencias sociales parecía necesario abordar.

15 Entrevistas a Iñigo Carrera (invierno de 2018) y Marta Rombo (en línea, septiembre/octubre de 2018).

16 Tanto la directora del proyecto como el jefe de trabajo de campo tenían conocimientos previos sobre las poblaciones de Chaco (1970) y Hermitte también había trabajado y continuaba trabajando en Catamarca (1967, 1968, 1970, 1972, 1980).

Las nociones de salud, enfermedad y lo sanitario

La riqueza de este trabajo se evidencia no sólo en las preguntas de investigación y los resultados obtenidos a través de las mismas, que al día de hoy no pierden vigencia, sino que para las y los antropólogas/os que nos desempeñamos en el campo de la salud, constituye un precedente en cuanto a sus hallazgos. Los mismos permiten aportar a modelos como los de la etnomedicina o medicina folk e incluso dan indicios de lo que posteriormente Eduardo Menéndez, ya radicado en México, analizó como parte del Modelo Médico Hegemónico (MMH)¹⁷.

En el informe se parte del supuesto de que tanto la situación rural como la urbana presentan innumerables casos de contacto entre los dos sistemas de creencias, pero éstos se multiplican en la ciudad donde el sistema curativo científico está más extendido. A su vez, se menciona que no esperaban encontrar un modelo folk de salud y enfermedad de naturaleza monolítica, esto es, compartido por todos los miembros de los grupos en estudio. Es preciso señalar que al día de hoy existen estudios sobre medicina tradicional que niegan la diversidad de concepciones de salud y enfermedad en un mismo grupo y persisten tendencias académicas pero también ideológico-políticas, según las cuales la medicina tradicional es pensada como poco o nada modificable (Menéndez, 1994). En este trabajo se alude que existen, en las zonas de origen de los migrantes, distintas conceptualizaciones sobre salud y enfermedad, con diferentes grados de acercamiento y utilización de medicina alopática.

En función del objetivo de la investigación, que se interesa en el sistema de creencias sobre salud y enfermedad, los especialistas buscan obtener información sobre las conceptualizaciones de los migrantes, mostrando que la etiología de la enfermedad conforma un aspecto importante a detectar en el modelo folk. Así, el informe refiere que las explicaciones más frecuentes de causas de enfermedades están relacionadas con:

- a) la ingesta -existe una categorización de alimentos (beneficiosos o perjudiciales) y combinaciones que se convierten en tabú¹⁸.
- b) los estados emocionales, tales como el susto o la tristeza, que dañan al individuo y resultan en enfermedad.
- c) lo sobrenatural vehiculizado por quienes detentan el poder de embrujar y que desencadena la más temida de las enfermedades ya que sólo pueden ser tratadas por especialistas culturales que posean poderes equivalentes a quienes las ocasionaron.

Con respecto al diagnóstico y tratamiento, tienen en cuenta las formas de diagnóstico acostumbradas, su variación según especialistas o el tipo de enfermedad de acuerdo a categorización del grupo de estudio; las circunstancias

17 El desarrollo del modelo médico comienza a ser trabajado por Menéndez a fines de 1970 en la introducción de un libro que compila Basaglia (1978), sobre la salud de los trabajadores. Posteriormente siguió en esa línea, y en 1985 se conoce su trabajo denominado "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", en Cuadernos Médicos Sociales de Rosario, que es el más citado para caracterizar el Modelo Médico Hegemónico.

18 En Chaco: síndrome calor-frío. Es idea que tiene una amplia difusión en América Latina, aunque se plantea la influencia de la clasificación humoral hipocrática. Según esta creencia, ciertos alimentos clasificados como calientes o como fríos (independientemente de su temperatura física real) ocasionan trastornos a la salud y su ingestión, y consecuente perjuicio, debe ser compensada con alimentos de "temperatura" contraria.

en las que se acude a medicina científica y cuando se recurre al especialista cultural. En el estudio de los cursos de acción durante la enfermedad se incluye no sólo las del paciente y del curador, sino también la del grupo coparticipante (grupo doméstico, allegados, que pueden ser vecinos o compadres), cierta categoría parental u otros. Como parte integral del modelo folk, estudian los roles significativos en la enfermedad desde que aparecen los síntomas, se lleva a cabo el diagnóstico y tratamiento hasta que se llega a la recuperación del enfermo o no. Si bien, como mencionamos antes, en Chaco el rol tradicional de curador fue desempeñado por el Piogonak o médico-brujo -que detentaba el poder dual de curación y castigo-, como consecuencia de los procesos de cambio se menciona que ese rol ha perdido la supremacía y que los migrantes acuden a curanderos o herboristas, quienes en ocasiones declaran poseer poderes sobrenaturales. Tanto los migrantes chaqueños como catamarqueños¹⁹ recurren, según el padecimiento, a estos curadores o a la medicina científica. Insistimos con esto pues este trabajo, realizado entre 1978 y 1979, resulta pionero en mostrar lo que luego categorizaríamos como pluralismo médico, pluralismo que es negado o solapado en estudios antropológicos sobre medicina tradicional que es presentada como aislada de cualquier contaminación de medicina occidental (Menéndez, 1994). Si bien las poblaciones rurales tienen dificultades para acceder a instituciones y programas de salud, en Chaco y Catamarca, “lo sanitario”, es decir, la medicina científica estatal y privada ha penetrado en todo el territorio del país. Si bien la escasez de instituciones de salud y de profesionales es alta en esas zonas y el costo de atención médica elevado, señala el informe que aún cuando estos obstáculos se superan, las diferencias culturales entre médico y paciente persisten y dificultan la atención de salud.

El análisis de la información contrastada con la bibliografía, les permite describir algunas “falacias” que en algunos casos han afectado la implementación de planes de salud. A saber: que las poblaciones no tienen costumbres establecidas sobre salud y sólo están esperando que el sistema médico científico se las provea; que las prácticas y creencias sobre salud y enfermedad constituyen un compartimento estanco separado del resto de la cultura; que una sociedad constituye una pirámide donde la estructura de comunicación fluye desde la cima hasta el último punto en forma homogénea; que todos los pacientes potenciales son similares (Polgar, 1963). A partir de su trabajo, Hermitte y equipo agregan una falacia más: que el sistema médico científico es totalmente objetivo, con metas concretas como si sus portadores no estuvieran ellos mismos inmersos en un patrón cultural que los condiciona y que esto afecta la relación con pacientes que adhieren a pautas culturales diferentes. Podemos decir que este aspecto adelanta alguna de las ideas que serán sistematizadas luego en el constructo teórico del MMH, al describir cómo el profesional de la biomedicina percibe a ésta como a-histórica y a-social.

19 Entrevistaron a 24 catamarqueños (15 hombres y 31 mujeres) y 22 chaqueños (7 hombres y 15 mujeres) y a partir de ellos, elaboraron un perfil de acuerdo a indicadores como religión, lugar de origen (rural- urbano), inserción ocupacional, inserción ocupacional de los padres, nivel de instrucción. Así, el 54% son católicos, 28% no contestaron, 8% son evangelistas pentecostales, y el resto se definen como evangélico adventista, espiritista, y mormón; el 80% nació y vivió por lo menos su infancia en el campo o en pueblos muy pequeños; todos los entrevistados pertenecen a familias de clase obrera, y de los que dieron información acerca de la ocupación de sus padres, se sabe que provienen de familias campesinas o de artesanos. El último indicador mencionado es el origen étnico, según el cual todos menos uno son criollos. Sólo uno es toba (chaqueño), quien les dio información sobre el sistema de creencia toba tradicional.

Por último, en el informe final, refieren que a priori intentaban elaborar un modelo di-námico en cuanto al acceso a sistemas médicos (más que a uno bidimensional medicina tradicional/medicina científico) pero reconocen que la realidad era aún mucho más dinámica de lo que su esquema inicial planteaba. Es decir, no hay una medicina tradicional única ni una medicina científica única y que las posibles combinaciones en el acceso a los diferentes subsistemas pueden ser notables sin mencionar las modificaciones que pueden suceder a lo largo de la vida de un individuo.

Es importante recalcar, para los lectores especializados en la temática a los que les parecen que estas conclusiones no son originales, que los resultados datan de hace más de cuarenta años, en los albores de la antropología médica con fuerte impronta etnográfica desarrollada en Argentina. Las conclusiones de un trabajo realizado en 1979, podrían extrapolarse al presente y añadirse a investigaciones actuales en el campo de la salud. Por eso, en nuestra labor genealógica nos pareció central subrayar este legado en un campo que sigue interpeándonos e interpeándose, como es el que une la antropología y el campo de la salud. Por último, nos parece que otro aspecto a resaltar y seguramente a seguir indagando en futuros trabajos es la posibilidad de hacer trabajo de campo etnográfico en contextos sociopolíticos y económicos adversos. Pensar las dificultades que conlleva el trabajo etnográfico en el campo de la salud en el presente con respecto a los financiamientos/costos, a los tiempos acotados demandados para la realización de las investigaciones sociales, entre otros aspectos, nos llevan a reflexionar en torno a la viabilidad de este tipo de abordajes. Sin embargo, al ponerlos en perspectiva con los trabajos dirigidos por Hermitte en esa época difícil de la historia argentina podemos redimensionar nuestras prácticas.

La madeja y el ovillo: hurgando en los antecedentes de las relaciones entre antropología y salud.

Los dos trabajos que hemos comentado son claramente diferentes y sin embargo es posible ver en ellos un hilo que lentamente se va desprendiendo de la madeja y generando su propio ovillo. Así, en el de 1970 no había una idea ni imperativo de recortar un aspecto de la realidad estudiada para hacer una antropología médica o de la salud y la aproximación a las nociones de salud/enfermedad y el estado sanitario de la población era holista y respondía a objetivos planteados que eran muy generales. En cambio, en el de 1979 sí se ve recortado este aspecto y las preguntas del trabajo ya explícitamente abocadas a los fenómenos de la salud y enfermedad. Es posible pensar que unas preocupaciones surgen en el primer trabajo y se pulen y enfocan en el segundo²⁰, ya que ambos podemos encontrarnos con preocupaciones y preguntas de la autora que vienen de trabajos anteriores²¹ y que se continúan y plasman en

20 Tanto es así que en medio de los dos trabajos, en 1974, Esther Hermitte crea el Centro de Antropología Social del IDES y propone la creación de un grupo de antropología médica en el mismo, con la intención de "establecer intercambios entre investigadores, talleres de trabajo, generar un banco de datos, centro de documentación, publicaciones de trabajos, crear un programa permanente formación de recursos humanos, cursos de posgrado" (Documento sin fecha, archivo Esther Hermitte, caja 6).

21 La figura del piogonak puede entenderse como análogo chaqueño de la figura del me'iltatil, de los nativos de Pinola, Chiapas.

cursos posteriores²², que muestran una intención perdurable de la antropóloga por conformar un área de reflexión de la antropología social sobre la salud y la enfermedad.

En cuanto a las diferencias de las investigaciones en sí (no de su contexto) está claro que la primera tiene una clara vocación de conocimiento aplicado, de producción de insumos para la política pública, un objetivo claro de lo que hoy denominaríamos “transferencia”, donde el conocimiento producido se “transfiere” en formato informe al CFI y de allí, a la política pública de la provincia del Chaco.

El segundo trabajo (de 1979) permitirá otro tipo de desarrollo, más vinculado a la preocupación por la etnografía y el modo en que ésta constituye su conocimiento. El contexto es otro y las ciencias sociales un refugio: sin espacios laborales, ni de formación, en pleno terrorismo de estado, la transferencia sólo puede ser pensada como delación. No hay una preocupación explícita por ella, sino una preocupación metodológica, dada por una importancia central otorgada al campo. Sin embargo, estos trabajos (su realización, la reflexión a la que dieron lugar) permiten acumular un saber que, en el incipiente proceso de apertura democrática posterior, sentará las bases de un campo de saber y un tipo de labor de campo, que se plasmará en los cursos que brindó Esther Hermitte en los inicios de la década de 1980, y en las primeras mesas de Antropología y Salud que se gestan en los Congresos Argentinos de Antropología Social (1983, Misiones y 1986, Buenos Aires)

Sumergidas en el trabajo de archivo, pudimos develar una intención certera de Hermitte de formar cientistas sociales en el trabajo etnográfico pensando como objeto de estudio el campo de la salud. Junto con Iñigo Carrera, propusieron la creación de distintas comisiones en el Instituto Nacional de Pensamiento Latinoamericano. La que dirigiría Hermitte era la de Antropología Médica; a su vez, participó en el Taller Nacional de Ciencias Sociales y Salud en Luján, y elaboró informes para el área de estudios e investigación en ciencias sociales y salud para la Secretaría de Ciencias y Técnica, en los primeros años de la apertura democrática.

Wallerstein (1998) plantea, a finales del siglo pasado, la importancia de pensar los desafíos de la sociología de cara al siglo por venir. Pero antes de plantearlos, refiere la necesidad de subrayar los legados. En la misma lógica, hemos propuesto este trabajo de reconstrucción de un legado de la antropología médica y/o de la salud, que por las lógicas de los contextos histórico-políticos²³, ha quedado un tanto oscurecido. Sin ánimo de buscar un pionerismo sin sentido, queremos repensar los desafíos de las relaciones entre antropología y salud, dando cuenta de los diversos legados que nos atraviesan y que conforman linajes que también nos constituyen (en la teoría y en la práctica del oficio antropológico).

En este sentido, toparnos con el archivo nos permitió establecer ese linaje, que ubica nuestro interés por la etnografía en preocupaciones e

22 Uno de ellos, para graduados de Antropología social, que se dictarán en el IDES desde inicios de los años de 1980.

23 Nos hemos hecho eco de ciertos decires del campo de la antropología acerca de la afinidad de Hermitte con los Estados Unidos de América. En un mundo y un continente polarizado, este elemento es sin dudas importante, como también señalar que hablamos de la primera mujer graduada en antropología social, que se dedicó a la investigación científica en una academia que sigue siendo machista y patriarcal. Cuando referimos al contexto histórico que propició que la labor de Hermitte no haya sido reconocida en este campo, queremos dar cuenta de lo múltiple de ese contexto.

investigaciones previas. Nos ayuda a historizar y comprender en una perspectiva de largo plazo, algunos temas que siguen convocando a las relaciones entre antropología y salud: por ejemplo, el de la transferencia, y sus para qué y para quiénes. Sin ánimo de establecer una definición de lo que es la etnografía, sí nos interesa subrayar que, como enfoque fuertemente impregnado por las lógicas del campo (de los actores sociales, los “nativos”), es su vocación dialógica lo que para nosotras establece uno de los mayores aportes al campo de la salud: vocación dialógica que favorece la producción de trabajos para ser aprehendidos, consumidos, interpretados, por las y los agentes estatales (o de las organizaciones sociales, etcétera que los soliciten) “fácilmente” transferible y realizada no exclusivamente para el mundo académico sino también para su circulación con/en otras instituciones; vocación dialógica que se actualiza en el diálogo con otras y otros, saberes científicos y no científicos, que constituyen el nodo de lo que llamamos interdisciplina en salud.

Por último, la búsqueda de linajes que hemos realizado aquí debe entenderse como parte de la reflexividad etnográfica, que implica preguntarse por la propia situación de quienes escribimos e investigamos. Recuperar un linaje y un legado, que de Hermitte a Rosana Guber²⁴ fue pasando y llegando hasta nosotras, con la insistencia del trabajo de campo, que nos permite desenmarañar de las grandes construcciones teóricas que hasta el momento parecen haber sido el aporte más importante de la antropología al ámbito de la salud. Quizá comience a ser hora de volver objeto de estudio esas mismas categorías que supimos construir, analizar sus usos y apropiaciones, haciendo, cómo no, trabajo de campo etnográfico.

Bibliografía

Bartolomé, M. A. (2007) *Librar el Camino. Relatos sobre Antropología y Alteridad*. Buenos Aires. Antropofagia.

Bergallo, G. et al. (2005) *La salud en el oeste indígena chaqueño. Realidades*. Resistencia. Talleres Edipen.

Blazquez Graf, N. (2008) *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. México. CIICH-Unam.

Fox Keller, E. (1991) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia. Edicions, Alfons el Mag-nánim

Gil, G. (2010) “Universidad, Modernización cultural y Liberación Nacional: el cientificismo y las ciencias sociales en la Argentina en la década de 1960” *Redes*, 16, 31, pp. 215-247.

24 Rosana Guber es antropóloga social, investigadora del Conicet y docente. En 2016, recibió el Premio Konex Platino en la categoría Arqueología y Antropología, siendo la primera mujer y antropóloga social en recibirlo. Directora del Centro de Antropología Social del IDES y directora de la maestría en Antropología Social de dicha institución y la Universidad de San Martín. Guber se reconoce como discípula de Hermitte y escribió, editó y publicó varios textos sobre su obra; especialmente véase *La articulación etnográfica* (2013).

Guber, R. (2010) "El compromiso profético de los antropólogos sociales argentinos, 1960-1976" *Avá*, 16, pp. 11-31.

Guber, R. (2013) *La articulación etnográfica. Descubrimiento y trabajo de campo en la investigación de Esther Hermitte*. Buenos Aires: Biblos.

Hermitte, E. (1972) "Asistencia técnica en materia de promoción y asistencia de la comunidad en la provincia de Catamarca" Informe Final. Buenos Aires. Consejo Federal de Inversiones.

Hermitte, E., Iñigo Carrera, N., Isla, A. (1996) *Estudio sobre la situación de los aborígenes de la Provincia del Chaco, políticas para su integración a la sociedad nacional*. Posadas. Editorial Universitaria.

Iñigo Carrera, N. (2018) Entrevista con las autoras.

Estoile, B., Neiburg, F. y Sigaud, L. comps. (2002) *Antropología, Impérios e Estados nacio-nais*. Rio de Janeiro. Relume.

Menéndez, E. (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" En Basaglia et al., pp. 11-53.

Menéndez, E. (1985) "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud" *Cuadernos Médicos Sociales*, 33, pp. 3-34.

Menéndez, E. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, 4, 7. pp. 71-83.

Menéndez, E. (2018) "Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional" *Salud Colectiva*. 14, 3, PP. 461-481.

Name, M. J. (2008) "Desenmarañando historias: un estudio antropológico sobre la configuración inicial de la antropología médica en la UNLP" IX C.A.A.S., Posadas, Misiones.

Neiburg, F. y Plotkin, M. (2004) "Los economistas. El Instituto Torcuato Di Tella y las nuevas elites estatales en los años sesenta". En Neiburg & Plotkin (eds.) *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*. Buenos Aires. Paidós. Pp. 231-264.

Paul, B. ed. (1955) *Health, Culture and Community*. New York. Russell Sage Foundation

Polgar, S. (1963) "Health action in cross-cultural perspective" *Handbook of Medical Sociology*. Ed Freeman, Levine and Reider. Prentice Hill. Englewood Cliffs. N.J. pp. 397-419.

Ratier, H. (2010) "La antropología social argentina: su desarrollo" *Revista Publicar En antropología y ciencias sociales*, 9, pp. 17-46.

Ratier, H. y Ringuet, R. (1997) "La antropología social en la Argentina: un producto de la democracia" *Horizontes antropológicos* 3, 7, pp. 10-23.

REDASA (2018) "Primer Encuentro de la Red de Antropología y Salud de la Argentina" Documentos: Primera, Segunda y Tercera circular. Disponible en: <http://www.redasa.net.ar/primer-encuentro/>

Vessuri, H. M. C. (1971) *Land Tenure and Social Structure in Santiago del Estero, Argentina*. Oxford, University of Oxford, Linacre College, Doctoral Thesis.

Wallerstein I. (1998) "El Legado de la Sociología, la Promesa de la Ciencia Social" Discurso Presidencial, XIV Congreso Mundial de Sociología, Montreal.

Wright, P. G. (1992). Toba Pentecostalism Revisited. *Social Compass*, 39(3), 355–375. <https://doi.org/10.1177/003776892039003003>

Paula V. Estrella es licenciada en Ciencias Antropológicas por FCNyM/UNLP, magíster en Antropología Social por IDES/UNSAM, doctora en Antropología por FFyL/UBA y egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS/MSGCABA). Es docente investigadora del IESCODE, departamento CSyD/UNPAZ e investigadora visitante del IIGG- UBA. Cooordina junto con María Pozzio el GET de Antropología y Salud del Centro de Antropología Social del IDES. Investiga sobre interculturalidad, migraciones, trabajadores/as sanitarios/as de APS, políticas públicas de salud y etnografía.

María Pozzio es licenciada en Sociología por la UNLP, magíster en Antropología Social por IDES-IDAES/Unsam y doctora en Ciencias Antropológicas por UAM-Iztapalapa. Es docente-investigadora del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y ccoordina, junto con Paula Estrella, el GET de Antropología y Salud del Centro de Antropología Social del IDES. Investiga sobre profesiones sanitarias, género, producción de conocimiento, políticas de salud y etnografía.