

El cuidado habrá sido cuestionado

O cómo las Etnografías críticas confrontan las tramas entre el cuidado y el poder



por **María Epele**

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,
Universidad de Buenos Aires.
mariaepele33@gmail.com
(<https://orcid.org/0000-0002-6742-2510>)

RESUMEN

Este trabajo problematiza la importancia de ciertas etnografías críticas de la salud, a través del análisis de las nociones del cuidado, sus gramáticas académicas, las políticas y tecnologías de gobierno que las incluyen y los efectos que producen. El objetivo de este trabajo es doble. Por un lado, examina las características particulares del trabajo etnográfico, sus tiempos, los modos en que han abordado ciertos problemas específicos de salud que incluyen micro-dinámicas de cuidado. Para este examen, se exploran las formas en que han confrontado las tramas entre el poder, economías y el cuidado en zonas de marginación social de la región metropolitana de Buenos Aires, por el otro lado. La elección del cuidado como material para argumentar sobre la relevancia y potencialidades de las etnografías, se fundamenta en su omnipresencia en las investigaciones antropológicas contemporáneas, aun después que esta noción fuera traducida en normativas del montaje del régimen de seguridad sanitaria durante la pandemia del Sars-coV-2. Por último, se abre la discusión acerca de los aportes específicos que las etnografías coproducen con las personas y conjuntos afectados para transformar las condiciones de vida y aflicciones que comprometen su bienestar, su salud y su supervivencia.

Palabras Claves: etnografías de la salud, cuidados, orientaciones críticas, sur global, zona de marginación social.

Care will have been criticized in the near future. Or How Critical Ethnographies confront plots between care and power

ABSTRACT

This article problematizes the importance of critical ethnographies of health, through the analysis of the notions of care, its academic grammars, policies, government technologies and the effects they produce. The aim of this work is twofold. On the one hand, it examines the particular characteristics of these ethnographies, its temporalities, and the ways in which they address specific health issues, including micro-dynamics of care. On the other hand, it examines how the ethnographies of health question and confront the interweaving between power, economies and care in marginalized neighborhood in the Buenos Aires Metropolitan Region. The choice of care as conceptual subject to argue about the relevance and potentialities of ethnographic research, is based on its



omnipresence in contemporary anthropological research, even after this notion was translated into regulations within the health safety scheme during the pandemic of COVID-19. Finally, the discussion about the specific contributions that ethnographies co-produce with the people affected by afflictions, focuses on how this analysis can modify their living conditions, well-being, health and survival.

Key Words: ethnography of health, care, critical orientations, global south, zones of social marginalization

RECIBIDO: 27 de diciembre de 2023

ACEPTADO: 7 de agosto de 2024

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO: Epele, M. (2024). El cuidado habrá sido cuestionado. O cómo las Etnografías críticas confrontan las tramas entre el cuidado y el poder. *Etnografías Contemporáneas*, 10 (19), 10-32.

Introducción

Algo respecto del trabajo antropológico ha sido profundamente conmovido, otra vez. En esta oportunidad, el cuestionamiento de la “utilidad”, e incluso, las sentencias de “inutilidad” de las ciencias sociales y de la antropología, se han derramado e impregnado hasta el más recóndito intersticio social. Dentro de este “clima de época” se hace necesario explorar la importancia de las etnografías de la salud. Aunque a primera vista, parecieran ser una de las más endebles formas de investigación antropológica frente a este tipo de embates, las etnografías de la salud, paradójicamente, se convierten en una de las formas más idóneas para confrontar las lógicas económicas, de poder y de conocimiento en tiempo presente, mientras sus efectos en términos de aficciones y sufrimientos todavía transcurren.

Este trabajo busca problematizar la matriz de la importancia teórica, social y política de ciertas etnografías de la salud, a través del análisis de las nociones del cuidado, sus gramáticas académicas, las políticas y tecnologías de gobierno que las incluyen y los efectos que producen. Las etnografías de la salud trabajan ensamblando materiales diversos, en tensión entre sí, y co-producidos con personas y conjuntos sociales, a través de la inmersión prolongada en contextos de vida e institucionales, donde las aficciones ocurren, se padecen y afrontan. A diferencia de otras metodologías cualitativas, el trabajo etnográfico produce aportes inéditos para problemas específicos, aunque se resisten a ser rápidamente procesados a través del dualismo teórico-aplicado de las coordinadas “utilitaristas” dominantes (Scheper Hughes, 1992; Biehl, 2016; Fassin, 2004).

Específicamente, el objetivo de este trabajo es doble. Por un lado, examina las características particulares del trabajo etnográfico, sus tiempos, los modos en que han abordado ciertos problemas específicos de salud que incluyen micro-dinámicas de cuidado y desde las perspectivas de las personas y contextos locales. Para este examen, se exploran las formas en que estas etnografías han confrontado las tramas entre el poder, economías y el cuidado en la región metropolitana de Buenos Aires, y también sus relaciones con el montaje del régimen de seguridad sanitaria durante la pandemia del Sars-Cov-2 (Basile, 2020; Singer et al., 2021; Powers y Rayner, 2021; Epele, 2021, 2023).

La elección del cuidado como materia para argumentar sobre la relevancia y potencialidades de las etnografías, se fundamenta no solo en su

omnipresencia creciente en las antropológicas contemporáneas, aun después del desgaste y corrosión que experimentara en el montaje del régimen de seguridad sanitaria, cuyos incumplimientos eran sometidos a sanciones y a una criminalización generalizada (Epele, 2021, 2023). Principalmente esta elección se basa en que el cuidado ha atravesado mis investigaciones sobre aficciones y sufrimientos en zonas de marginación social en las últimas tres décadas (Epele, 1997, 2007, 2008, 2010, 2011). No obstante, para cuando el cuidado se convirtió en un campo dominante y omnipresente, esta noción ya había perdido la centralidad en los análisis de mis etnografías, y la había sustituido por otras que tenían un mayor poder de resolución para trabajar problemas de salud a la misma escala y complejidad en que eran vividos (Epele, 2012, 2013).

Al partir del breve examen de las etnografías críticas de la salud (Scheper Hughes, 1992; Biehl, 2016; Fassin, 2004, 2012), el texto comienza con ciertos argumentos antropológicos que revisan como los saberes académicos sobre la salud son apropiados y transformados por parte de organismos multilaterales y aparatos estatales, para implementar programas dirigidos a los mismos conjuntos sociales con los que dichos saberes habían sido elaborados (Menéndez, 1995, 2005; Laurell, 2003; Cueto, 2013; Abadía, 2022). Luego, se examinan brevemente ciertos procesos en que las prácticas y saberes localmente relacionados al cuidado, participan en las experiencias de las aficciones, a través de fragmentos de notas de campo de ciertas etnografías que he realizado sobre diferentes problemas de salud. Desde estas perspectivas, los aportes específicos de las etnografías de la salud son problematizados en términos de la complejidad, escalas, perspectivas, transferencias y temporalidades que los modelan.

Finalmente, el potencial único de las etnografías para arrojar luz y modificar ciertos problemas de salud cuando todavía están transcurriendo, hace necesario reconsiderar y fortalecer las coordenadas en que estos aportes se realizan, ya que en general han sido erráticas y contingentes. Específicamente, se busca abrir la discusión sobre el desarrollo de las tecnologías académico-sociales adecuadas para amplificar en tiempo presente, la productividad de etnografías críticas orientadas a mejorar las condiciones de bienestar y de la salud de las personas y grupos sociales con los que trabajamos, conmoviendo e interpelando en simultáneo, nuestros modos de vivir y entender aficciones y sufrimientos como sociedad y en conjunto.

Etnografías, Intervenciones y Críticas

Desde que la etnografía fuera esbozada como la metodología privilegiada en la antropología, esta forma de investigar ha sido sometida a recurrentes revisiones, actualizaciones, diferenciaciones y críticas. Entre las principales se destacan: las críticas de la escritura etnográfica y de sus tropos clásicos, las políticas etnográficas y sus epistemes; las experiencias en el trabajo de campo y sus formas de reflexividad; la emergencia de “nuevas” variedades etnográficas (etnografías multisituadas, foto-etnografías y las digitales, las etnografías decoloniales, las colaborativas, interculturales, las públicas, entre las principales); la diferenciación

entre antropologías y etnografías, y hasta el mismo cuestionamiento de su categorización como “método” (Clifford y Marcus, 1986; Fernández Juárez 2006; Rappaport, 2007; Rappaport, 2020; Marcus, 2018; Ingold, 2015; Peirano, 2021).

Las etnografías de la salud han asumido características, revisiones y desafíos que se corresponden con las problemáticas que abordan. Estas particularidades incluyen los modos en que las personas y diversos conjuntos sociales viven, entienden y afrontan ciertos padecimientos y dolencias en contextos de vida e institucionales, atravesados por complejos repertorios de saberes y prácticas (expertas, legas, originarias), terapéuticas, las respuestas y organizaciones sociales de los grupos afectados e intervinientes. Además, las etnografías problematizan, desde las perspectivas de las personas y conjuntos sociales, tanto otros conocimientos académicos y sociales sobre la salud, como diferentes programas, políticas e intervenciones –internacionales y nacionales– relativas a dolencias y enfermedades y formas de morir en contextos específicos. Al trabajar desde la inmersión en contextos de vida, a la misma escala y complejidad de las experiencias y procesos que se viven y entienden como problemáticos, las producciones etnográficas ensamblan artesanalmente materiales diversos generados desde diversos lugares, posiciones y voces de las personas y conjuntos involucrados y afectados, los que generalmente están en tensión y contradicción entre sí. Por último, las etnografías sobre problemas de salud son modeladas por las exigencias de diversas regulaciones institucionales éticas para cualquier investigación en salud (comités, consentimientos, confidencialidad, etc.), y que otros estudios antropológicos sobre otras temáticas en las mismas poblaciones están exentos.

Este trabajo examina la importancia de las etnografías críticas de la salud para develar y confrontar las complejas y diversas tramas entre el poder, economías y cuidados tanto en ciertos dominios de experiencias, como en políticas y tecnologías de gobierno en general y bajo la emergencia durante la pandemia por COVID-19 en particular. Este análisis se fundamenta, continúa, profundiza y contextualiza las críticas antropológicas sobre los programas e intervenciones internacionales en salud en el siglo XX y el nuevo milenio (Good, 1994; Greene et al., 2013; Adams, 2017; Biehl y Petryna, 2013, Abadía, 2022). Algunas de estas críticas focalizan en los procesos por los que ciertos conocimientos antropológicos y de ciencias sociales han sido apropiados por organismos multilaterales y aparatos estatales, y transformados en programas, intervenciones y políticas en salud, que tienen como objeto las mismas poblaciones con las que esos conocimientos han sido elaborados (Menéndez, 1995, 2005). Estos argumentos arrojan luz sobre aquellos procesos dominantes de producción, acumulación y transferencia de conocimientos académicos sobre el cuidado, y que han permanecido interdictos a las revisiones y miradas críticas. La escasa revisión de los procesos que han producido las gramáticas académicas y de intervención dominantes relativas y/o que incluyen al cuidado, facilitaron no solo su utilización en el montaje del régimen de seguridad sanitaria durante la pandemia del COVID-19, sino también su conversión posterior en un recurso conceptual omnipresente en los estudios, paradójicamente opuesto a las condiciones iniciales que justificaron su emergencia (Epele, 2021, 2023). Las etnografías que trabajan a contracorriente de estas gramáticas

académicas dominantes, se convierten en recursos estratégicos para reducir la brecha entre los constructos académicos y las realidades vividas y sufridas por los conjuntos afectados por ciertas dolencias.

La focalización en tramas de cuidados en ciertas dolencias, epidemias y sufrimientos sociales, analizadas a través de notas de campo registradas en zonas de marginación social, permite delimitar los aportes reales y potenciales de las etnografías de la salud (Epele, 1997, 2007, 2008, 2010, 2011). Por un lado, a diferencia de las maquinarias dominantes de producción, acumulación y transferencia de conocimientos académico-sociales estructurados en las temporalidades de futuro perfecto, este trabajo argumenta que los aportes de las etnografías reposan no solo en que están hechos a complejidad y a escala de las experiencias de ciertas aficciones. También y principalmente, al trabajar en tiempo presente, en lo contemporáneo, las etnografías pueden aportar en términos de revisión, crítica pública y modificación de lo problemático respecto al bienestar, la salud y la supervivencia, mientras transcurre y/o cuando todavía no se ha normalizado para las mismas poblaciones que lo padecen. Por otro lado, a diferencia de ciertos modos dominantes de investigación cualitativa y cuali-cuantitativa que generan resultados generalizables y traducibles en programas y políticas, implementadas a través de lógicas y aparatos de poder preexistentes y disponibles, las etnografías “suficientemente buenas”, confrontan y convierten las políticas en insumos a investigar (Scheper-Hughes, 1992). Esto se debe a que las etnografías críticas están orientadas a trabajar en términos de horizontalidad co-producida, con las personas y conjuntos participantes y afectados por ciertas aficciones y por los modos en que las instituciones y estos conjuntos sociales le dan respuesta. Por último, para que los aportes etnográficos tengan lugar, sin embargo, se hace indispensable el desarrollo de tecnologías académico-sociales, las que todavía son rudimentarias y erráticas, para que los amplifiquen y los transformen en decibles, audibles e inteligibles en intervalos temporales que tengan el potencial de modificarlos mientras todavía están en desarrollo o cuando sus consecuencias no han llegado a ser naturalizadas ni normalizadas.

El cuidado en cuestión

Con el surgimiento del cuidado como dominio conceptual en antropología y en ciencias sociales se problematizaron ciertas actividades indispensables tanto para la producción del bienestar y la salud, como para la sustentabilidad de la vida que habían sido marginalizadas, invisibilizadas y devaluadas por estar asociadas a mujeres, clases trabajadoras y minorías (Tronto, 1994, 2015; Held, 2006; Fraser, 2016; Barbato, 2020; Edwards, 2009; Domínguez Mon, 2017). En las gramáticas académicas sobre el cuidado confluyen corpus heterogéneos de teorías, nociones, metodologías y argumentos elaborados desde las ciencias sociales, filosofías, antropologías y activismos. Por un lado, se encuentran los desarrollos que focalizan en el género, en los que confluyen diferentes disciplinas sociales (ciencias políticas y sociales, feminismos, ecologías, salud, etc.) y que han modelado las gramáticas académicas dominantes que intersectan cuidados, géneros,

clases, razas y geopolíticas (Rodríguez Enrique, 2015; Esquivel y Pereira, 2017; Faur y Pereira, 2018). Por otro lado, se encuentran los desarrollos que focalizan en la salud, en los que abordan el cuidado para superar las limitaciones de la biomedicina y tecnologías expertas, las racionalidades dualistas y centradas en la decisión individual (Foucault, 1996; Kleinman, 2009; Mol, 2008; Ayres, 2004; Bonet y Tavares, 2006; Hersch-Martinez et al., 2022). Además, los desarrollos sobre el cuidado desde las perspectivas decoloniales focalizan no solo en los modos colectivos de producción de salud y bienestar ecológicamente situados, sino principalmente en las diversas bases epistémicas y éticas en las que se edifican las tradiciones y prácticas locales (Pinheiro, et al., 2007; Restrepo y Escobar, 2005; Biehl, 2021). Desde estas gramáticas se han multiplicado las investigaciones y se han generado programas y políticas internacionales, gubernamentales y no gubernamentales para dar respuestas a los problemas que abordan.

Las perspectivas dominantes sobre cuidado en el mundo académico han sido elaboradas y revisadas a través de diferentes metodologías y técnicas de trabajo: problematización de ciertos argumentos, operacionalización en sistemas de categorías, investigaciones empíricas con metodologías cualitativas o cuali-cuantitativas (entrevistas, encuestas, grupos focales, etc.), investigación-participante, entre las principales. Estas máquinas de producción y de acumulación de conocimientos hicieron y hacen posible que fueran traducidos en programas y políticas nacionales e internacionales, orientados a modificar las prácticas y saberes relativos al cuidado en contextos sociales específicos, cuyos resultados variables e inciertos retroalimentan, a su vez, aquellas gramáticas dominantes.

Estos paradigmas y programas de intervención se constituyeron en modelos de referencia de la “instrumentalidad”, “practicidad” y “utilidad” de los conocimientos académicos y sociales, que los gobiernos y aparatos estatales reproducen en sus gobernanzas y políticas en geografías globales, regionales y locales. La topología vertical inherente al despliegue de ciertos programas e intervenciones, incluye los problemas vinculados a los procesos de apropiación y resignificación de las nociones y recursos académicos, co-construidos con aquellos conjuntos, a los que luego se “bajan” estas políticas.

La interrogación sobre los procesos por los que ciertos conocimientos antropológicos, son transformados en programas e intervenciones en el campo de la salud, nos remonta al surgimiento mismo de las antropologías de la salud, específicamente los múltiples cuestionamientos sobre los problemas y efectos paradójales que diversas políticas e intervenciones tuvieron sobre poblaciones originarias y de otras geografías (Good, 1994). Los diferentes paradigmas de conocimiento e intervención (medicina colonial, salud internacional y salud global), incluyeron transformaciones y continuidades, y en los que ciertas antropologías han tenido diferentes niveles y formas de participación (Greene et al., 2013; Adams, 2017; Biehl y Petryna, 2013, Abadía, 2022). Como ha sido señalado, el incremento constante de programas e intervenciones en el siglo XX, experimentó una transformación radical desde mediados de siglo, cuando los organismos multilaterales multiplicaron la implementación numerosos programas para mejorar la salud del “tercer mundo” (Restrepo y Escobar, 2005; Abadía, 2022).

Las revisiones y críticas de los programas internacionales en salud implementados en Latinoamérica, han participado en la consolidación y diferenciación de las antropologías de la salud como campo disciplinar en países tanto del norte como del sur global. Por un lado, las críticas antropológicas han focalizado en los modos en que los programas de salud participaban en políticas orientadas por agendas económicas y geopolíticas específicas, los que frecuentemente no resolvían los problemas en cuestión y producían otros nuevos; los vínculos entre los presupuestos teóricos que fundamentaban los programas de intervención para mejorar la salud del “tercer mundo” (empirismo, individualismo y utilitarismo) y su recurrente escasa eficacia; la mirada culturalista orientadas a transformar “creencias erróneas” locales en conocimientos “verdaderos” universales instrumentalizados por la biomedicina; el predominio de intervenciones restringidas a la provisión de nuevas tecnologías biomédicas frente a enfermedades particulares; los modos en que ciertas metas continúan y profundizan estrategias ya marcadas por recurrentes “insuficiencias”, “fracasos” y efectos contraproducentes (Good, 1994; Farmer, 2003; Cueto, 2013).

Por otro lado, la medicina social y salud colectiva, centradas en la salud como derecho y en sus determinantes sociales, económicos y políticos, incluyeron críticas de estas intervenciones internacionales en la región (Iriart et al., 2001, 2002; Casallas, 2017, Basile, 2020). Dentro del amplio espectro de críticas sobre este tipo de intervenciones (epistémicas, económicas, políticas, sexo-generizadas, etc.), quisiera detenerme en una en particular. Entre sus importantes aportes a la antropología de la salud, a la medicina social y salud colectiva, Menéndez (1995, 2005) ha problematizado la apropiación por parte de los organismos multilaterales de recursos académicos teórico-prácticos elaborados desde orientaciones críticas latinoamericanas. De acuerdo a Menéndez (1995, 2005), la implementación de programas del banco mundial de orientación neoliberal en el sector salud de México, incluyó las nociones y tecnologías de participación social y colectiva. Mientras que estas nociones y tecnologías habían sido elaboradas para la confrontación al poder y transformación de las políticas dominantes de los sesenta y setenta, en estos programas fueron reducidas a recursos técnicos entre medios y fines, específicamente, reducidas a actividades específicas relativas a la toma de decisiones, vinculadas a sujetos, micro-grupos, espacios domésticos y mujeres.

Cuando consideramos los argumentos de Menéndez sobre los procesos de apropiación y resignificación para esclarecer los programas e intervenciones sobre el cuidado, podemos destacar seis cuestiones principales. En primer lugar, no es casual que ciertas nociones como la participación social y el cuidado sean “buenas para ser subsumidas” a estos procesos, ya que asumen múltiples acepciones en lenguajes cotidianos y expertos, y tienen connotaciones semánticas positivas relativas al bienestar y sociabilidad. En segundo lugar, estos procesos diseccionan y extraen fragmentos y categorías de ciertas formaciones académicas y sociales, los que son incluidos y transformados en otras gramáticas orientadas por otras agendas histórico-políticas. En tercer lugar, la

discontinuidad temporal entre la co-producción de recursos conceptuales y prácticas sociales y su posterior apropiación por diversos organismos de poder que los resignifican para aplicarlos en otros contextos. En cuarto lugar, la modificación de los recursos apropiados bajo coordenadas contingentes de instrumentalidad, y de su conversión en términos de secuencias entre medios y fines. En quinto lugar, la transformación de los recursos académicos desde la confrontación con las lógicas de poder hacia su adaptación como solo recursos técnicos en otras estructuras políticas dominantes. Por último y en virtud de considerarlos en conjunto, estos procesos multiplican las contradicciones entre los programas y las acciones de sustentabilidad de la vida, los discursos normativos y las prácticas, los significados de las políticas y los sentidos que las personas afectadas les otorgan.

El montaje del régimen de seguridad sanitaria como respuesta a la irrupción de la pandemia del COVID-19 tuvo al cuidado como tropo central de sus gramáticas oficiales (discursos oficiales, políticas, normativas, programas, protocolos, procesos administrativos, etc.) (Bustos y Villafañe, 2020). A diferencia de las gramáticas del cuidado dominantes tanto en el mundo académico como en programas de intervención internacionales y nacionales, en el régimen de seguridad sanitaria los discursos y normativas sobre el cuidado fueron asociados con las medidas de seguridad basadas en el código penal, que criminalizaban y judicializaban los incumplimientos de las mismas, a través de la vigilancia, control y sanción por parte de las fuerzas de seguridad (Epele, 2021). Aun considerando las características inéditas del montaje de seguridad sanitaria del COVID-19, las estrategias implementadas continuaron y amplificaron con ciertas modificaciones, aquellos abordajes modelados para políticas de seguridad para zonas de marginación de la región metropolitana de Buenos Aires durante las últimas décadas.

Los procesos que transforman los conocimientos académicos en programas internacionales y nacionales de salud (cambios de agendas de problemas prioritarios; extracción y aislamiento de categorías, inserción en otras gramáticas, tecnologías y contextos histórico-políticos, discontinuidades temporales, etc.), se extreman cuando se convierten en tecnologías de gobierno. Las complejidades epistémico-políticas que dichos recursos conceptuales incluyen, son simplificadas y transformadas en epistemes lineales e instrumentales orientadas a objetivos explícitos, los que en su montaje presuponen la transparencia y traducción directa entre categorías y hechos, discursos y acciones, palabras y experiencias. Como Bateson (1985) ha señalado respecto a la confusión de los tipos lógicos, cuando se tratan como concretas nociones abstractas, pueden producir efectos y derivas inciertas en los estudios e intervenciones. Tratar la terminología académica como si fueran experiencias y palabras reales y positivamente connotadas, lleva a instrumentar tecnologías políticas y normativas en que el cuidado es tal o cual “cosa”, sin siquiera saber de otros modos de vida, haberse inmerso en ellos ni afrontado sus desafíos. Mientras que las normativas sobre el COVID-19 centradas en el cuidado buscaban promover acciones a través de lenguajes que resuenen familiares y ligadas al bienestar, la salud y la ética comunitaria,

sus incumplimientos estaban embebidos en las tradiciones más extremas que intersectan salud y criminalización en zonas de marginación sociales.

Genealogías del cuidado en zonas de marginación

A diferencia de las gramáticas académicas dominantes sobre el cuidado y sus derivaciones en programas y tecnologías, las etnografías de la salud, específicamente de aquellas de orientación críticas, se convierten en abordajes estratégicos para la investigación y problematización en su multiplicidad, complejidad y a la misma escala de las experiencias y de contextos sociales específicos.

Vivo angustiada... y con bronca. Hace un año, y sigo mal, muy mal. Sigo pensando todo el día. Muy enojada. Por eso vengo acá (al centro de salud). No puedo entender..., no puedo [...] Apenas me enteré del covid, dije, me agarra y me mata. Tengo diabetes, presión, asma, muchos años. Como que me iba a tocar, pero le tocó a mi hija. Gabriela estaba bien [...] Un día me escribí que tenía fiebre. Agarré y me la traje conmigo.

Susana vivía en una habitación en una vivienda multifamiliar. El encuentro con ella tuvo lugar durante mi trabajo de campo en la post pandemia, Habiendo sido trabajadora doméstica, Susana decía que nunca había podido alquilar un departamento, “*una casa propia*”. Las dificultades de vivir en esta vivienda sobrepoblada “*con mucha gente, ruidosa*”, con baños compartidos, hacían casi imposible, seguir las normativas “de cuidado” explicitadas a través de los medios de comunicación y las redes sociales. Miguel, su hijo de treinta y cinco, enfermó primero. Cuando Susana se lo llevó a su casa para cuidarlo, tenía que esconderlo de los vecinos, lo hizo de noche. “*No te decían en la cara, la gente llamaba a la policía. Teníamos miedo, porque uno que te peleaste, te mete la denuncia*”.

Como Susana expresaba, a los múltiples miedos y pérdidas generados por la pandemia, se le agregaron en los primeros meses de confinamiento, las acusaciones y denuncias en contextos de proximidad. Dentro del montaje del régimen de seguridad sanitaria durante el confinamiento del año 2020, las acusaciones y denuncias en contextos de proximidad fueron habilitadas, legitimadas y promovidas por canales oficiales (internet, líneas telefónicas, etc.), como una tecnología de gobierno de la emergencia en el que el cuidado de sí y de otros se anudaba con la cuestionable “ética de la denuncia”.

En este contexto de zozobra, Susana pudo eludir las miradas ajenas. Miguel, su hijo, estuvo con fiebre unos días y se volvió a su vivienda. Susana principalmente no quería que se lo llevaran a los centros de aislamientos. Decían en el barrio, que se la habían llevado y que no había vuelto más. Miguel tenía problemas con la justicia, y Susana tenía miedo de la policía: “*lo agarran por el covid, lo dejan encerrado, o lo tiran por ahí*”. Para cuando Gabriela enfermó al final del 2020, la brecha entre las normativas de cuidado (distanciamiento social, barbijo, limpieza de manos y de materiales, etc.) y las prácticas cotidianas, habían aumentado. Como con Miguel, Gabriela estuvo una semana con su madre. Susana la atendía como siempre había cuidado a sus hijos/as, como cuando “*se*

enfermaban de chicos”, pero tratando “*de lavar todo*” para no contagiarse. Pero, después de unos días, Gabriela ya tenía dificultades para respirar: llamó a la ambulancia y la internaron. Estuvo dos semanas internada y murió. Desde la internación, Susana no vio más a su hija. Para cuando nos encontramos, cerca de un año después, Susana decía que todavía estaba angustiada y enojada porque su hija había muerto y no había podido despedirse: no podía entender porque ella seguía viva y su hija no. Sin embargo, su enojo era mucho más disperso: contra las médicas, el gobierno, la policía, los vecinos. Habían sepultado no solo a su hija: su experiencia se había convertido en invisible, indecible e ininteligible, salvo con “dos o tres” personas con los que había conservado el vínculo en la post-pandemia.

El particular anudamiento entre cuidado y criminalización y sus consecuencias en la implementación de la seguridad sanitaria en Argentina en el año 2020, ha sido objeto de diversas críticas. Si bien muy pertinentes, dichas críticas mayormente focalizan una suerte de “banalización” o “mal uso” del cuidado, por su asociación con la criminalización (Epele, 2007, 2011; Sirimarco, 2021; Faur y Pita, 2021). Algunas de estas críticas, sin embargo, parecen desconocer las complejas y variadas tramas entre el cuidado y el poder, entre sanciones y la criminalización, en los abordajes de ciertas aficciones y dolencias en zonas de marginación social (Epele, 2021). El rastreo genealógico de las diferentes tramas entre cuidado y criminalización en otros contextos históricos-sociales-políticos de la misma zona geográfica, hace posible revisar los poderes de resolución que la etnografía tiene para investigarlas. Con este fin, a continuación, voy a reescribir y analizar brevemente, solo algunas de las numerosas micro-dinámicas que intersectan cuidado, economías y poder relativas a ciertas aficciones y sufrimientos en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Las secuencias de estas notas y de los procesos que señalan, está organizado retroactivamente, ya que de esta forma se hace más visible algunas de las complejas trayectorias del cuidado en las experiencias vividas como problemáticas para conjuntos sociales marginalizados.

Sobre la privatización del cuidado

“Lo cuidaba. Lo tenía que cuidar. Lo llevaba al médico. Le daba buena comida, le tiraba la droga a la basura, lo aguantaba. [...] Caía preso, iba; estaba re loco, lo aguantaba... lo echaba cuando se ponía violento. Me robaba los pocos mangos que tenía, yo trabajo. [...] Nos juntábamos y lo echaba. Así fue nuestra relación”. Había llegado a Laura en el año 2003, después de meses de trabajo de campo en el barrio “la cantera”. Laura y unas pocas personas, era el último vestigio de la clase trabajadora que precariamente subsistía después de la crisis del 2001-2002. Sin embargo, la formación de este tipo de parejas heterosexuales orientada al “rescate” de consumo problemático de drogas exclusivamente de varones, se fue extendiendo en la década de los noventa mientras se multiplicaban las zonas de marginación social. Este tipo de formación de parejas se convirtió en una solución de compromiso entre la rápida expansión de consumo de cocaína y de las economías ilegales, el creciente desempleo y marginación, el incremento de desigualdad y pobreza, la

radicalización de los estereotipos de las posiciones de género más tradicionales, el achicamiento de la dimensión de las redes sociales y la profundización del encierro territorial, la generalización de la criminalización y del encarcelamiento de estas poblaciones. Al ser una una de las diversas estrategias informales localmente entendidas para el cuidado en el consumo de drogas, este tipo de formación de parejas se convirtió en una de las formas precarias y contraproducentes de resolver las consecuencias de los rápidos cambios de movilidad social y territorial, el montaje del dispositivo judicial-policial- sanitario relativo a los consumos de drogas y la multiplicación de barreras de acceso al sistema de salud.

Con privatización de cuidado se hace referencia al proceso por el que se desplazan funciones y prácticas que con anterioridad eran parte inherente de otros dominios de la vida cotidiana, prácticas e instituciones, hacia el terreno de la intimidad de los vínculos de pareja (Epele, 2008; 2011; Han, 2012). Este proceso de desplazamiento hacia lo privado, en este caso en parejas heterosexuales en las que los varones que tenían consumos problemáticos de drogas, al mismo tiempo que transfería prácticas y funciones, multiplicaba tensiones, conflictos y vulnerabilidades. Al mismo tiempo, este desplazamiento convertía la posición más tradicional y patriarcal del cuidado por parte de las mujeres, el centro de las expectativas de reparación y resolución de los varones con consumos intensivos de drogas, su integridad corporal, emocional y supervivencia. Como Laura comentaba, las tensiones y conflictos modulaban los vínculos con una creciente intensidad emocional, que en la mayoría de los casos lleva a la ruptura, la separación forzada o explosiones de violencia repetidas. A diferencia de la perspectiva de la co-dependencia en los abordajes de adicciones que hace la mónada de la pareja el centro del análisis y de la causalidad, la privatización de cuidado señala no solo los procesos que producen y reproducen este tipo de parejas, sino también las coordenadas de su posible transformación.

Sobre el cuidado de sí en prácticas sociales

“No soy una de esas ‘falóperas’. No me gustan las jeringas. [...] Yo me cuido. Hago todo lo que dicen”, me dijo Miranda, como una rápida respuesta automática frente a mi explicación sobre el estudio que estaba llevando a cabo. Al trabajar años en los barrios segregados al sur del Gran Buenos Aires, se hizo evidente que aquellas expresiones, eran frases en automático que repetían Miranda y otras personas con historias de consumo, frente a cualquier representante institucional (salud, seguridad, trabajo social, etc.) sobre temas que podía someterlas a sanciones morales y/o criminalización. Las frases como las de Miranda, estaban hechas de sedimentos de discursos médicos, preventivos, de medios de comunicación, y circulantes en centros médicos de atención en estas geografías. Este proceso de “hablar en espejo” por parte de las personas afectadas, consiste en asimilar y reproducir categorías, consignas y frases embebidas en discursos institucionales (ej. no uso jeringas, no comparto jeringas), que se corresponden con diferentes normativas, terapéuticas y (i)legalidades que incluso las sancionan y/o criminalizan.

Después de unos meses, Miranda me comentó que tiempo atrás se había inyectado y convivía con el VIH: *“todo el tiempo te dicen, te dicen, no tienen ni idea.*

De gira...dos o tres días picándote, (las jeringas) se te doblan, rompen. Terminás agarrando cualquier cosa. No entienden nada, le decimos lo que está bien... lo que quieren escuchar'. Casi un año después del primer encuentro, ella aclaró que todavía, en ocasiones se inyectaba, 'no como antes'.

De acuerdo a Miranda, el flujo principal de información acerca de cómo cuidarse era el “boca a boca” dentro de las redes de consumo en contextos marginalizados, no solo sobre los peligros ligados a los consumos problemáticos y a su criminalización (calidad de drogas, prácticas de riesgo, intervención policial, etc.), sino también sobre las características de los servicios de salud disponibles, específicamente la preparación y sensibilidad de los mismos con sus aficciones” (síntesis de notas de campo 1997).

Quando surgió el problema del *hablar en espejo* en la etnografía sobre consumos problemáticos de drogas, específicamente de cocaína, ya había delineado prácticas parecidas en el curso de la investigación del VIH-SIDA, que venía desarrollando desde años atrás en zonas de marginación. Mientras la pobreza, segregación territorial y marginación social iba escalando al ritmo del despliegue de las reformas neoliberales en la década de los noventa, estas formas de hablar surgían una y otra vez con algunas variaciones, cuando la intensidad de las sanciones morales y/o legales, se concentraban en torno a ciertas experiencias y acciones de las propias personas afectadas por ciertas dolencias, al mismo tiempo que se desconocían la profunda y creciente vulnerabilidad social y en salud. Con anterioridad a la implementación de políticas de la reducción del daño a fines de los noventa, la mayoría de las prácticas de cuidado relativas al consumo de drogas, focalizaban en las prácticas de inyección, las que eran informadas en contextos institucionales de salud, asistencia social, y principalmente, en el “boca a boca” dentro de las redes de consumo (Epele, 2007, 2010, 2011).

Con hablar en espejo hago referencia a una de las estrategias informales para afrontar vínculos desiguales sobre problemas relevantes para la salud. Cuando la criminalización intersecta problemas de salud, estas formas de hablar buscan minimizar los riesgos y peligros potenciales para personas y conjuntos afectados por ciertas aficciones frente a las acusaciones y sanciones sociales, morales y legales que los atraviesan. En vez de ser sujetos pasivos, el hablar en espejo es una entre otras formas de respuesta a este tipo de sanciones y penalización, como es el caso de reproducir los discursos oficiales, desarrollar enunciaciones que eluden revelar información que podría producir discriminación, estigmatización, y criminalización. Además de esta y otras prácticas lingüísticas y tecnologías enunciativas, las personas afectadas por ciertas aficciones sometidas a discursos y lógicas de criminalización respondían y responden con distanciamiento del sistema de salud (Epele, 2007, 2010).

Sobre el cuidado de sí y el morir

“Vamos a sentarnos ahí, a la sombra”, dijo Federico. El sol de diciembre, ya le “hacía mal”. Mientras caminábamos hacia los árboles, me dijo “espero el otoño... llegar”. A Federico lo había conocido meses atrás. Había llegado al centro de salud a comienzos del 1993, después de un largo derrotero –sin mucha

suerte— por hospitales, centros y médicos para tratar el VIH-SIDA. Años antes de la medicación retroviral, Federico con 23 años narraba como se había visto obligado a dejar la vivienda familiar y había ido a vivir con una “*tía postiza*” en un monoblock cercano. Desde que había perdido el trabajo, hacía algunas changas cuando se sentía con ‘*fuerzas*’ para ir sobrellevando, con mucha dificultad, “*la diaria*”. El despliegue silencioso del VIH-SIDA en el conurbano bonaerense tuvo lugar mientras las vidas de la gente de trabajo, tal como eran conocidas, iban evaporándose rápidamente a simple vista por la avanzada neoliberal. Entre la precariedad y escasez de recursos económicos, la reducción de las redes sociales y familiares, conjuntamente con la progresiva debilidad corporal para obtenerlos y sostenerlos en un contexto generalizado de discriminación y marginación contra las personas afectadas, ese diciembre Federico estaba atormentado por no haber podido “*cuidarse bien*” porque el análisis “de las defensas” le había dado mal. Como un efecto secundario del derrotero por diversos servicios de salud de la región metropolitana de Buenos Aires, Federico ya había hecho suya la terapéutica dominante centrada en el cuidado de sí, el que consistía en el control y la atención de la dieta, el sueño, el descanso, el estrés, las relaciones sexo-afectivas, el tipo de relaciones sociales, hasta del tipo de pensamientos que tenía, específicamente aquellos relativos a “*la muerte*”, su muerte. Para Federico y para la mayoría de las personas que vivían con el virus, los mandatos y prescripciones biomédicas del cuidado de sí, agregaba incertidumbres y sufrimientos por la imposibilidad de llevarlas a cabo en la “*lucha diaria*” por la supervivencia.

A las pocas semanas de hablar de sus tribulaciones y sufrimientos sentados bajo el árbol, Federico, lamentablemente, falleció. Cuando llegó el otoño, sus palabras sobre el cuidarse y sus efectos indeseables, se replicaban en otras, demasiadas personas que debían afrontar la infección y los extenuantes laberintos de cuidado de sí. (Síntesis de nota de campo, 1993)

Esta nota de campo nos remonta a como las rápidas modificaciones de las cartografías sociales vinculadas a las reformas neoliberales en economía, política y en el campo de la salud, modelaron tanto la expansión como las respuestas a la epidemia. Siguiendo las características de los abordajes terapéuticos de las enfermedades crónicas estructurados en torno al estilo de vida, los tratamientos del VIH-SIDA focalizaban en proveer información sobre las prácticas cotidianas, los que tenían que ser llevadas a cabo para prevenir la irrupción de alguna de las enfermedades marcadoras. Antes de la medicación antirretroviral, el tratamiento centrado en el cuidado, que denominé en ese momento como *complejo de autocuidado*, cuya lógica consistía en delegar la atención, el control y la responsabilidad *de cuidar de sí* a las personas que padecían. La mayoría de las personas que vivían con VIH en zonas de marginación social no tenían trabajo ni vínculos estables. Algunas de ellas, como Federico eran obligadas a dejar sus hogares por consumo de drogas o su orientación sexual. Si bien la ley de SIDA del 1990 había contemplado y sancionado la discriminación y estigmatización, estas prácticas continuaron y con escasa sanción moral y/o legal por años.

Cuando la reducción drástica de las redes y soporte económico y social modificaba la vida cotidiana de las personas y conjuntos afectados en sectores segregados, las prescripciones de cuidar de sí, generaban los siguientes problemas: a) como la estrategia más importante de prevenir y/o posponer la irrupción de la enfermedad o la muerte, las prescripciones biomédicas de auto cuidado eran

imposibles de ser llevadas a cabo debido a la vulnerabilidad económica y social en la que estaban inmersas; b) Cuando el VIH-SIDA tenía altos niveles de mortalidad, el complejo de autocuidado no solo desplazaba la responsabilidad a los propios pacientes que sufrían de su propia enfermedad y muerte posible, sino multiplicaba con sanciones morales y sociales frente a su incumplimiento, y las barreras de acceso al sistema de salud, postergándolo hasta que era inevitable y a veces, muy tarde. c) Antes de la medicación antirretroviral, los vínculos entre el auto-cuidado y la postergación de la irrupción de las enfermedades marcadoras estaban basadas en una causalidad lineal de incierto fundamento científico respecto de la baja de la carga viral y activar enfermedades marcadoras de este síndrome. No era infrecuente, que las personas decían cumplir con las normativas de cuidado, no obstante, enfermaban, por lo que, en una lectura retrospectiva, cuestionaba la forma en que se habían cuidado. Por lo tanto, la moralidad envasada en los mandatos biomédicos del cuidado, agregaba a la “muerte social” y el “pánico moral” vigente en esos tiempos, el sufrimiento de la culpabilización por cualquier acción o inacción, acción “errónea” o “mala acción” real o posible, adjetivaciones que proliferaban y se convertían en una suerte de destino retroactivo (Epele, 1997; Crawford, 1994; Foucault, 2010; Epele, 2010).

El cuidado habrá sido cuestionado

Las etnografías que investigan en el campo de la salud se caracterizan por abordajes y técnicas, tipos de resultados y temporalidades específicas, que las diferencian de otras metodologías cualitativas. Por un lado, las etnografías en sus diferentes variaciones (clásicas, investigación-acción, multisituadas, colaborativas, interculturales, etc.) trabajan con abordajes y técnicas (observación, participación, entrevistas, estrategias de identificación de problemas, análisis de narrativas, genealogías de terapéuticas, etc.) (Fassin, 2004; Biehl, 2016; Singer y Erickson, 2011). El trabajo etnográfico ensambla los materiales heterogéneos co-producidos, de diferente procedencia y genealogía, de acuerdo a las lógicas locales que, incluyendo la contradicción y tensión entre dichos materiales, son reconstruidas con la guía de las personas y conjuntos con los que se trabaja. Cuando se examinan los aportes de ciertas etnografías que han incluido el cuidado, en la investigación sobre diversos problemas de salud en zonas de marginación que los fragmentos de notas de campo y sus breves análisis expresan, estos se pueden agrupar en torno a cuatro núcleos principales.

a) El cuidado en plural y desde las perspectivas de las personas y conjuntos sociales en contextos específicos. El trabajo etnográfico hizo posible identificar las experiencias, prácticas y saberes vividos como problemáticos para las personas y grupos sociales afectados por ciertas aflicciones, sus modos de entenderlos y las formas de respuestas sociales e institucionales para afrontarlos.

b) El cuidado como problema co-producido. En las etnografías, el cuidado surgió como forma de denominar y entender ciertas experiencias, prácticas y saberes por parte de las mismas personas y conjuntos afectados y/o que participaban en las respuestas sociales o institucionales en contextos históricos,

geográficos y políticos específicos. Desde estos abordajes fue posible documentar las diferentes acepciones y prácticas relativas al cuidado en contextos sociales específicos (normativas expertas, institucionales, tradiciones locales), las contradicciones y tensiones entre ellas, y los efectos inciertos, sanadores y contraproducentes que incluían.

c) Las diversas micro-prácticas de cuidado, sus éticas, moralidades y consecuencias, estaban embebidas en las transformaciones económicas y políticas neoliberales. Además de la privatización, eliminación, restricción y pérdidas de recursos y derechos en el sistema público de salud, los análisis sobre las economías y políticas neoliberales incluyeron las transformaciones en las gobernanzas, relaciones entre el aparato estatal y los individuos, los procesos de subjetivación, los modos de gobiernos de sí y de otros.

d) Las prácticas y saberes del cuidado (auto-referenciales, normativas, etc.) tienen características particulares. Cuando la contradicción es inherente a estas lógicas de cuidado, la determinación de las tramas y entrapamientos producidos por las lógicas se hace indispensable para entender la producción del bienestar, la salud y la supervivencia.

e) Los abordajes, discursos, lógicas de poder, políticas y terapéuticas orientadas al cuidado se convirtieron en insumos de la investigación. Las etnografías a contracorriente de los procesos dominantes, irrumpen, discontinúan, develan, subvierten nuevos e inciertos modos de vivir, entender y responder respecto de las aficciones.

Sin embargo, este tipo de argumentaciones que cuestionan ciertos usos del cuidado, sus efectos inciertos y contraproducentes, no llegaron a integrarse en las gramáticas académicas dominantes. Como conocimientos hechos a medida y semejanza, a complejidad y escala de los abordajes etnográficos en el que fueran co-construidos, no son fácilmente generalizables en fórmulas para ser aplicados, salvo respecto a lo que claramente no habría que hacer bajo ninguna circunstancia, como sería el caso de la mezcla explosiva entre cuidado y criminalización. Además, y como efecto secundario de haber convivido y lidiado con tantas acepciones y dinámicas en las vidas, me llevaron a cuestionar la omnipresencia del cuidado en las producciones antropológicas y revisarla en términos de su poder de resolución para problematizar ciertas experiencias.

Cuando se focaliza en los aportes reales y posibles de las etnografías para la transformación de las problemáticas de salud, se hace necesario considerar ciertas dimensiones estrechamente conectadas. Por un lado, las etnografías requieren la inmersión por períodos prolongados de tiempo en los contextos de vida y/o institucionales, con el fin de determinar y entender no sólo las experiencias y procesos relativos a ciertas aficciones y las perspectivas de las propias personas afectadas, sus respuestas sociales e institucionales en términos de terapéuticas y cuidados. Considerando los trabajos de campo prolongados, las temporalidades particulares de las etnografías se corresponden con la posibilidad de realizar aportes específicos y diferentes respecto de otras metodologías cualitativas.

Las temporalidades inherentes a los modos dominantes de producción de conocimiento y de intervención pueden considerarse como variantes de los

modelos de desarrollo euroamericanos aplicados en el denominado “tercer mundo”. Basados en la temporalidad unilineal (pasado, presente, futuro), la fórmula que los estructura puede enunciarse del siguiente modo: cuando estos programas finalicen, habrán reproducido en otras geografías, los modos de vida, en este caso de la salud, que ya fuera logrado en países del norte global. En correspondencia con la temporalidad dominante en el liberalismo tardío (futuro perfecto), los programas e intervenciones dominantes en salud están embebidos por esta variante de la secuencia unilineal, ya sea desde su avance progresivo o de forma retroactiva. Bajo esta temporalidad, las acciones presentes son interpretadas bajo las coordenadas de discursos legitimados sobre el futuro que –supuestamente– estas acciones habrán producido cuando dichas acciones sean finalizadas (Restrepo y Escobar, 2005; Povinelli, 2012). Bajo este régimen temporal, se instalan como sentidos predominantes, aquellas metas para las que estas acciones habrán sido realizadas, y al mismo tiempo, se desdibujan y desaparecen los múltiples efectos y sufrimientos que involucran en el presente y con los que convivimos hoy con el fin de lograr tales metas, mañana.

A diferencia de las temporalidades de las maquinarias dominantes de producción, acumulación y transferencia de conocimientos académicos, las etnografías trabajan en términos de contemporaneidad, es decir, en un presente con un espesor y consistencia que se diferencia del ahora, de lo inmediato. En vez de entenderlo en términos de una totalidad homogénea y universal, la crítica del presente cuestiona la estructura temporal unilineal (pasado, presente, futuro) que fundamenta ciertos procesos, discursos y prácticas dominantes ligados a las transformaciones sociales (ej. desarrollo, progreso, modernidad, etc.) y que los convierte en inherentes y necesarios en las historias naturales y universales. Esta crítica hace posible el extrañamiento del presente, romper con la familiaridad con la que se asume, y entenderlo como la yuxtaposición de fragmentos y materiales (antiguos y nuevos, vestigios y creaciones), atravesados por discontinuidades, contingencias, incompatibilidades y contradicciones, y cuya unidad es ilusoria y artificial (Benjamin, 1968; Foucault, 1991; Rabinow, 2008; Rabinow y Marcus, 2008; Buck Morss, 1995). En tercer lugar, cuando las etnografías asumen algunas de las diferentes orientaciones críticas del campo de la salud, incluyen a las economías, lógicas de poder, políticas de conocimiento y de salud dominantes que participan en la producción y modulación de las aflicciones que abordan, como insumos a ser investigados y problematizados desde las perspectivas de las personas y conjuntos afectados. Estas características específicas del trabajo antropológico delimitan tanto el espectro de aportes potenciales y reales como los modos de efectivizarlos. Sin embargo, como el análisis sobre el cuidado y sus derroteros expresan, estos aportes en la actualidad son restringidos, es decir, todavía adolecen de múltiples dificultades y obstáculos, que los convierten en contingentes, rudimentarios y erráticos. Por último, generar las condiciones para que estos aportes lleguen a desplegar el potencial que encierran, se convierten en un objetivo prioritario de nuestro quehacer.

Palabras Finales

Volviendo al comienzo de este trabajo, a la interrogación sobre los aportes de las etnografías respecto de las problemáticas de salud y para las mismas poblaciones con las que se trabaja, quisiera detenerme para finalizar, en una de las modalidades que asumen dichos aportes que, siguiendo a Fassin (2017), podría delimitarse en el hacer público, además y con la publicación de los resultados. El *hacer público* en este caso, consiste en confrontar críticamente y en tiempo presente, en ámbitos públicos y de debate, ciertas tramas entre poder, economías y salud que producen y afectan ciertas aflicciones, y que van a contracorriente de los modos dominantes –y convenientes– de entenderlas y gobernarlas. Privilegiar estos aportes de las etnografías se fundamenta en que no se traducen fácilmente en los formatos utilitarios disponibles y dominantes para transformar realidades desde tecnologías de intervención sustentadas en topologías verticales. A diferencia de los procesos dominantes de producción, acumulación y transferencia de conocimientos sobre el cuidado organizados principalmente en tiempos del futuro perfecto, las etnografías a contracorriente de las tramas de poder y cuidado, trabajan, o al menos, pueden trabajar en tiempos del presente, en términos de lo contemporáneo. Contemplando las definiciones ampliadas del tiempo presente y de lo contemporáneo, se abre la posibilidad de interrogar y modificar dichas problemáticas cuando todavía se están construyendo, con anterioridad a que se normalicen, naturalicen, sus efectos se solidifiquen y desconozcan como problemas.

En oposición a las formas privilegiadas de transferencias de conocimientos que diferencian instancias “aplicadas” y “teóricas”, estas prácticas críticas-públicas devienen en parte inherentes del trabajo etnográfico mismo, aunque sin reproducir aquellos dualismos que han atravesado la modelización tradicional relativa a la “aplicación” de sus resultados. Si bien estas prácticas *críticas-públicas* focalizan en problemas específicos de salud, los aportes desde las etnografías plantean estos problemas desde las perspectivas y experiencias de las personas y conjuntos sociales afectados.

Para que las etnografías sobre problemas de salud desplieguen su potencial de modificarlos, se hace necesario generar las condiciones para que dichas transformaciones tengan lugar, las que en la actualidad todavía son frágiles, erráticas y contingentes. Específicamente, se hace necesario desarrollar tecnologías académico-sociales (discursivas, audiovisuales, espaciales, públicos, etc.) para que los aportes etnográficos adquieran una envergadura y escala que conviertan en decibles, audibles e inteligibles en las arenas y debates públicos y políticos, con o sin intervención directa de las personas afectadas, debido a las cuestiones de confidencialidad que las atraviesan. Finalmente, la revisión de los procesos por las que ciertos conocimientos sobre el cuidado se han convertido en programas, intervenciones y tecnologías de gobierno, no solo hace posible desentrañar sus características y consecuencias. Este reexamen, hace posible despejar la necesidad del desarrollo de dichas tecnologías para que los aportes reales y potenciales de las etnografías sobre los problemas de salud se amplifiquen, siendo sensibles en tiempos, escalas y miradas de aquellas personas que los padecen y afrontan.

Referencias bibliográficas

Abadía-Barrero C. (2022). Colonial, Postcolonial or Decolonial. En M. Singer, P. Ericson y C. Abadía-Barrero (Comps.), *A Companion to Medical Anthropology 2nd edition*. Wiley Publishing.

Adams, V. (2016). *Metrics. What Counts in Global Health*. Duke University Press.

Almeida Filho, N. y J. Silva Paim (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* 75: 5-30.

Ayres, J. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 6-29.

Barbato, C. (Ed.) (2020). *El cuidado es político: reflexiones transversales en tiempos de precariedad*. Beccar: Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Basile G. (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciencia & Saúde Coletiva* 25 (9): 3557-3562.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20952020>

Bateson, G. (1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Buenos Aires, Ediciones Lohlé-Lumen.

Benjamin, W. (1968). "Theses on the Philosophy of History". En *Illuminations* (253-267). Schocken Books.

Biehl, J. y A. Petryna (2013). Critical Global Health. En Biehl, J. y A. Petryna A (comps) *When People Come First: Critical Studies in Global Health* (1-20). Princeton University Press.

Biehl, J. (2016). La etnografía en el camino de la teoría. *Etnografías Contemporáneas*, 2 (3), pp. 226-25

Biehl, J. (2021). Descolonizando a saúde planetária. *Horiz. antropol.* 27 (59): 337-359. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000100017>

Buck-Morss, S. (1995). *La dialéctica de la mirada. Walter Benjamin y el Proyecto de los Pasajes*. Visor.

Bonet, O. y F. Tavares (2006). Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. En Pinheiro, R. y R. Mattos (Eds). *Gestão em redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (385-4000). CEPESC.

Bustos, J. y R. Villafañe (eds) (2020). *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina*. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud* 15(3): 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

Clifford, J. y G. Marcus (1986). *Writing Culture. Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press.

Crawford, R. (1994). The Boundaries of the Self and the Unhealthy other: Reflections on Health, Culture and AIDS. *Soc. Sci. Med.* 38 (10): 1347-1365. 10.1016/0277-9536(94)90273-9

Cueto, M. (2013). A Return to the Magic Bullet? Malaria and Global Health in the Twenty-first century. En Biehl, J. y A. Petryna (Eds) *When People Come First: Critical Studies in Global Health* (30-54). Princeton University Press.

Domínguez Mon, Ana (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva* 13 (3): 375-390, 10.18294/sc.2017.1156

Edwards, S. (2009). Three versions of an ethics of care. *Nursing Philosophy* 10: 231-240.

Epele, M. (1997). Lógica Causal y (auto)cuidado. Paradojas del control médico del VIH-SIDA. *Revista del Centro de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico Sociales*, 87-94.

Epele, M. (2007). La lógica de la Sospecha. Sobre Criminalización del Uso de Drogas, Complots y Barreras de Acceso al Sistema de Salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 25: 151-168.

Epele, M. (2008). Privatizando el Cuidado. Desigualdad, Intimidación y Uso de Drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Revista Antípoda de Antropología y Arqueología de la Universidad de los Andes*. Enero-Junio 2008: 293-312.

Epele, M. (2010). *“Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud”*. Editorial Paidós.

Epele, M. (2011). Emergencies and Rescues: The Logics of Vulnerability and Care among Drug Users in Buenos Aires, Argentina. *Addiction Research and Theory*. 19(2): 161-169.

Epele, M. (2012). Sobre o Cuidado de Outros em Contextos de Pobreza, Uso de Drogas e Marginalização. *Revista Mana*, 18(2):247-268

Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica políticamente correcta. Cuadernos de Antropología Social. Cuadernos de Antropología Social N° 38, pp. 7-31.

Epele, M. (2021). “La multiplicación de las penas: cuestiones preliminares para el abordaje de acusaciones y denuncias de proximidad en tiempos de

pandemia”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 44: 119-144. <https://doi.org/10.7440/antipoda44.2021.06>

Epele, M. (2023). De Gramáticas y Emergencias. Algunas cuestiones sobre etnografías situadas bajo condiciones de seguridad sanitaria, *Revista Mana* 29 (2): DOI: 10.1590/1678-49442023v29n2e2023014.es

Esquivel, V. y F. Pereyra (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad* (28): 55-82.

Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*. University of California Press.

Fassin, D. (2004). Entre las Políticas de lo viviente y las Políticas de la vida: Hacia una Antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40: 283-318.

Fassin, D. (2012). Ethnography as Political critique. *Anthropological Quarterly*, 85 (4): 1209 -1228.

Fassin, D. (2017). *If truth be told. The Politics of Public Anthropology*. Duke University Press.

Faur, E. y F. Pereyra (2018). Gramáticas del cuidado. En Piovani, J. y A. Salvia (Eds.). *La Argentina del siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual: Encuesta Nacional sobre la Estructura Social* (497-532). Siglo XXI Editores.

Faur, E. y M. Pita (2021). Lógica policial o ética del cuidado: las múltiples caras del Estado. En G. Gutierrez Cham, S. Herrera Lima y J. Kemner J (Eds.).

Pandemia y Crisis: El covid-19 en América Latina (258-272) . Universidad Nacional de Guadalajara.

Fernández Juárez, G (comp.) (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Abya-Yala.

Foucault, M. (2010). *The Government of Self and Others. Lectures of College de France*. Palgrave, Mc Millan.

Foucault, M. (1991). ¿*Qué es la ilustración?* En: *Saber y Verdad*. La Piqueta.

Fraser, N. (2016). Contradicciones entre el capital y los cuidados. *New Left Review* (100): 111-132.

Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.

Greene, J., M. Basílico, H. Kim y P. Farmer (2013). Colonial Medicine and Its Legacies. En P. Farmer (Ed.). *Reimagining Global Health: An Introduction* (33-73). University of California Press, pp. 33-73.

Han, C. (2012). *Life in Debt. Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*. University of California Press.

Held, V. (2006). *The ethic of care: Personal, political and global*. Oxford University Press.

Hersch-Martínez, P. y M. Salamanca-González (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 40(1): e345191. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp. e345191>

Ingold, T. (2015). Conociendo desde dentro: reconfigurando las relaciones entre la antropología y la etnografía. *Etnografías Contemporáneas* 2(2): 218-230.

Iriart, A., S. Estrada y S. Lamadrid (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10): 1592-1601.

Iriart, C., H. Waitzkin, J. Breilh, A. Estrada y E. Merhy (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública* 12 (2): 128-136.

Kleinman, A. (2009). The art of medicine. Catastrophe and caregiving: The failure of medicine as an art. *The Lancet* 371: 22-23.

Laurell, A. (2003). What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government. *American Journal of Public Health*. 93 (12): 2028–2031.

Marcus, G. (2018). Etnografía Multisituada. Reacciones y potencialidades de un Ethos del método antropológico durante las primeras décadas de 2000, *Etnografías Contemporáneas*, 4(7): 177-195.

Menéndez, E (1995). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Dimensión antropológica* 2 (5): 7-37.

Menéndez, E. (2005). Políticas del Sector de Salud Mexicano (1980-2004). Ajuste estructural y Pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva* 1(2): 195-223.

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.

Peirano, M. (2021). Etnografía no es método. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 44: 29-43. <https://doi.org/10.7440/antipoda44.2021.aop.01>

Pinheiro, R. y R. Araujo de Matos (Eds.) (2007). *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

Povinelli, E. (2012). The Will to be Otherwise. The Effort of Endurance. *The South Atlantic Quarterly*, 111 (3): 452-475. DOI 10.1215/00382876-1596236

Powers, T. y J. Rayner (2021). Pathogenic Politics: Authoritarianism, Inequality, and Capitalism in the COVID-19 Crisis. *Open Anthropological Research* 1: 159–166. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0113>

Rabinow, P. y G. Marcus (2008). *Designs for an Anthropology of the Contemporary*. Duke University Press.

Rabinow, P. (2008). *Marking Time. On the Anthropology of the Contemporary*. Princeton University Press.

Rappaport, J. (2007). Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración. *Revista Colombiana de Antropología*, 43: 197-229.

Rappaport, J. (2020). *Cowards don't make history. Orlando Fals Borda and the origins of the participatory action research*. Duke University Press.

Restrepo, G. y A. Escobar A (2005). Other anthropologies and anthropology otherwise: steps to a world anthropologies framework. *Critique of Anthropology*, 25 (2), 99-128.

Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 256: 30-44.

Scheper Hughes, N. (1992). *Death without weeping. The Violence of Everyday life in Brazil*. University of California Press.

Singer, M. y P. Erickson (Eds.) (2011). *A companion to Medical Anthropology*. Wiley- Black well.

Singer, M. y B. Rylko-Bauer (2021). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *Open Anthropological Research* 1: 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>

Sirimarco, M. (2021). Entre el cuidado y la violencia. Fuerzas de seguridad argentinas en pandemia y aislamiento. *Revista de Estudios Sociales* 78: 93-109. <https://doi.org/10.7440/res78.2021.06>

Tronto, J. (1994). *Moral boundaries: A political argument for and ethic of care*. Routledge.

Tronto, J. (2015). *Who Cares? How to reshape a democratic politics*. Cornell University Press.